

BVGer B-1313/2012 vom 27. Januar 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-01-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-1313_2012

FR: TAF B-1313/2012 du 27 janvier 2013

IT: TAF B-1313/2012 del 27 gennaio 2013

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 in Verbindung mit Art. 33 Bst. d des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32) und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der schweizerischen IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA. Im Streit liegt die Verfügung der IVSTA (Vorinstanz) vom 3. Februar 2012. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist damit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der Verfügung vom 3. Februar 2012 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass sie im Sinne von Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) beschwerdelegitimiert ist.

E. 1.3

Auf die frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG und Art. 52 des Verwaltungsverfahrensgesetzes vom 20. Dezember 1968 [VwVG, SR 172.021]) eingereichte Beschwerde ist - nachdem der eingeforderte Kostenvorschuss fristgerecht überwiesen wurde - einzutreten.

E. 2

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

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin ist Staatsangehörige von Bosnien und Herzegowina und hat dort ihren Wohnsitz. Da die Schweiz mit diversen Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens neue Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen hat, nicht aber mit Bosnien und Herzegowina, findet vorliegend weiterhin das Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR0.831.109. 818.1; im Folgenden: Abkommen über Sozialversicherung) Anwendung (zu dessen Anwendbarkeit für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens vgl. BGE 126 V 198 E. 2b, BGE 122 V 381 E. 1, BGE 119 V 98

E. 3). Nach Art. 2 des Abkommens über Sozialversicherung stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 dieses Abkommens genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Abkommen über Sozialversicherung keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung besteht, bestimmt sich daher vorliegend alleine auf Grund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 2.2

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 3. Februar 2012) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 2.3

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 auf Grund 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 spätestens beim Erlass der Verfügung vom 3. Februar 2012 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]).

E. 3

Im vorliegenden Verfahren ist in der Hauptsache streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente verneint hat.

E. 3.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 7, 8, 16 ATSG; Art. 7, 8, 16 ATSG; Art. 4, 28, 28a, 29 IVG, Art. 4, 28, 29 aIVG) und beim Versicherungsfall mindestens während dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat. Diese zwei Bedingungen müssen kumulativ erfüllt sein. Die Beschwerdeführerin hat in der Schweiz während einer Dauer von rund 26 Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet, womit die beitragsmässigen Voraussetzungen für den Bezug einer ordentlichen Invalidenrente erfüllt sind. Zu prüfen bleibt damit, ob - und gegebenenfalls ab wann - sie als invalid im Sinne des Gesetzes zu

betrachten ist und Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente hat.

E. 3.2

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). Sie wird definiert als eine 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. 3.3

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) besteht Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 (heute Bundesgericht) stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c). Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen ist (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 ver-

bessern 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. 3.4

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 127 V 294 E. 4c in fine, 102 V 165; AHI 2001 S. 228 E. 2b).

E. 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).

E. 3.5.1

Der Einkommensvergleich bei Erwerbstätigen hat in der Regel so zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode).

E. 3.5.2

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, welche im Aufgabenbereich (meistens im Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann (Art. 8 Abs. 3 ATSG), wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich in diesem Aufgabenbereich zu betätigen (spezifische Bemessungsmethode, vgl. Art. 28 Abs. 2bis IVG in der bis Ende 2007 gültigen Fassung, bzw. Art. 28a Abs. 2 IVG in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

E. 3.5.3

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder teilzeitlich erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, was je zur Anwendung einer andern Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, spezifische Methode, gemischte Methode) führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen

Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 125 V 146 E. 2c mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin war gemäss eigenen Angaben vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens zuletzt mit der Haushaltsführung betraut (vgl. IV-Akt. 8 sowie Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-8285/2008 vom 18. Februar 2010, E. 3). Es ist deshalb vorliegend der Invaliditätsgrad nach der spezifischen Methode (für Nichterwerbstätige) zu bestimmen.

E. 3.6

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).

E. 3.7

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 Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten. 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 Bundesgerichts 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]).

E. 4

In Urteil C-8285/2008 hat das Bundesverwaltungsgericht bereits rechtskräftig entschieden, dass die bis zu dem Zeitpunkt vorliegenden Arztunterlagen für die Bestimmung des Invaliditätsgrads der Beschwerdeführerin, insbesondere deren Arbeitsfähigkeit in ihrer bisherigen Betätigung im Haushalt, nicht ausreichen und eine interdisziplinäre Begutachtung in psychiatrischer und somatischer Hinsicht erforderlich sei. Die vor dem erwähnten Urteil des Bundesverwaltungsgerichts ergangenen Medizinalakten datierten überdies allesamt vor November 2008 (Zeitpunkt des Erlasses der in jenem Beschwerdeverfahren angefochtenen Verfügung). Damit stellen sie auch in zeitlicher Hinsicht für die Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der im vorliegenden Beschwerdeverfahren angefochtenen Verfügung vom 3. Februar 2012 (vgl. E. 2.2) keine hinreichende Grundlage dar. Wie im erwähnten Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vorgegeben, hat die Vorinstanz hiernach eine umfassende neue Abklärung eingeholt, auf welche sie die mit der angefochtenen Verfügung vom 3. Februar 2012 verfügte Abweisung des Rentenbegehrens der Beschwerdeführerin hauptsächlich abstellte. Daneben sind weitere Arztunterlagen, welche die Beschwerdeführerin im vorinstanzlichen Verfahren sowie im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereicht hat, zu beurteilen.

E. 4.1

Das interdisziplinäre Gutachten des ZMB vom 5. Juli 2011 gliedert sich in einerseits die Widergabe der bisherigen Medizinalakten und der Angaben der Versicherten sowie andererseits die fachärztlichen Untersuchungen mit anschliessender Konsenskonferenz des allgemeinmedizinischen / internistischen, des rheumatologischen und des psychiatrischen Teilgutachters.

E. 4.1.1

Im allgemeinmedizinischen / internistischen Teilgutachten stellte Dr. K. _____ folgende Diagnosen: · Adipositas (BMI 38), · arterielle Hypertonie, · anamnestiche Diabetes mellitus, · Status nach beidseitigem Varizenstripping in den Jahren 1978 und 1986 bei einem anamnestic bekannten Status nach einer postoperativen Lungenembolie, · anamnestic bekannte Hypothyreose bei Struma polynodosa, mit aktueller Euthyreose unter Substitution. Auf Grund ihrer Adipositas sei für die Versicherte eine ausschliesslich stehende Tätigkeit ungünstig. Eine Gewichtsreduktion könne die diabetische Stoffwechsellage, die arterielle Hypertonie sowie die allgemeine Kondition und Gehfähigkeit verbessern. Die Versicherte zeige sich diesbezüglich jedoch nicht motiviert.

E. 4.1.2

Im rheumatologischen Teilgutachten diagnostizierte Dr. L. _____ folgende Leiden: · Ansatzdendrose medianer Beckenkamm links mit pseudoradikulärer Ausstrahlung ins linke Bein, · erosive Osteochondrose beim Lendenwirbelkörper 4/5 und Discopathien bei den Lendenwirbelkörpern 3/4 sowie 4/5, aktuell symptomarm, · muskuläre Dysbalance am Schultergürtel (Sternocleidomastoideus rechts und beidseitiger Trapezium), · ein klinisch leichtgradiges Schulterimpingement links, · Knick- und Senkfuss links sowie Spreizfüsse, · Tendenz zu diffusem, weichteilrheumatischem Schmerzsyndrom mit 13 von 18 positiven Fibromyalgie Tender points und 2 von 3 positiven Kontrollpunkten sowie aktuell funktionellen Bewegungseinschränkungen der Lendenwirbelsäule und diffuser Kraftverminderung an den Extremitäten. Auf den durch die Beschwerdeführerin

mitgebrachten Röntgenbildern seien eine progrediente Osteochondrose beim Lendenwirbelkörper 4/5, eine beginnende diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) ohne relevante Pathologie oder Wirbelkörperfrakturen auf den Brustwirbelkörpern 8 bis 10, eine beginnende Gonarthrose des linken Kniegelenks, eine erosive Osteochondrose beim Lendenwirbelkörper 4/5 sowie Diskopathien bei den Lendenwirbelkörpern 3/4 (Diskusprotrusion) und 4/5 (Diskushernie) zu sehen. Die Arbeitsfähigkeit der Versicherten sei in einer nicht rückenadaptierten, mittelschweren bis schweren Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht eingeschränkt, da die Lendenwirbelsäule auf Grund der morphologischen Veränderungen vermindert belastbar sei. Demgegenüber sei ihr eine rückenadaptierte, leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht vollschichtig zumutbar.

E. 4.1.3

Im psychiatrischen Teilgutachten befand Dr. J._____, die Versicherte wirke prima vista verlangsam, aber affektiv ausgeglichen. Teilweise habe sie während des Gesprächs beschämt oder deutlich deprimiert gewirkt. Eine durchgängig schwere Depressivität sei jedoch nicht zu erkennen gewesen. In den durchgeführten Tests hätten sich erhebliche kognitive Störungen gezeigt. So scheine die Versicherte in ihrer Artikulationsweise und im assoziativen Denken deutlich eingeschränkt, möglicherweise mitunter auf Grund der mangelnden Bildung. Dr. J._____ stellte die folgenden Diagnosen: · rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33), ängstlich gefärbt mit nach Aktenlage vor allem Somatisierungstendenz, · aktuell Benzodiazepinintoxication mit erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen. Die Versicherte sei in einer ausserhäuslichen Tätigkeit auf Grund der kognitiven Defizite voll arbeitsunfähig. In der Tätigkeit als Hausfrau bestehe ebenfalls eine erhebliche Einschränkung, welche in Abhängigkeit des Benzodiazepingebrauchs auf 40 bis 100 % zu schätzen sei. Die Versicherte habe zwar angegeben, ihre Medikamente nach Vorschrift einzunehmen, aber offenbar eine Überdosis an Bromazepam zu sich genommen, möglicherweise zur Behandlung von Ängsten. Vielleicht habe sie auch die Medikamente verwechselt auf Grund einer allenfalls vorbestehenden kognitiven Störung. Es sei deshalb die Compliance der Versicherten straff zu kontrollieren. Berufliche Massnahmen seien demgegenüber illusorisch. Lediglich im Haushalt könne die Arbeitsfähigkeit der Versicherten verbessert werden.

E. 4.1.4

In der interdisziplinären Konsensbesprechung erklärten die Ärzte Dr. K._____, Dr. L._____ und Dr. J._____, im Konsens der übrigen am Gutachten beteiligten Ärzte, die Diagnosen · rezidivierende depressive Störung, ängstlich gefärbt mit nach Aktenlage vor allem o Somatisierungstendenz, · aktuell Benzodiazepinintoxication mit erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen, · erosive Osteochondrose beim Lendenwirbelkörper 4/5 und Discopathien bei den Lendenwirbelkörpern 3/4 sowie 4/5, aktuell symptomarm, hätten eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten. Das medizinische Hauptproblem sei die chronifizierte depressive Störung, welche jedoch nicht klar festzustellen gewesen sei, da die Versicherte an die Untersuchung mit Benzodiazepin (Lexotanil) intoxiziert erschienen sei. Hierdurch habe sie dement gewirkt. Die Affektlabilität / Inkontinenz sei durch die bestehende Benzodiazepinintoxication verdeckt worden. Es sei deshalb auch ihre Verfassung anlässlich der internistischen Untersuchung für die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands heranzuziehen, als die Versicherte offenbar noch nicht unter massivem Medikamenteneinfluss stand. Insgesamt sei der Versicherten die bisherige

Tätigkeit als Küchenhilfe sowie jede andere ausserhäusliche Tätigkeit seit April 2006 nicht mehr zumutbar. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als Hausfrau stehe das psychische Leiden im Vordergrund. Die somatischen Erkrankungen würden darüber hinaus schwere Tätigkeiten im Haushalt verbieten. Der Medikamentenmissbrauch bewirke ebenfalls für die Dauer des intoxizierten Zustands eine volle Arbeitsunfähigkeit als Hausfrau. Das sich an der aktuellen Untersuchung gezeigte und in den Akten bereits erwähnte dementielle Syndrom sei vermutlich ebenfalls auf eine Benzodiazepinintoxikation zurückzuführen. Durch eine kontrollierte Abgabe von Medikamenten respektive durch eine genügende Einnahme von Antidepressiva (statt Beruhigungsmitteln) könne eine andauernde Arbeitsfähigkeit als Hausfrau von mindestens 60 % erreicht werden (IV-Akt. 172).

E. 4.2

RAD-Arzt Dr. med. C. _____ befand gestützt auf das Gutachten des ZMB vom 5. Juli 2011, die Versicherte sei je ab dem 10. April 2006 in einer ausserhäuslichen beruflichen Tätigkeit zu 80 % und im ihrem angestammten Betätigungsbereich der Haushaltsführung zu 40 % arbeitsunfähig (IV-Akt. 176).

E. 4.3

In dem der angefochtenen Verfügung vorausgegangenem Vorbescheidverfahren hat die Beschwerdeführerin diverse kürzere Arztberichte eingereicht. In diesen wurden zumeist eine oder mehrere der bereits bekannten Diagnosen aufgeführt und entsprechende therapeutische Massnahmen oder Medikation verordnet. Neue Erkenntnisse gegenüber den Abklärungen im interdisziplinären Gutachten vom 5. Juli 2011 liefern nachfolgende Berichte:

E. 4.3.1

Im Arztbericht vom 4. Mai 2011 erklärte Dr. M. _____, Arbeitsmedizinerin und Familienarzt, die Versicherte werde bezüglich folgender Diagnosen behandelt: · Hypothyreosis, chronische Thyreoditis, · Hypertensio arterialis, · gemischte ängstlich-depressive Störung, · Diskopathie L4/L5, · Radikulopathie L/S bill., · Status post venectomiam aa XXXIII, · Hypermetropio, Presbyopio OU, · Stenosis urethralis incontinentio urin (IV-Akt. 215).

E. 4.3.2

Dr. N. _____, Urologe, stellte im Kurzbericht betreffend die Untersuchung vom 29. April 2011 die Diagnose Stenosis meati urethrae exter. Incontinentio urinae (IV-Akt. 214).

E. 4.3.3

Gemäss Bericht von Dr. O. _____, Allgemeinmediziner, vom 19. April 2011 stehe die Versicherte seit 5 Jahren unter psychiatrischer Betreuung. Subjektiv fühle sie sich etwas besser, leide aber an Nervosität, Angst, Schlaflosigkeit, Niedergeschlagenheit, möge keine Gesellschaft und isoliere sich häufig (IV-Akt. 213).

E. 4.3.4

Dr. P. _____ diagnostizierte im Bericht vom 15. April 2011 folgende Leiden: · Stenosis meathalis urethrae, · Incontinentio urinae (type mixte), · Cystitis chr. gravis (IV-Akt. 212).

E. 4.3.5

Ein Allgemeinmediziner stellte am 21. Dezember 2010 folgende Diagnosen: · Thyreoditis chr. Hypothyreosis, · Euthyreosisiatrogenes, · Hypertensio arterialis, · Obesitas, · Subtolerantio glucosae, · HLP Typ II, · A. gastritis chro. BBID, · Status post infarctum pulm. aa XXX (IV-Akt. 204).

E. 4.3.6

Der Gynäkologe Dr. Q._____ diagnostizierte im Jahr 2011 · Susp. Lichen sclerosus vulvae, · Cystocoella cum stress incont. urinae, · Postmenoposis (IV-Akt. 203).

E. 4.3.7

Dr. R._____, Neuropsychiater stellte eine Schwellung hinter dem rechten Ohr fest, das Schwindelanfälle und Atmungsschwierigkeiten bewirke und diagnostizierte folgende Leiden: · Fibroma regio retroauricularis l. dex., · Neurosis (ICD-10 F48).

E. 4.3.8

Nach einer Untersuchung vom 26. Mai 2010 wurde schliesslich die Diagnose Stasis cruris bioll ventasiae pedes plani gestellt (IV-Akt. 199).

E. 4.4

In seinem Schlussbericht vom 26. Januar 2012 fasste Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD, den medizinischen Verlauf wie folgt zusammen: Das interdisziplinäre Gutachten des ZMB vom 5. Juli 2011, sowie insbesondere das psychiatrische Teilgutachten von Dr. J._____, habe die Vorakten hinreichend gewürdigt sowie die Beschwerden der Versicherten ausführlich und neutral protokolliert. Es sei in psychiatrischer Hinsicht von einer guten klinisch-medizinischen Qualität. Die Beschreibung entspreche einem psychogenen Leiden mit depressiver Verstimmung. Ob dies einer rezidivierenden majoren / charakterisierten depressiven Störung (ICD-10 F33) oder einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F44) entspreche, sei vorliegend weniger wichtig, da diese Diagnosen stark überschneidende Zustandsbilder beschrieben. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei vielmehr die Symptombeschreibung (respektive der psychopathologische Status) zentral. Die durch das ZMB festgestellte majore depressive Störung F33 sei die schwerwiegendere Diagnose als eine neurotische Störung oder Angststörung gemäss der ICD-10 F4. Die Beurteilung der ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit habe das ZMB ebenfalls ausführlich begründet. Es schliesse wegen der kognitiven Defizite auf eine volle Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Erwerbstätigkeit. Für die Arbeiten zu Hause werde die Arbeitsunfähigkeit in Abhängigkeit des Benzodiazepingebrauchs (respektive -missbrauchs) auf 40 bis 100 % geschätzt. Mit der korrekten medizinischen Behandlung könne die Arbeitsfähigkeit im eigenen Haushalt, nicht aber in einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit, verbessert werden. Die durch die Versicherte eingereichten neuen Arztunterlagen würden Diagnosen zwischen Neurose ICD-10 F48 und dissoziativer Störung ICD-10 F44, welche er bereits im Zusammenhang mit dem Gutachten des ZMB erörtert habe, stellen. Demgegenüber würden diese neuen Arztunterlagen keine vorliegend relevante Symptombeschreibungen enthalten. Insgesamt sei die Versicherte je ab dem 10. April 2006 in der bisherigen Tätigkeit sowie in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % und für Tätigkeiten im Haushalt zu 40 % arbeitsunfähig (IV-Akt. 218).

E. 4.5

Im vorliegenden Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin schliesslich einige Medikamentenverordnungen sowie nachfolgende Kurzberichte ein.

E. 4.5.1

Im Arztbericht vom 15. Februar 2012 diagnostizierte Prim. Dr. S._____, Facharzt für Innere Medizin, bei der Beschwerdeführerin nachfolgende Leiden: · Hypertensio arterialis, MCP - chr. ischemica comp., · Angina pectoris stabilis, · Hypothyreosis corrigata, · Status post varicectomiam bill aa. No. XXX, · Varices cruris bill recid., · Spondylosis et radiculopathia cervicalis e lumbalis, · Hernia disci intervertebralis L5/L5 dorsome dialis, · Radiculopathia compressiva L5 bill. chr.

E. 4.5.2

In einem nicht datierten Bericht stellten die Ärzte Prof. Dr. T._____ und Prof. Dr. U._____ die Diagnose Thyreoiditis lymphomatosa chronica Hashimoto (ICD-10 E06.3). Es handle sich hierbei um eine gutartige Autoimmunerkrankung.

E. 5

Die Beschwerdeführerin kritisiert, das Gutachten des ZMB vom 5. Juli 2011 sei nicht vollständig, da es die von ihr an die Untersuchung mitgebrachten medizinischen Unterlagen nicht vollumfänglich berücksichtigt habe. Ausserdem sei die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den psychiatrischen Teilgutachter nicht eindeutig.

E. 5.1

Nach ständiger Praxis des Bundesgerichts soll von ärztlichen Gutachten, die den Qualitätsanforderungen entsprechen, nicht ohne zwingende Gründe abgewichen werden, ist es doch Aufgabe der medizinischen Experten, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen (BGE 125 V 351 E. 3 b/aa).

E. 5.2

Das durch die Vorinstanz eingeholte interdisziplinäre Gutachten des ZMB vom 5. Juli 2011 genügt den durch die Rechtsprechung festgelegten Anforderungen an ein Gutachten (vgl. E. 3.7). Das ausführliche Gutachten hat nicht nur die subjektiven Klagen, sondern auch die körperlichen und psychischen Leiden umfassend abgeklärt und in detaillierter Weise zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin Stellung genommen. Die diesbezüglichen medizinischen Ausführungen sind nachvollziehbar, schlüssig und vollständig. Die durch die Beschwerdeführerin eingereichten Arztunterlagen und Röntgenbilder zeigen keine erheblichen Diagnosen, welche die durch das ZMB vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu beeinflussen vermöchten. So enthalten die durch die Beschwerdeführerin im vorinstanzlichen Vorbescheidverfahren sowie im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Medizinalakten im Weiteren keine Einschätzungen ihrer Arbeitsfähigkeit. Die Behauptung der Beschwerdeführerin, sie werde durch die bosnischen Ärzte auch für die bisherige Tätigkeit im Haushalt als zu 100 % arbeitsunfähig eingestuft, findet sich in den durch sie eingereichten Berichten nicht belegt. Insgesamt trägt damit die durch das ZMB vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrem bisherigen Betätigungsbereich der Haushaltsführung sämtlichen körperlichen sowie psychischen Einschränkungen genügend Rechnung. Der Feststellung des RAD im Schlussbericht vom 26. Januar 2012, wonach vorliegend auf das Gutachten des ZMB vom 5. Juli 2011 abgestellt werden darf, kann entsprechend gefolgt

werden.

E. 5.3

Als unbegründet erweist sich ebenfalls die Kritik der Beschwerdeführerin, wonach ihre Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten im Haushalt im psychiatrischen Teilgutachten nicht eindeutig festgelegt worden sei. Es ist zwar richtig, dass die in diesem Teilgutachten angegebene Arbeitsunfähigkeit im Haushalt von 40 bis 100 % eine grössere Spannweite umfasst und damit - auf den ersten Blick zumindest - die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht konkret bestimmt. Aus der interdisziplinären Konsensbesprechung, an welcher auch der psychiatrische Teilgutachter Dr. J. _____ teilnahm und deren Ergebnissen er unterschrieben bestätigte, geht indessen klar hervor, dass die Beschwerdeführerin ihre Aufgaben als Hausfrau noch zu mindestens 60 % wahrnehmen könne. Lediglich während der Dauer eines intoxierten Zustands bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Das Entstehen eines solchen Zustands könne durch die Beschwerdeführerin jedoch in einer ihr zumutbaren Weise verhindert werden, indem sie die ihr verordneten Medikamente gewissenhaft einnehme und nicht auf die Einnahme von Antidepressiva zu Gunsten von (diesen intoxierten Zustand bewirkenden) Beruhigungsmitteln verzichte. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang, dass nach der Rechtsprechung der Schadenminderungspflicht von zuletzt im Haushalt tätigen Versicherten eine erhebliche Relevanz zukommt. So hat die versicherte Person Verhaltensweisen zu entwickeln, welche die Auswirkungen der Behinderungen im hauswirtschaftlichen Bereich reduzieren und ihr eine möglichst unabhängige Erledigung der Haushaltsarbeiten ermöglichen. Der Umstand, dass diese Arbeiten nur mühsam und mit höherem Zeitaufwand bewältigt werden können, begründet nicht ohne Weiteres eine Invalidität. Zudem wird die Unterstützung durch Familienangehörige vorausgesetzt, welche weiter geht als im Gesundheitsfall (BGE 130 V 97 E. 3.3.3 mit Hinweisen). Damit ist vorliegend gestattet, auf die im Falle der vorschriftgemässen Medikamenteneinnahme anzunehmende (hypothetische) Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Haushalt von dauerhaft 60 % abzustellen. Die einlässlich begründete sowie sämtliche Gesundheitseinschränkung berücksichtigende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch das ZMB überzeugt nach dem Gesagten. Eine Rückfrage an den psychiatrischen Teilgutachter hinsichtlich des konkreten Arbeitsfähigkeitsgrads, wie von der Beschwerdeführerin beantragt, erübrigt sich unter diesen Umständen.

E. 6

Die Beschwerdeführerin kritisiert im Weiteren, die Vorinstanz habe angesichts ihrer verschiedenen physischen und psychischen Leiden zu Unrecht keine Stellungnahme ihrer Fachgruppe (einschliesslich eines Neuropsychiaters) eingeholt.

E. 6.1

Auf Grund der gesetzlichen Grundlagen besteht kein genereller Anspruch einer versicherten Person auf eine Beurteilung der eingereichten Unterlagen durch mehrere Spezialärzte des RAD. Es liegt im Ermessen der Vorinstanz, in begründeten Fällen einen oder mehrere Spezialärzte für eine weitere Beurteilung hinzuziehen.

E. 6.2

Vorliegend hat die Vorinstanz mehrere Stellungnahmen des RAD-Arzt Dr. C. _____, vermutlich Allgemeinmediziner, eingeholt. Der Schlussbericht wurde von einem Spezialarzt für Psychiatrie erstellt, in welchem dieser die in der umfassenden,

interdisziplinären Begutachtung des ZMB getroffenen Schlussfolgerungen würdigte. Hierbei nahm er hauptsächlich zu den, sein medizinisches Fachgebiet betreffenden sowie vorliegend im Vordergrund stehenden psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin Stellung. Nachdem die vorliegend ergangenen Stellungnahmen des RAD auf einer umfassenden medizinischen Aktenlage beruhten, war die Vorinstanz nicht verpflichtet, ausserdem eine interdisziplinäre Beurteilung einer RAD-Fachgruppe einzuholen. Daher ist auf die von der Beschwerdeführerin geforderte zusätzliche Beweismassnahme in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten (vgl. BGE 134 I 140 E. 5.3, BGE 122 II 469 E. 4a, BGE 122 III 223 E. 3c).

E. 7

Insgesamt beruht die angefochtene Verfügung auf hinreichenden und vollständigen medizinischen Grundlagen. Es steht damit fest, dass die Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit der Haushaltsführung nach wie vor zu 60 % ausüben kann. Als Staatsangehörige von Bosnien und Herzegowina gilt für die Beschwerdeführerin die besondere Anspruchsvoraussetzung, wonach ein Rentenanspruch erst bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht (E. 3.3). Damit ist im vorliegenden Fall mangels rentenrelevanter Invalidität kein Versicherungsfall eingetreten und die Vorinstanz hat das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen. Die angefochtene Verfügung vom 3. Februar 2012 erweist sich deshalb als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 8

Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen, die sich aus der Gerichtsgebühr und den Auslagen zusammensetzen (vgl. Art. 63 Abs. 1 VwVG). Sie werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache im vorliegenden Verfahren auf Fr. 400.- festgesetzt (Art. 63 Abs. 4bis VwVG sowie Art. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]) und mit dem bereits geleisteten Verfahrenskostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet. Der unterliegenden, juristisch vertretenen Beschwerdeführerin wird keine Parteientschädigung zugesprochen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

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