

# **BVGer B-4365/2011 vom 11. Mai 2012**

Bundesverwaltungsgericht, 2012-05-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_B-4365\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-4365_2011)

FR: TAF B-4365/2011 du 11 mai 2012

IT: TAF B-4365/2011 del 11 maggio 2012

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache zuständig (Art. 31 f. sowie Art. 33 Bst. d des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG, SR 173.32] i.V.m. Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Das Verfahren vor Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021), soweit das Verwaltungsgerichtsgesetz nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben nach Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1). Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a-26bis und 28-70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (Art. 60 Abs. 1 ATSG, Art. 52 Abs. 1 VwVG). Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

### **E. 2.1**

Da in materiellrechtlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze anwendbar sind, die bei Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3), und weil nach ständiger Praxis der Sozialversicherungsgerichte bei der gerichtlichen Beurteilung grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (6. Juli 2011) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 132 V 368 E. 6.1 mit Hinweisen), sind vorliegend die Bestimmungen des ATSG und des IVG sowie der zugehörigen Verordnung in der Fassung vom 6. Oktober 2006, in Kraft seit dem 1. Januar 2008, anwendbar (5. IV-Revision, AS 2007 5129 bzw. 5155). Noch keine Anwendung findet das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (AS 2011 5659).

### **E. 2.2**

Nach der ständigen Rechtsprechung des schweizerischen Bundesgerichts sind für die richterliche Beurteilung grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Verfügung massgebend (BGE 132 V 368 E. 6.1 mit Hinweisen; vgl. oben E. 2.1.). Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses

des angefochtenen Entscheides eingetreten sind, können im vorliegenden Beschwerdeverfahren grundsätzlich nicht berücksichtigt werden. Soweit die Beschwerdeführerin eine nach dem 6. Juli 2011 eingetretene Verschlechterung bzw. Nicht-Verbesserung ihres Gesundheitszustandes geltend macht und auf ihren aktuellen Gesundheitszustand verweist (Krise im Januar 2012, vgl. oben Sachverhalt H. und J.), sind ihre Ausführungen, wie die Vorinstanz zutreffend ausführt, für das vorliegende Beschwerdeverfahren nicht zu berücksichtigen. Allerdings können Tatsachen, die den Sachverhalt seither verändert haben, unter Umständen Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen).

### **E. 3**

Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz die bislang ausgerichtete volle Invalidenrente zu Recht revisionsweise per 1. September 2011 auf eine Viertelsrente herabgesetzt hat.

#### **E. 3.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, wird die Rente gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben.

#### **E. 3.2**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4). Wird anlässlich einer von Amtes wegen durchgeführten Revision mit materieller Anspruchsprüfung keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt und dies der versicherten Person in einer Mitteilung eröffnet (Art. 74ter Bst. f und Art. 74quater der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]), richtet sich der Vergleichszeitpunkt nach der entsprechenden Mitteilung (Urteil des Bundesgerichts 9C\_257/2011 vom 25. August 2011 E. 2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6305/2009 vom 30. Januar 2012 E. 2.7).

##### **E. 3.2.1**

Vorliegend wurde das letzte Revisionsverfahren mit Mitteilung vom 27. Februar 2003 abgeschlossen, mit welcher die ganze Invalidenrente der Beschwerdeführerin aufgrund des bisherigen Invaliditätsgrades von 71 % bestätigt wurde. Diese Mitteilung bildet das Ergebnis einer rechtsgenügenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs, die auf einem Bericht des behandelnden Arztes und Angaben der Beschwerdeführerin sowie einem erneuten Einkommensvergleich beruht.

##### **E. 3.2.2**

Somit ist zu beurteilen, ob im Zeitraum zwischen der Mitteilung vom 27. Februar 2003 und der angefochtenen Verfügung vom 6. Juli 2011 eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. sogleich E. 3.3.).

### **E. 3.3**

Ein Revisionsgrund ergibt sich aus jeder wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine Invalidenrente ist demnach nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung

des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Dagegen bildet die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit kein Revisionsgrund (Urteil des Bundesgerichts 9C\_928/2010 vom 7. Februar 2011 E. 3.2 mit Hinweis). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_751/2007 vom 8. Dezember 2008 E. 4.3.2).

### **E. 3.3.1**

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 132 V 93 E. 4). 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 medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen).

### **E. 3.3.2**

Die gestellten rentenbegründenden Diagnosen anlässlich der Überprüfung des Rentenanspruchs im Februar 2003 lauteten: - Chronisches Lumbovertebralsyndrom bei anerkannter Diskushernie L4/L5 links - Angstkrankheit mit Panikstörung - Polyzystisches Ovarialsyndrom (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) - Metabolisches Syndrom mit Hyperinsulinismus - Adipositas - Diabetes mellitus II - Dyslipidämie - Arterielle Hypertonie Als Entscheidungsgrundlage dienten die Angaben der Beschwerdeführerin sowie der Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. B.\_\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, spezialisiert in Endokrinologie, vom 20. März 2003. Dieser beurteilte den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin als stationär bis sich verschlechternd. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen eher nicht verbessert werden, berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt, Hilfsmittel oder die Hilfe von Drittpersonen bei den alltäglichen Lebensverrichtungen benötige die Beschwerdeführerin jedoch nicht. Eine ergänzende medizinische Abklärung hielt Dr. med. B.\_\_\_\_\_ für nicht angezeigt. Zudem wurde ein Bericht des ebenfalls behandelnden Arztes Dr. med. C.\_\_\_\_\_ eingefordert, der sich jedoch nicht vernehmen liess. Der Beschwerdeführerin wurde aufgrund der somatischen (Rückenbeschwerden) und psychischen Leiden (Panikstörung) ein Invaliditätsgrad von 71 % bescheinigt. Im Jahr 2002 wurde bei der Beschwerdeführerin Schwerhörigkeit festgestellt. Die Beschwerdeführerin hat jedoch, nach erfolgter Untersuchung sowie einer Hörberatung, die Versuche mit einer Hörhilfe abgebrochen und auf eine (von der Invalidenversicherung finanzierte) Hörhilfe verzichtet, weshalb dieser Umstand für die vorliegende Beurteilung nicht massgebend ist.

### **E. 3.3.3**

Die Vorinstanz stützte sich bei ihrem Entscheid im Wesentlichen auf folgende Unterlagen (vgl. angefochtene Verfügung, Vorbescheid vom 17. März 2011 sowie Aktennotiz der Vorinstanz vom 6. Januar 2011):

#### **E. 3.3.3.1**

Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtete die Beschwerdeführerin im Auftrag der Vorinstanz und diagnostizierte im abschliessenden Bericht vom 19. Oktober 2009, in Kenntnis sämtlicher Vorakten, Panikstörung, Dysthymie (milden Variante der Depressivität), lange Phase von Arbeitsuntätigkeit und Alleinleben. Das Antidepressivum werde nicht in genügendem Ausmass eingenommen, es würden daher noch therapeutische Möglichkeiten bestehen. Hinsichtlich ihrer körperlichen Krankheiten habe die Beschwerdeführerin eine ruhige innere Einstellung. Hinweise auf eine psychosomatische Überlagerung im Sinne einer anhaltenden somatischen Schmerzstörung bestünden nicht. Es existierten ungünstige krankheitsfremde Faktoren (langdauernde Arbeitsuntätigkeit, sekundärer Krankheitsgewinn, fehlende Motivation zur vollen Leistung), welche eine Nutzung der Restarbeitsfähigkeit verhindern würden. Immerhin habe sich die Versicherte im Jahr 2008 während eines Jahres zu 30 % mit Kinderhüten beschäftigt. Seit der Trennung vom Ehemann habe sich eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes eingestellt; die bereits vorher reduzierte Panik habe sich zusätzlich verbessert und die Depressivität sei nur in mässigem Ausmass vorhanden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit seit Juli 2009 noch zu 40 % eingeschränkt; dies betreffe ausserhäusliche Arbeiten, die die Beschwerdeführerin früher ausgeübt habe. Im Haushalt sei sie nicht eingeschränkt. Die therapeutische Situation beurteilt der Gutachter als nicht befriedigend; insbesondere nehme die Beschwerdeführerin keine Dienste eines Psychiaters in Anspruch, die sich günstig auf die Panikzustände auswirken könnten. Zudem solle die medikamentöse Therapie optimiert werden. Der Gutachter schlägt eine ambulante psychiatrische Behandlung vor. Die Prognose aus psychiatrischer Sicht sei relativ günstig; die Arbeitsfähigkeit dürfte langfristig zunehmen (nach Einarbeitung, Distanz zur Ehescheidung sowie intensiver psychischer Betreuung). Zumutbar seien ähnliche wie früher ausgeübte Arbeiten. Abschliessend stellt der Gutachter fest, dass aufgrund der Laboruntersuchungen Verdacht auf erhöhten Alkoholkonsum bestünde; ein relevantes Alkoholproblem habe die Beschwerdeführerin jedoch nicht.

#### **E. 3.3.3.2**

IV-Stellenarzt Dr. E.\_\_\_\_\_, der die psychiatrische Begutachtung der Beschwerdeführerin am 28. Februar 2009 einverlangt hatte, hält in seiner Stellungnahme vom 8. November 2009 fest, er könne sich zum Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_\_ nicht abschliessend äussern, da keine umfassende aktuelle ärztliche Beurteilung des körperlichen Zustandes vorliege. Er empfiehlt eine Beurteilung aus rheumatologischer-internistischer Sicht.

#### **E. 3.3.3.3**

Der seit August 2007 behandelnde Hausarzt, Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt innere Medizin, stellt mit ausgefülltem Fragebogen am 2. Februar 2010 folgende Diagnosen, die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben: Depression, Angstzustände, Platzangst, chronische Lumbovertebralsyndrom mit Osteochondrose L3-S1, Spondylarthrosen L4-S1. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien Diabetes mellitus Typ II, Dyslipidämie, arterielle Hypertonie, Androgenisierungssyndrom (metabolisches Syndrom), COPD bei

Nikotinabusus, chronischer Reflux, Psoriasis. Die Depression und Angstzustände seien nicht bessernd, zur Zeit würden keine Psychopharmaka eingenommen und eine psychiatrische Behandlung würde nicht viel bringen. Die Beschwerdeführerin habe täglich Schmerzen, insbesondere lumbosacral, sie sei schnell erschöpft und müde. Die Prognose sei nicht günstig. Die gegenwärtige Behandlung erschöpfe sich in Gesprächen, Medikamenten und bei Bedarf Physiotherapie. Betreffend Therapie bestehe für ihn kein Handlungsbedarf. Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis auf Weiteres 100 %. Die Beschwerdeführerin sei psychisch und körperlich nicht belastbar und zu 100 % nicht leistungsfähig. Die bisherige Tätigkeit sei nicht zumutbar. Die Einschränkungen würden sich durch medizinische Massnahmen nicht vermindern lassen.

#### **E. 3.3.3.4**

IV-Stellen-Arzt Dr. E. \_\_\_\_\_ nimmt mit Stellungnahme vom 28. Februar 2010 Kenntnis von der Beurteilung des behandelnden Hausarztes. Unter Berücksichtigung des psychiatrischen Gutachtens dürfte es der Beschwerdeführerin nicht schlechter gehen. Wie weit die somatische Situation tatsächlich vollinvalidisierend sei, wie Dr. F. \_\_\_\_\_ schreibe, sei schwer nachvollziehbar. Zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit erachte der IV-Stellenarzt wieder als gegeben. Er schlägt eine polydisziplinäre Begutachtung vor. Diese wird gemäss Aktennotiz vom 15. Juli 2010 von der Vorinstanz als notwendig erachtet.

#### **E. 3.3.3.5**

Die Beschwerdeführerin wurde sodann am 11. und 13. Oktober 2010 am X. \_\_\_\_\_ Institut, während fünf Stunden polydisziplinär untersucht (rheumatologische Untersuchung, Untersuchung innere Medizin, psychiatrisches Gespräch). Der ausführliche Schlussbericht vom 8. November 2010 hält zusammenfassend fest, dass die Beschwerdeführerin unter somatischen und psychiatrischen Beschwerden von Krankheitswert leide. Aufgrund der objektiven Befunde bestehe jedoch für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Notwendigkeit des Zurücklegens von mehr als 100 Metern und ohne Selbst- oder Fremdgefährdung, nicht in feuchter oder staubiger Umgebung, eine 60 %-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit, vollschichtig realisierbar. Die Beschwerdeführerin leide nicht unter einer schweren chronischen somatischen Erkrankung und es bestehe auch kein schweres psychisches Leiden. Von medizinischen Massnahmen (Rückenprogramm, Sistieren Nikotinkonsum, Weiterführung Inhalation mit Budesonid, Verbesserung der Blutzuckereinstellung, psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, zusätzliches Antidepressivum) sei eine Steigerung der medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Berufliche Massnahmen seien wegen der fixierten Krankheits- und Invaliditätsüberzeugung nicht sinnvoll durchführbar. Die psychiatrische Beurteilung von Dr. D. \_\_\_\_\_, wonach aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % bestehe, könne bestätigt werden. Die Einschätzung des Hausarztes Dr. F. \_\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführerin bleibend keine Arbeitstätigkeit mehr zugemutet werden könne, könne nicht nachvollzogen werden. Aus somatischer und psychiatrischer Sicht sei es der Beschwerdeführerin zuzumuten, in einer den körperlichen Leiden adaptierten Tätigkeit eine ganztags verwertbare Rest-Arbeitsfähigkeit in die Realität umzusetzen (60 %-Pensum mit vermehrten Pausen). Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauten: - Panikstörung - Dysthymie - Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit aktuellem Verdacht auf zunehmende radikuläre Reizung L5 +/- S1 links, vorwiegend im Sinne einer Claudication spinalis, und bei multisegmentalen degenerativen LWS-Veränderungen, asymmetrischer lumbosakraler Übergangsanomalie mit

Lumbalisation S1 rechts und leichter konsekutiver Spinalkanalstenose - Metabolisches Syndrom, insulinpflichtige Diabetes mellitus II mit möglicher Polyneuropathie, Übergewicht (BMI 28), arterielle Hypertonie, Dyslipidämie - COPD, bei fortgesetztem Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - Gastroösophagealer Reflux - Anamnestisch Psoriasis vulgaris - Anamnestisch polyzystisches Ovarsyndrom - Anamnestisch rezidivierende belastungsabhängige Schmerzen im Bereich des rechten Handrückens - Myotendinosen brachioradial rechts - Leichte Restbeschwerden lateraler Fuss rechts nach offenbar spontaner Fraktur 2004 - Hakenfuss und Krallenzehnen, DD im Zusammenhang mit peripherer Polyneuropathie - Status nach OSG-Arthritis links unklarer Aetiologie 10/08

#### **E. 3.3.3.6**

In einem Überweisungsschreiben (teilstationär) an eine Tagesklinik vom 11. April 2011, das im Rahmen des Vorbescheidverfahrens von der Beschwerdeführerin eingereicht worden war, stellt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ die Diagnose eines ängstlich-depressiven Syndroms mit Chronifizierung. Zudem führt der überweisende Arzt aus, die Beschwerdeführerin komme nicht mehr gut zurecht und die medikamentöse Behandlung reiche offensichtlich nicht aus. Er befürchte mittelfristig eine Dekompensation und denke, dass deshalb eine intensivere Behandlung notwendig sei.

#### **E. 3.3.4**

Im Beschwerdeverfahren wurden von der Beschwerdeführerin zudem folgende Arztberichte eingereicht:

##### **E. 3.3.4.1**

Im ärztlichen Attest vom 12. Juli 2011 bestätigt Dr. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, dass die Beschwerdeführerin sich seit Mai 2011 bei ihm in hausärztliche Betreuung befinde. Er listet folgende Diagnosen auf: Diabetes mellitus Typ II, diabetische Neuropathie, Angststörung, rez. Depressionen, arterielle Hypertonie, chronisches Schmerzsyndrom bei degenerativen WS-Veränderungen (LWS), gastroösophageale Refluxkrankheit, pAVK linkes Bein, COPD. Zudem ist die aktuelle Medikation der Beschwerdeführerin aufgelistet.

##### **E. 3.3.4.2**

Ein Bericht des Y.\_\_\_\_\_ Hospital, (...), vom 10. Februar 2012 an den behandelnden Hausarzt bestätigt, dass sich die Beschwerdeführerin vom 12. bis zum 16. Januar 2012 auf der psychotherapeutischen Station in Behandlung befunden hatte. Die bisherige Medikation sei beibehalten worden. Grund für die Einweisung durch den Hausarzt sei eine langdauernde chronische Depression. Die Beschwerdeführerin sei vor der Aufnahme so verzweifelt gewesen, dass eine ambulante Therapie nicht mehr ausgereicht habe. Der Bericht listet die Diagnosen, die aktuelle Medikation sowie die Medikation bei der Entlassung auf. Überdies wird der Sachverhalt der vorliegend strittigen Rentenherabsetzung beschrieben, da dies anlässlich der Einweisung mit dem aufnehmenden Arzt besprochen worden sei. Darüber hinaus beschränkt sich der Bericht auf den im damaligen Zeitpunkt aktuellen Gesundheitszustand in physischer und psychischer Hinsicht.

#### **E. 3.3.5**

Vorab ist festzuhalten, dass sich an den Diagnosen seit dem Referenzzeitpunkt Ende Februar 2003 (vgl. oben E. 3.2.2) grundsätzlich nichts verändert hat; es sind, abgesehen von

Schädigungen der Lunge aufgrund Nikotinkonsums, die eine Tätigkeit in nasskalter Umgebung verhindert, keine neuen Leiden entstanden, die eine (zusätzliche) Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin begründen würden.

#### **E. 3.3.6**

Bezüglich der bereits im Jahr 2003 festgestellten physischen Leiden gelangen sämtliche involvierten Ärzte, mit Ausnahme des behandelnden Arztes Dr. F.\_\_\_\_\_, übereinstimmend zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht zwar eingeschränkt arbeitsfähig, jedoch nicht vollumfänglich arbeitsunfähig ist. Leichte Tätigkeiten, die wechselbelastend sind und ohne Gehstrecken über 100 Meter, sind nach dem polydisziplinären Gutachten, voll zumutbar. Schwere und mittelschwere körperliche Tätigkeiten in nasskalter Umgebung sind aufgrund der verminderten Belastbarkeit des unteren Achsenskeletts, des metabolischen Syndroms (charakterisiert durch Übergewicht bzw. Fettleibigkeit, Bluthochdruck, veränderte Blutfettwerte und Insulinresistenz) sowie des COPD (Sammelbegriff für Lungenerkrankungen, die mit Husten, Auswurf und Atemnot einhergehen) nicht mehr zumutbar. Putztätigkeiten sind gemäss polydisziplinärem Gutachten im Umfang von 30 % zumutbar. Dagegen führt Dr. F.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht aus, die Beschwerdeführerin sei körperlich nicht belastbar (Schmerzen v.a. lumbosacral); wie bereits Dr. E.\_\_\_\_\_ festgestellt hat, ist schwer nachvollziehbar, inwiefern dieser Umstand vollinvalidisierend sein soll (vgl. E. 3.3.3.4). Der physische Gesundheitszustand präsentiert sich somit im Vergleich zum Referenzzeitpunkt, im Wesentlichen unverändert; immerhin konnte die Beschwerdeführerin ihr Körpergewicht reduzieren, sodass sie zum Zeitpunkt der polydisziplinären Untersuchung im Oktober 2010 leicht übergewichtig gewesen ist. Allseitig empfohlen werden ein Rückenprogramm, welches die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin positiv beeinflussen könne, sowie die Aufgabe des schweren Nikotinkonsums.

#### **E. 3.3.7**

Hinsichtlich der psychischen Situation besteht bezüglich der Befunde ebenfalls Einigkeit bei sämtlichen involvierten Ärzten: Die Beschwerdeführerin leidet an einer Panikstörung sowie an Dysthymie. Dabei handelt es sich um die chronische Form einer depressiven Verstimmung, die nicht alle diagnostischen Kriterien für das Vollbild der Depression erfüllt. Wie aus den Akten hervorgeht führt die Beschwerdeführerin diese Leiden auf ihre Kindheit (Angst vor dem Vater, zu wenig Zuwendung) und die unglückliche Ehe, die im Jahr 2009 getrennt wurde, zurück. Es besteht jedoch eine Diskrepanz in der Beurteilung der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zwischen den begutachtenden Ärzten (vgl. oben E. 3.3.3.1 und 3.3.3.5), die von einer Besserung ausgehen, und dem behandelnden Dr. F.\_\_\_\_\_ (vgl. E. 3.3.3.3), der keine Besserung feststellt und pauschal ausführt, die Arbeitsunfähigkeit betrage auch aus psychischer Sicht 100 %. Aus dem Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_\_ (vgl. E. 3.3.3.1) sowie dem polydisziplinären Gutachten (vgl. E. 3.3.3.5) geht jedoch hervor, dass sich die psychische Situation seit dem Referenzzeitpunkt verbessert hat, indem die Panikattacken weniger häufig und nicht mehr tagsüber auftreten, insbesondere seit der Trennung von ihrem Ehemann, der nach Angaben der Beschwerdeführerin verschuldet sei und u.a. wenig Verständnis für ihre Krankheit gezeigt habe, und die Beschwerdeführerin einen Weg gefunden hat, damit umzugehen (Gespräche mit Vertrauten). Gemäss Akten befand sich die Beschwerdeführerin seit dem Referenzzeitpunkt nur einmal kurz in psychiatrischer Behandlung. Daher vermag der entsprechende Bericht von Dr. F.\_\_\_\_\_, entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin, keine Zweifel an der

Zuverlässigkeit der psychiatrischen Gutachten zu begründen. Diese sind nachvollziehbar und schlüssig begründet, berücksichtigen die geklagten Beschwerden, beruhen auf eigenen fachspezifischen Untersuchungen und wurden in Kenntnis der Anamnese sowie der Akten erstellt. Die Beschwerdeführerin gab während den psychiatrischen Gesprächen selber an, dass es ihr aktuell besser gehe. Zwar schätzt sie ihre Arbeitsfähigkeit auf nicht mehr als 2x2 Stunden pro Woche; dies ist jedoch angesichts der langdauernden Arbeitsabwesenheit nicht von Bedeutung.

#### **E. 3.3.8**

Insoweit kann eine Verbesserung zumindest des psychischen Gesundheitszustandes gegenüber dem Referenzzeitpunkt als erstellt betrachtet werden. Die diagnostizierte Dysthymie dürfte medikamentös einstellbar sein; diesbezüglich haben die begutachtenden Ärzte Handlungsbedarf festgestellt. In somatischer Hinsicht ist, abgesehen von der Gewichtsreduktion, keine relevante Verbesserung festzustellen; die Rückenbeschwerden könnten jedoch durch ein Rückenprogramm positiv beeinflusst werden. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Rayonchefin ist die Beschwerdeführerin nach wie vor nicht mehr arbeitsfähig, insbesondere da die Verantwortung, die mit dieser Position einhergeht, nicht mit den psychischen Einschränkungen vereinbar ist. Als ungünstige krankheitsfremde Faktoren, welche verhindern, dass die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit ausnützt, werden die lange Arbeitsuntätigkeit sowie die fehlende Motivation der Beschwerdeführerin zur vollen Leistung genannt. Eine leidensangepasste Tätigkeit, wie im polydisziplinären Gutachten beschrieben, erscheint nach dem Gesagten zumutbar.

#### **E. 3.3.9**

Der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte Bericht vom 10. Februar 2012 über den stationären Kurzaufenthalt im Y.\_\_\_\_\_ Hospital (vgl. oben E. 3.3.4.2) bezieht sich auf den aktuellen psychischen Gesundheitszustand und erlaubt, entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin, keine weiteren Hinweise bzw. Rückschlüsse auf den gesundheitlichen Zustand bzw. dessen Entwicklung im zu prüfenden Zeitraum (vgl. oben E. 2.2). Gleiches gilt für das Überweisungsschreiben vom 12. Juli 2011 (vgl. E. 3.3.4.1); diese Unterlagen enthalten keine Angaben bzw. Beurteilungen hinsichtlich Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

#### **E. 3.4**

Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Aus den Akten ergibt sich, dass die Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes der Beschwerdeführerin bereits seit dem 4. September 2009 (Untersuchung bei Dr. D.\_\_\_\_\_) festgestellt ist. Nach Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV erfolgt die Herabsetzung der Rente frühestens vom ersten Tag des zweiten, der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an, was vorliegend (Herabsetzung per 1. September 2011) erfüllt ist.

#### **E. 3.5**

Der von der Vorinstanz durchgeführte Einkommensvergleich wird von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet. Dieser ist korrekt berechnet und ergibt einen

Erwerbsunfähigkeits- bzw. Invaliditätsgrad von 44 %.

### **E. 3.6**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Gemeinschaft sowie für Staatsangehörige der Schweiz, sofern sie, wie vorliegend, Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

### **E. 3.7**

Somit ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Referenzzeitpunkt verbessert hat und sie in einer leidensangepassten Tätigkeit (leichte Arbeit mit vermehrten Pausen, ohne Kälte und Feuchtigkeit ausgesetzt zu sein, ohne Verletzungsgefahr, Gehdistanz nicht grösser als 100 Meter) zu 60 % arbeitsfähig ist. Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes seit dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung wäre in Rahmen einer Neuanmeldung zu prüfen (vgl. oben E. 2.2). Die nach dem im Rahmen des Vorbescheidverfahrens vorgebrachte Kritik an der Untersuchungssprache Deutsch (vgl. die entsprechenden Ausführungen in der angefochtenen Verfügung sowie Aktennotiz der Vorinstanz vom 22. Juni 2011) hat die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren nicht mehr vorgebracht. Es bestehen im Übrigen keine Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin die untersuchenden Ärzte nicht verstanden hätte; zudem hat sie zu keinem Zeitpunkt einen Übersetzungsdienst verlangt. Der Antrag auf eine neuerliche Begutachtung der Beschwerdeführerin ist in antizipierter Beweiswürdigung abzuweisen, da nicht zu erwarten ist, dass eine weitere Begutachtung mit Bezug auf den Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung neue Erkenntnisse bringen wird (BGE 134 I 140 E. 5.3).

### **E. 4**

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz die Invalidenrente der Beschwerdeführerin zu Recht per 1. September 2011 auf eine Viertelsrente herabgesetzt hat. Die Beschwerde erweist sich daher als unbegründet und ist abzuweisen.

### **E. 5**

Beschwerdeverfahren um Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht sind kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 2 i.V.m. Art. 69 Abs. 1bis IVG). Entsprechend dem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG sowie Art. 1 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Diese werden auf Fr. 400.- festgesetzt und mit dem von der Beschwerdeführerin am 1. November 2011 geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

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