

# **BVGer B-1857/2011 vom 26. Juni 2013**

Bundesverwaltungsgericht, 2013-06-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_B-1857\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-1857_2011)

FR: TAF B-1857/2011 du 26 juin 2013

IT: TAF B-1857/2011 del 26 giugno 2013

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Gemäss Art. 19 Abs. 3 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) sind die Richter und Richterinnen des Bundesverwaltungsgerichts zur Aushilfe in anderen Abteilungen verpflichtet. Die Abteilung II des Bundesverwaltungsgerichts hat das vorliegende Beschwerdeverfahren im Zuge einer - auf einer abteilungsübergreifenden, freiwilligen Zusammenarbeit basierenden - Entlastungsmassnahme der Abteilung III übernommen. Die bisherige Verfahrensnummer C-1857/2011 lautet deshalb fortan B-1857/2011.

### **E. 2**

Angefochten ist eine Verfügung der IVSTA. Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Verwaltungsverfahrensgesetzes vom 20. Dezember 1968 (VwVG, SR 172.021), sofern keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Die IVSTA ist eine Vorinstanz im Sinne von Art. 33 Bst. d VGG. Die Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts zur Beurteilung von Beschwerden gegen Verfügungen dieser IV-Stelle ist zudem in Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) ausdrücklich vorgesehen. Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der Beschwerde zuständig. Als Adressatin der angefochtenen Verfügung ist die Beschwerdeführerin davon berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (Art. 60 ATSG und Art. 52 VwVG) und der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

### **E. 3**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem Verwaltungsverfahrensgesetz, soweit das Verwaltungsgerichtsgesetz nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG. Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

#### **E. 4.1**

Die Beschwerdeführerin ist Staatsangehörige von Serbien und hat dort ihren Wohnsitz. Die Schweiz hat mit diversen Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens neue Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen, nicht aber mit der Republik Serbien. Daher findet im vorliegenden Verfahren weiterhin das Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109. 818.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) Anwendung (vgl. BGE 126 V 198 E. 2b, BGE 122 V 381 E. 1 und BGE 119 V 98 E. 3). Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in seinem Art. 1 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die IV gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach ist die Anspruchsberechtigung der Versicherten im vorliegenden Fall allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften zu beurteilen (vgl. Art. 1, 2 und 4 des Sozialversicherungsabkommens).

#### **E. 4.2**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen materiell-rechtlichen Bestimmungen anzuwenden, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. BGE 103 V 329 und BGE 130 V 445). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Rechts- und Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 15. Februar 2011) eintraten, sind im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen. Allerdings können Tatsachen, die den Sachverhalt seither verändert haben, unter Umständen Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (vgl. BGE 121 V 366 E. 1b, BGE 130 V 329, BGE 130 V 64 E. 5.2.5 sowie BGE 129 V 1 E. 1.2, je mit Hinweisen).

#### **E. 4.3**

Vorliegend finden demnach grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 15. Februar 2011 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (für das IVG: ab dem 1. Januar 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 Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision). Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

#### **E. 4.4**

Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG

enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1 ff.). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der Revision des IVG und des ATSG vom 6. Oktober 2006 sowie der IVV und ATSV vom 28. September 2007 (5. IV-Revision [AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155], in Kraft seit 1. Januar 2008) nichts geändert, weshalb nachfolgend auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

### **E. 5.1**

Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist In-validität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art. 7 ATSG der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit ver-ursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verblei-bende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

### **E. 5.2**

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8 in Verbindung mit Art. 7 ATSG). Gemäss Rechtsprechung setzt die Annah-me einer invalidisierenden (psychischen) Gesundheitsstörung im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissen-schaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (vgl. BGE 132 V 65 E. 3.4, mit Hinweisen). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheits-schadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfä-higkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2, mit Hin-weisen; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozial-praktisch 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 (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1, mit Hinweis).

### **E. 5.3**

Nach der Rechtsprechung kommt einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder einer Fibromyalgie (BGE 132 V 65) - wie grundsätzlich sämtlichen pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Be-schwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (BGE 136 V 279 E. 3.2.3) - nur ausnahmsweise invalidisierender, d.h. einen Renten-anspruch begründender Charakter zu (grundlegend BGE 130 V 352). Liegt eine somatoforme Schmerzstörung vor ohne gleichzeitig eine psychiatrische Komorbidität, ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung grundsätzlich davon

auszugehen, dass die betreffende gesundheitliche Einbusse willensmässig überwindbar ist (vgl. dazu BGE 130 V 352, BGE 130 V 396, BGE 131 V 49 E. 1.2, BGE 132 V 65; Ueli Kieser, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Zürich/St. Gallen 2008, § 6 Rz. 44).

#### **E. 5.4**

Die massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine hal-be Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Gemäss Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung) beziehungsweise Art. 29 Abs. 4 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu Art. 28 Abs. 1ter IVG entsteht bei Versicherten im Ausland der Rentenanspruch nach Art. 29 Abs. 1 Bst. b und Art. 28 Abs. 1 IVG (jeweils in der bis 31. Dezember 2007 geltenden Fassung) nur dann, wenn sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 50 % arbeitsunfähig gewesen sind und der Invaliditätsgrad nach Ablauf der Wartezeit mindestens 50 % beträgt, da Art. 28 Abs. 1ter IVG nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 5 und 6). An dieser Rechtsprechung zu Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung) ist auch nach dem Inkrafttreten der im Wesentlichen gleichen Bestimmung in Art. 29 Abs. 4 IVG (gültig ab 1. Januar 2008) festzuhalten (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-3314/2009 vom 19. Mai 2011 E. 2.8.1). Vorliegend sieht Art. 8 Bst. e des Sozialversicherungsabkommens ausdrücklich vor, dass ordentliche (schweizerische) Invalidenrenten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, jugoslawischen Staatsangehörigen nur gewährt werden, solange sie ihren Wohnsitz in der Schweiz haben.

#### **E. 5.5**

Im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs stellt sich die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode (vgl. BGE 117 V 198 E. 3b). Je nachdem, ob der Versicherte als (teil)erwerbstätig oder nichterwerbstätig einzustufen ist, unterscheidet sich die anzuwendende Methode der Invaliditätsgradbemessung (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs bei Erwerbstätigen, gemischte Methode bei Teilerwerbstätigen oder spezifische Methode des Betätigungsvergleichs bei Nichterwerbstätigen [vgl. Art. 8 Abs. 3 und Art. 16 ATSG, Art. 5 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung, Art. 28 Abs. 2, Abs. 2bis und Abs. 2ter IVG in den von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassungen sowie Art. 28a IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung]). Dabei ist in zeitlicher Hinsicht jeweils auf die Verhältnisse bei Entstehen des hypothetischen Rentenanspruchs abzustellen.

#### **E. 5.6**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenversicherungsverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu

Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind so dann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 93 E. 4, mit Hinweisen). Bezüglich 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 der Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, mit Hinweisen). 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, mit Hinweisen). Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; AHI-Praxis 2/2001 S. 114 E. 3b; Urteil des Bundesgerichts I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb, mit Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund von deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4, mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des Bundesgerichts 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

### **E. 5.7**

Die IV-Stelle prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG, Art. 57 Abs. 3 IVG). Zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs stehen den IV-Stellen regionale ärztliche Dienste zur Verfügung (Art. 59 Abs. 2bis Satz 1 IVG). Die RAD setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis Satz 2 und 3 IVG).

### **E. 6**

Vorliegend ist unter den Parteien umstritten und vom Bundesverwaltungsgericht im Folgenden in Würdigung der relevanten Dokumente zu beurteilen, ob die Vorinstanz am 15. Februar 2011 das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin vom 6. Mai 2003 zu Recht mangels anspruchsbegründender Invalidität abgewiesen hat.

#### **E. 6.1**

Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie leide unter zervikaler Spondylarthrose, Diskarthrose C5-C6, Spinalkanalstenose, Bandscheibenvorfall L4-L5 und Spina bifida S1. Diese Krankheiten verursachten ihr seit Jahren immer stärker werdende Schmerzen im

Hals- und Wirbelsäulenbereich, in den Händen und Beinen, sowie eine tägliche Starre der Finger und machten sie arbeitsunfähig. Sie stehe unter Medikation, sei an ihr Bett gefesselt und vollständig von der Hilfe ihres Ehemannes abhängig. Der für dauernd veränderte psychische Zustand mit vermindertem Willens- und Triebdynamismus dränge sie immer öfters zu Suizidgedanken und bewirke Ängste, schlechten Schlaf, Schwitzen sowie häufige und starke Kopfschmerzen. Ihr allgemein schlechter Gesundheitszustand und ihr grosses psychisches Leiden verhinderten, dass sie ein autonomes Leben führen könne. Sie sei vollständig arbeitsunfähig.

### **E. 6.2**

Die Vorinstanz bestreitet das Vorliegen einer ausreichenden durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres. Trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung sei der Versicherten eine Betätigung im angestammten Bereich noch immer in rentenausschliessender Weise zumutbar. Daher liege keine Invalidität vor, die einen Rentenanspruch zu begründen vermöge. Die Vorinstanz habe ein orthopädisches und ein psychiatrisches Gutachten erstellen lassen, in die sämtliche Vorakten einbezogen worden seien. Auch habe eine einlässliche Anamneseerhebung stattgefunden. Gestützt darauf seien beide Gutachter in arbeitsmedizinischer Hinsicht zum Schluss gelangt, dass die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt in der Schweiz ausgeübten Tätigkeit als Zimmermädchen vollständig, und in einer leichteren Verweistätigkeit, einschliesslich der Haushaltsführung, zu 30 % arbeitsunfähig sei. Der IV-Stellenarzt habe sich den arbeitsmedizinischen Schlussfolgerungen der begutachtenden Ärzte vorbehaltlos angeschlossen und lediglich in Bezug auf die haushälterischen Tätigkeiten eine subtilere Differenzierung der einzelnen Arbeiten durchgeführt und eine Invalidität von 18 % ermittelt.

### **E. 6.3**

Die angefochtene Verfügung vom 15. Februar 2011 beruht im Wesentlichen auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. R. \_\_\_\_\_ vom 24. April 2010 (act. 141), dem orthopädischen Gutachten von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 7. Mai 2010 (act. 142) sowie den Stellungnahmen des IV-Stellenarztes Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 22. Juni 2010, 13. September 2010 und 19. Dezember 2010 (act. 148, 154, 161) und der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. W. \_\_\_\_\_ vom 1. Februar 2011 (act. 163). Die Vorinstanz hatte in ihrer Verfügung auch die beiden nach Erlass des Vorbescheides von der Beschwerdeführerin eingereichten Berichte von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ aus dem Jahr 2010 berücksichtigt (act. 158).

### **E. 6.4**

In Bezug auf die Diagnose vertraten die zugezogenen Fachärzte die folgenden Meinungen:

#### **E. 6.4.1**

Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Neuropsychiater, diagnostizierte im Bericht vom 26. Oktober 2010 aufgrund der Röntgenbilder der Halswirbelsäule resp. der Lendenwirbelsäule eine zervikale Spondylarthrose, eine Diskarthrose C5-C6, eine Spinalkanalstenose, eine Arthrose des Uncovertebralgelenks der Halswirbelsäule, einen Bandscheibenvorfall L4-L5, eine Sakroiliitis und eine Schädigung des ersten Kreuzbeinwirbels. Im Weiteren hielt der Arzt fest, dass die Versicherte weder Willen noch Initiative zeige, oft desorientiert sei und paranoide Inhalte von sich gebe (act. 158). Im Arztbericht vom 22. März 2010 beschrieb der Arzt die Beschwerdeführerin als sehr nervös und emotional labil. Sie reagiere auf

Frustrationen psychosomatisch und leide an Migräne, Schmerzen in der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie in den Armen und Beinen. Die Versicherte sei verstärkt auf subjektive Beschwerden fixiert, sei offensichtlich gegen alle bisherigen Behandlungen resistent und benötige eine dauernde medizinische Pflege.

#### **E. 6.4.2**

Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mit Gutachten vom 24. April 2010 (act. 141) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen (ICD-10 F33.11) sowie akzentuierte neurotische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1). In seiner Beurteilung attestierte der Gutachter der Beschwerdeführerin eine depressive Symptomatik mit Durchschlafstörungen, vorzeitigem Erwachen, Affektlabilität, Inappetenz, rascher Ermüdbarkeit und fehlender Libido sowie morgendlichen Stimmungstiefs. An psychosomatischen Äquivalenten einer depressiven Störung habe die Versicherte Kopfschmerzen, postprandiale Magenschmerzen sowie einen intermittierenden retrosternalen Druckschmerz angegeben. Durch das depressive Leiden erführen somatisch erklärbare Beschwerden eine funktionelle Verstärkung.

#### **E. 6.4.3**

Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, stellte im orthopädischen Gutachten vom 7. Mai 2010 (act. 142) die folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: "Zervikobrachiales und zervikozepales Schmerzsyndrom - C5/C6 discossäre Hernie mit Impression des Duralsacks (MRT 20.01.2000) - Keine Radikulopathie Lumbospondylogenes Syndrom - L4/L5 Diskopathie (Röntgen 01.09.2004) - Keine Radikulopathie Fibromyalgie" Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellte er ein klinisch beidseitiges Carpaltunnelsyndrom fest. Anlässlich der Begutachtung hätten die vielen Triggerpunkte im Schulter-Nacken-Bereich, an den oberen Extremitäten und dem Beckengürtelbereich imponiert. Es gebe klinische Anzeichen eines beidseitigen Carpaltunnelsyndroms. Die restliche klinische Untersuchung sei demgegenüber relativ unauffällig, die Wirbelsäule sei in allen Etagen frei beweglich gewesen, im HWS-Bereich seien gewisse Bewegungseinschränkungen auf eine aktive Gegeninnervation der Versicherten zurückgeführt. Radikulopathien hätten sich keine gefunden. Objektivierbare Veränderungen seien die im Jahr 2000 festgestellte deutliche discossäre Hernie bei C5/6. Auch die zuletzt durchgeführten Röntgenaufnahmen hätten eine deutliche Einengung des Bandscheibenraums C5/C6 und eine angedeutete Einengung des Bandscheibenraums C6/7 mit Einengung der Foramina intervertebralia gezeigt. Bildgebend hätten sich im LWS-Bereich eine L4/L5-Diskopathie und Anzeichen einer präsakralen Spondylarthrose gefunden.

#### **E. 6.5**

Zusammenfassend stellten die Ärzte demnach im Wesentlichen aus orthopädischer Sicht eine Diskushernie C5/C6, eine Diskopathie L4/L5 sowie degenerative Veränderungen der Hals- und der Lendenwirbelsäule und eine Fibromyalgie fest. In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierten die Ärzte im Wesentlichen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen (ICD-10 F33.11) sowie akzentuierte neurotische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1).

#### **E. 6.6**

In Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit äusserten die von der Beschwerdeführerin konsultierten Ärzte die folgenden Auffassungen:

#### **E. 6.6.1**

Dr. med. H. \_\_\_\_\_ attestierte der Versicherten in seinen Berichten vom 22. März 2010 und vom 26. Oktober 2010 (act. 158) eine erheblich und dauerhaft verringerte Arbeitsfähigkeit und stufte sie aufgrund der Zunahme der Beschwerden, des Alters und des Berufs als arbeitsunfähig ein.

#### **E. 6.6.2**

Dr. med. R. \_\_\_\_\_ führte am 24. April 2010 mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aus, es sei nicht davon auszugehen, dass die derzeit wohl vorliegende mittelschwere Episode einer rezidivierenden depressiven Störung lebenslänglich andauern werde. Eine gewisse Willensanstrengung zur Überwindung ihrer Schmerzen sei der Versicherten zudem zuzumuten. Aus orthopädischen Gründen bestehe in der angestammten Tätigkeit als Zimmermädchen keine wirtschaftlich verwertbare Arbeitsfähigkeit. Von orthopädischer Seite aus sei demgegenüber von der Zumutbarkeit einer körperliche leichten Tätigkeit ohne repetitives Lastenheben, repetitives Bücken oder Überkopfarbeiten im Umfang von 70 % auszugehen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe ebenfalls eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %. Da sich das psychische Leiden vorwiegend in einer funktionellen Verstärkung somatisch objektivierter Schmerzen manifestiere, bestehe indes keine über die aus orthopädischer Sicht hinaus bescheinigte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit sei wahrscheinlich Ende 1995/Anfang 1996 aufgetreten und scheine seit der Rückkehr nach Serbien eher etwas zugenommen zu haben. Der Versicherten seien körperlich leichte Tätigkeiten im Umfang von 70 % ohne repetitives Lastenheben, Bücken oder Überkopfarbeiten, die nicht mit einem übermässigen Zeit- und Leistungsdruck einhergingen, zumutbar. Die weitere Prognose sei schwierig abzuschätzen, zumal sich die Ansicht der Explorandin, sehr krank und daher arbeitsunfähig zu sein, zur subjektiven Gewissheit zu verdichten scheine.

#### **E. 6.6.3**

Dr. med. L. \_\_\_\_\_ erachtete die Versicherte für schwere körperliche Arbeiten als zu 0 % und für Verweistätigkeiten einschliesslich Haushaltsführung zu 100 % arbeitsfähig unter Berücksichtigung einer reduzierten Leistungsfähigkeit von 30 %. Eine leichte Verweistätigkeit, vor allem teils im Stehen, teils im Sitzen ohne Heben von schweren Lasten, die mehr als 10 kg wiegen, seien der Versicherten zu 100 % zumutbar mit Berücksichtigung einer schmerzbedingten Leistungsfähigkeit bei festgestellter Fibromyalgie. Die genannte Reduktion der Arbeitsfähigkeit sei ab Gutachten gültig. Es könne retrospektiv nicht beurteilt werden, wann eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten sei. Eine Prognose bezüglich der weiteren Arbeitsfähigkeit sei nicht möglich und hänge von den weiteren therapeutischen Möglichkeiten im Heimatland ab. In ihrer früheren Arbeit als Zimmermädchen sei die Versicherte derzeit nicht mehr einsetzbar.

#### **E. 6.7**

Der IV-Stellenarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hielt am 22. Juni 2010 fest, dass anlässlich der Begutachtung durch den Orthopäden und den Psychiater übereinstimmend eine 30 %-ige Arbeitsunfähigkeit festgestellt worden sei. Ein invalidisierendes Leiden liege nicht vor und

habe nie vorgelegen. Der Versicherten sei die Aufnahme einer Tätigkeit klar zumutbar. Am 13. September 2010 führte der IV-Stellenarzt aus, aufgrund der gutachterlichen Befunde nehme er seinerseits eine 18 %-ige Einschränkung im Haushalt an (act. 148, 154).

#### **E. 6.8**

Der zusätzlich beigezogene RAD-Arzt Dr. med. W. \_\_\_\_\_ hielt sodann in seinem Bericht vom 1. Februar 2011 fest, die im Rahmen des Anhörungsverfahrens von der Versicherten eingereichten Arztzeugnisse zeigten im Vergleich mit dem Gutachten von Dr. med. R. \_\_\_\_\_ einen weitestgehend deckungsgleichen Befund sowie eine vergleichbare diagnostische Beurteilung. Einzig die Beurteilung der daraus abgeleiteten Arbeitsunfähigkeit sei abweichend. Er sehe keinen Grund, vom qualitativ hochstehenden Gutachten R. \_\_\_\_\_ abzuweichen, gemäss welchem aus orthopädischer als aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % bestehe (act. 163).

#### **E. 6.9**

Zusammenfassend gehen demnach bezüglich der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit Dr. med. H. \_\_\_\_\_ von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit, Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Dr. med. R. \_\_\_\_\_ sowie der RAD-Arzt Dr. med. W. \_\_\_\_\_ von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % in Bezug auf eine schwere körperliche Arbeit und von einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % in Bezug auf eine leichte körperliche Tätigkeit aus. Der IV-Stellenarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ kommt schliesslich zum Schluss, dass basierend auf der spezifischen Methode der Invaliditätsbemessung eine Einschränkung im Haushalt von 18 % vorliege.

#### **E. 6.10**

Im Ergebnis sind die Ärzte betreffend die Diagnose weitgehend gleicher Meinung. Ihre Auffassungen weichen dagegen bei der Frage der Arbeitsfähigkeit erheblich voneinander ab.

#### **E. 6.11**

Zu prüfen ist daher, ob alle den unterschiedlichen Einschätzungen zugrunde liegenden Gutachten und Arztzeugnisse als gleich zuverlässig, überzeugend und schlüssig angesehen werden können.

##### **E. 6.11.1**

Mit Blick auf die ärztlichen Gutachten von Dr. med. R. \_\_\_\_\_ und Dr. med. L. \_\_\_\_\_ ist festzuhalten, dass sie je eine umfassende und sorgfältig präsentierte Darstellung der Vorgeschichte, des Status, der aktuellen Beschwerden, des objektiven Befunds, der Diagnose und der Beurteilung der Versicherten beinhalten. Die Gutachten umfassen neun Seiten (Gutachten Dr. med. L. \_\_\_\_\_) resp. 12 Seiten (Gutachten Dr. med. R. \_\_\_\_\_). Die Gutachter legen nachvollziehbar und begründet dar, weshalb sie zur Auffassung gelangen, dass der Versicherten körperlich leichte Tätigkeiten im Umfang von 70 % ohne repetitives Lastenheben, Bücken oder Überkopfarbeiten, die nicht mit einem übermässigen Zeit- und Leistungsdruck einhergingen, zumutbar seien. Hinsichtlich des Umstands, dass bei der Versicherten sowohl somatische als auch psychiatrische Gesundheitsbeeinträchtigungen festgestellt werden können, hält Dr. med. R. \_\_\_\_\_ überzeugend fest, dass zwar auch aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % bestehe, dass sich aber das psychische Leiden vorwiegend in einer funktionellen Verstärkung somatisch objektivierter Schmerzen manifestiere, weshalb

keine über die aus orthopädischer Sicht hinaus bescheinigte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen vorliege. Demgegenüber handelt es sich bei den von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ im Jahr 2010 ausgestellten Arztzeugnissen um kurze, ärztliche Berichte von je einer halben Seite. Er begründet die Arbeitsunfähigkeit von 100 % nur stichwortartig durch den Hinweis auf den vielgestaltigen Charakter der Krankheit, die verstärkte Fixierung auf subjektive Beschwerden, die Therapieresistenz, das permanente Unterstützungsbedürfnis, das Alter und den Beruf der Versicherten. Aus der jeweiligen Begründung geht dagegen nicht hervor, gestützt auf welche Untersuchungen der Gutachter zu seinen Feststellungen gelangt ist bzw. inwieweit er allenfalls lediglich auf die Schilderungen der Versicherten selbst abstellte. Diese Frage wäre indessen wichtig, da aus den Gutachten von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ und Dr. med. R. \_\_\_\_\_ klar hervorgeht, dass sich gewisse von der Versicherten behaupteten körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen anlässlich der ärztlichen Begutachtung als nicht objektivierbar erwiesen haben (vgl. Gutachten Dr. med. L. \_\_\_\_\_, S. 3-4; Gutachten Dr. med. R. \_\_\_\_\_, S. 5-6). Auch in Bezug auf die angeführten Therapieresistenz legt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ nicht dar, welche Therapien durchgeführt worden sind.

#### **E. 6.11.2**

Wie dargelegt, ist gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung für den Beweiswert eines Arztberichtes 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 der Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, mit Hinweisen). In Anwendung dieser Kriterien kann nach dem Gesagten festgestellt werden, dass die Gutachten von Dr. med. R. \_\_\_\_\_ und Dr. med. L. \_\_\_\_\_ diese Bedingungen erfüllen, weshalb ihnen voller Beweiswert zukommt. Demgegenüber erweisen sich die Arztberichte von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ als nicht ausreichend begründet und daher nur beschränkt beweiskräftig.

#### **E. 6.12**

Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz primär auf die Erkenntnisse der Gutachten von Dr. med. R. \_\_\_\_\_ und Dr. med. L. \_\_\_\_\_ abgestellt hat und von einer lediglich 30 %-igen Arbeitsunfähigkeit der Versicherten für körperlich leichte Tätigkeiten bzw. in Bezug auf eine Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich im Haushalt von einer lediglich 18 %-igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen ist.

#### **E. 7**

Im Ergebnis erweist sich die Beschwerde demnach als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

#### **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. 300.- festgesetzt (vgl. 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 am 3. August 2011 geleisteten Verfahrenskostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

## **E. 9**

Der unterliegenden, nicht vertretenen Beschwerdeführerin wird keine Parteientschädigung zugesprochen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario). Die obsiegende Vorinstanz hat nach Art. 7 Abs. 1 e contrario und Abs. 3 VGKE auch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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