

# **BVGer B-8175/2010 vom 8. Juli 2013**

Bundesverwaltungsgericht, 2013-07-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_B-8175\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-8175_2010)

FR: TAF B-8175/2010 du 8 juillet 2013

IT: TAF B-8175/2010 del 8 luglio 2013

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 2**

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

#### **E. 2.1**

Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 (SR 0.831.109.818.1) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 203 E. 2b, 122 V 382 E. 1, 119 V 101 E. 3). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien und Mazedonien), nicht aber mit Serbien oder mit dem Kosovo, neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für die Beschwerdeführerin als serbische Staatsangehörige findet demnach weiterhin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 Anwendung. Nach Art. 2 dieses Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Bestimmungen, die hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente und der anwendbaren Verfahrensbestimmungen von dem in Art. 2 des Abkommens aufgestellten Grundsatz der Gleichstellung abweichen, finden sich weder im Abkommen selbst noch in den seitherigen schweizerisch-jugoslawischen Vereinbarungen. Die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung des Invaliditätsgrades und der Rentenhöhe richten sich demnach allein nach den schweizerischen Rechtsvorschriften, insbesondere dem IVG, der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 832.201), dem ATSG sowie der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

#### **E. 2.2**

Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), ist der

Leistungsanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 auf Grund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445). Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substanziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der - sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind - gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. In Fällen, in denen der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eintrat resp. die einjährige gesetzliche Wartezeit vor diesem Zeitpunkt zu laufen begann und im Jahre 2008 erfüllt wurde, gilt unter der Voraussetzung, dass die Anmeldung spätestens per Ende Juni 2008 eingereicht wurde, das alte Recht (vgl. zum Ganzen BGE 138 V 475). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 18. Oktober 2010 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Noch keine Anwendung findet das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

### **E. 3**

Im vorliegenden Verfahren ist in der Hauptsache streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente abgewiesen 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. 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 der Dauer von 18 Jahren Beiträge an die 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 und in welchem Umfang sie als invalid im Sinne des Gesetzes zu betrachten ist.

#### **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 entspricht dem - durch einen Gesundheitsschaden verursachten und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibenden länger dauernden (vollen oder teilweisen) - 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 der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung). Laut Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1), ist vorliegend indessen nicht gegeben. Vielmehr sieht Art. 8 Bst. e des Sozialversicherungsabkommens zwischen der Schweiz und Jugoslawien vor, dass ordentliche schweizerische Invalidenrenten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, nur gewährt werden, solange sie ihren Wohnsitz in der Schweiz haben. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: BGER) stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

### **E. 3.4**

Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c) resp. zu 50 % bei fehlendem Wohnsitz in der Schweiz (vgl. E. 3.3. hiervor).

### **E. 3.5**

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 dem 1. Januar 2004 geltenden Fassung, Art. 28 Abs. 2, Abs. 2bis und Abs. 2ter IVG in den bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassungen sowie Art. 28a IVG in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung]). Vorliegend ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin vor Eintritt ihres Gesundheitsschadens nicht erwerbstätig war, sondern sich ausschliesslich im Haushalt betätigte (vgl. IV-Akt. 18f.). Damit wird für die Invaliditätsbemessung die spezifische Methode des Betätigungsvergleichs bei Nichterwerbstätigen anzuwenden sein.

### **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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 3.8**

Zu bemerken bleibt, dass auf Grund des im gesamten Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht ein invalider Versicherter gehalten ist, innert nützlicher Frist Arbeit im angestammten oder einem anderen Berufs- oder Erwerbszweig zu suchen und anzunehmen, soweit sie möglich und zumutbar erscheint (BGE 113 V 28 E. 4a, 111 V 239 E. 2a). Deshalb ist es am behandelnden Arzt bzw. am Vertrauensarzt einer IV-Stelle aus medizinischer Sicht zu bestimmen, in welchem Ausmass ein Versicherter seine verbliebene Arbeitsfähigkeit bei zumutbarer Tätigkeit und zumutbarem Einsatz auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt einsetzen kann. Diese Arbeitsmöglichkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen.

## **E. 4**

Im vorinstanzlichen Verfahren hat sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt gestellt, die Vorinstanz habe zu Unrecht den 9. Januar 2009 als Anmeldedatum verzeichnet. Tatsächlich habe der serbische Versicherungsträger beglaubigt, ihre Anmeldung bereits am 2. November 2007 erhalten zu haben. Diese Kritik hinsichtlich des massgebenden Anmeldezeitpunkts hat die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren nicht wiederholt. Aus den vorinstanzlichen Akten ist ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin das Formular "IV-Anmeldung für Personen mit Wohnsitz im Ausland" am 2. November 2007 unterzeichnet hat (IV-Akt. 10). Der serbische Versicherungsträger hat indessen dieses Datum nicht als Eingangszeitpunkt bestätigt. Im Übermittlungsschreiben der IV-Anmeldung an die Vorinstanz führte er vielmehr als Anmeldezeitpunkt den 9. Januar 2009 auf (IV-Akt. 13). Damit ist der durch die Vorinstanz auf der angefochtenen Verfügung angegebene Anmeldezeitpunkt nicht zu beanstanden.

## **E. 5**

Aus den wichtigsten der in den Akten befindlichen medizinischen Berichten ergibt sich Folgendes:

### **E. 5.1**

Im Gutachten vom 13. November 2007 zu Händen des serbischen Versicherungsträgers erklärte die Neuropsychiaterin Dr. R. \_\_\_\_\_, die Versicherte habe sich im Februar 2007 einer totalen Hysterektomie mit beidseitiger Adnexektomie unterzogen. Im März 2008 sei eine Behandlung wegen einer peripherer facialis Paralyse auf der linken Seite erfolgt. Seit einem Jahr befinde sich die Versicherte in psychiatrischer Behandlung auf Grund der Diagnose anxiöse depressive Störung. Insgesamt leide sie an folgenden Beschwerden: · Anxiöse depressive Störung, · Status post paralysis nervi facialis l. sin. peripherica, · Status post hysterectomiam totalis cum adnexectomiam bil. Am Tag der Untersuchung habe kein voller Verlust der Arbeitsfähigkeit bestanden. Der Invaliditätsgrad betrage 40 % (IV-Akt. 22).

### **E. 5.2**

In seiner Stellungnahme vom 25. August 2009 bestätigte RAD-Arzt Dr. med. S. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für allgemeine Medizin, auf Grund des vorliegenden medizinischen Verlaufs die Diagnose Angst und depressive Störung (ICD-10 F41.2) und bescheinigte der Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit für Tätigkeiten im Haushalt von 40 % ab August 2007. Diese setze sich zusammen aus 20 % Einschränkung in der Zubereitung der Ernährung, 10 % in der Wohnungspflege, 5 % in der Betätigung der Einkäufe und 5 % in der Erledigung der Wäsche und Kleiderpflege (IV-Akt. 24).

### **E. 5.3**

Dr. P. \_\_\_\_\_ und Dr. Z. \_\_\_\_\_, beide spezialisiert auf Hals-, Nasen- und Ohrenmedizin, berichteten über die Hospitalisierung der Versicherten vom 31. März 2008 bis 11. April 2008 infolge einer Verzerrung der linken Seite ihres Gesichts. Die Versicherte habe namentlich eine Lähmung der linken Mimik-Muskulatur aufgewiesen, sei nicht mehr in der Lage gewesen, das linke Auge zu schliessen und habe Schwierigkeiten mit dem Kauen und Schlucken gehabt. Nach dem Spitalaufenthalt sei die Versicherte in gutem allgemeinen Zustand mit verbessertem Gesichtsstatus entlassen worden. Dr. P. \_\_\_\_\_ und Dr. Z. \_\_\_\_\_ legten eine neurologische Untersuchung nahe (IV-Akt. 38).

### **E. 5.4**

Im Arztbericht vom 8. Januar 2010 hielt Dr. C.\_\_\_\_\_ fest, gemäss dem Gesundheitsbüchlein leide die Versicherte an HTA sowie Paralysis nercvi facialis (ICD-10: G51; IV-Akt. 43).

#### **E. 5.5**

In der Stellungnahme vom 11. Januar 2010 hielt Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD, fest, die vorliegenden Berichte würden grösstenteils eine Fazialisparese betreffen, was nicht sein Fachgebiet sei. Für die Abklärung, ob eine invalidisierende psychiatrische Krankheit vorliege, sei die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens (in Serbien) erforderlich. Auch RAD-Arzt Dr. med. S.\_\_\_\_\_ empfahl in seiner Stellungnahme vom 4. Februar 2010 die Durchführung einer psychiatrischen Begutachtung (IV-Akt. 45).

#### **E. 5.6**

Im psychiatrischen Gutachten vom 25. Mai 2010 stellte Dr. med. L.\_\_\_\_\_ bei der Versicherten folgende Diagnosen: · Dysthymie (ICD-10: F34.1), · Hypochondrie (ICD-10 F.45.2), · schwierige Lebensverhältnisse (ICD-10: Z63), · finanzielle Schwierigkeiten (ICD-10: Z59). Die Versicherte zeige keine Anzeichen einer Fazialisparese. Die von ihm gestellte Diagnose der Dysthymie stimme mit der in den bisherigen Arztberichten genannten Diagnose der gemischten Angst- und depressiven Störung insofern überein, als eine milde Ausprägung an Depressivität vorliege. Im Gegensatz zu jener Diagnose erkenne er hingegen keine generellen Ängste. Diese seien eher in hypochondrischer Art und Weise auf die körperlichen Krankheiten beschränkt. Infolge der milden psychischen Störungen werde die Versicherte in ihrer Arbeitsfähigkeit in der früheren Tätigkeit nicht zu mehr als 20 % eingeschränkt. Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe seit Sommer 2008. Eine adäquate, antidepressive Therapie könne die psychischen Beschwerden beziehungsweise die Arbeitsfähigkeit verbessern. Im Haushalt sei die Versicherte hingegen nicht eingeschränkt (IV-Akt. 66).

#### **E. 5.7**

Im Arztbericht vom 4. August 2010 erklärte die Neuropsychiaterin Dr. M.\_\_\_\_\_, die Versicherte leide an den nachfolgenden Beschwerden: · Sy anxio depressivum mit teilweise psychotischem Leiden, · Spondylarthrosis vert cerv. et lumbalis gravis, · Sy vertiginosum. Ebenfalls nannte sie in Bezug auf die Versicherte folgende ICD-10-Codes: · ICD-10: F33.1 (Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode), · ICD-10: M54.0 (Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion), · ICD-10: R42 (Schwindel und Taumel). Die Versicherte sei sichtlich aufgewühlt und erkläre, sie könne nicht schlafen, habe teilweise Weinanfälle und mache unkontrollierte Bewegungen. Durch den Tod ihres Mannes seien diese Symptome verstärkt. Die Versicherte sei arbeitsunfähig (IV-Akt. 77).

#### **E. 5.8**

In der internen Stellungnahme vom 30. September 2010 hielt RAD-Psychiater Dr. med. H.\_\_\_\_\_ fest, im Arztbericht von Dr. T.\_\_\_\_\_ werde dasselbe Zustandsbild wie im Gutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ beschrieben. Die Beschreibung der Versicherten passe indessen nicht zu den von Dr. T.\_\_\_\_\_ geschilderten "psychotischen Zuständen". Ebenfalls deute die Abgabe eines milden Antidepressivums (Seroxat, dies entspreche: Deroxat ®, 59 mg/d) vielmehr auf die Richtigkeit der von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen hin (IV-Akt. 80).

## **E. 6**

Die Beschwerdeführerin bringt in ihrer Beschwerdeschrift vom 24. November 2010 sowie der Replik vom 14. Februar 2011 gegen das Gutachten von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 25. Mai 2010 vor, dessen Untersuchung habe lediglich eine Stunde gedauert. Im Schreiben vom 7. Juni 2012 kritisiert sie ausserdem implizit, der mit der Begutachtung vom 25. Mai 2010 betraute Psychiater spreche nicht ihre Muttersprache, indem sie die Durchführung einer stationären Untersuchung durch einen serbisch sprechenden Psychiater verlangt.

### **E. 6.1**

Dem Gutachten vom 25. Mai 2010 ist zu entnehmen, dass einerseits die Untersuchung vom 29. April 2010 von 8.00 bis 9.05 und damit 65 Minuten gedauert hat (S. 1) sowie dass andererseits eine Dolmetscherin anwesend war (S. 2). Für den Aussagegehalt eines psychiatrischen Gutachtens kommt es nicht entscheidend auf die Dauer der Untersuchung an, sondern lediglich darauf, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts B-1655/2011 vom 13. Oktober 2011, E. 7.1; zur Dauer von psychiatrischen Abklärungen vgl. Urteil des Bundesgerichts I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3). Ebensowenig stellt der Beizug eines Dolmetschers (anstatt eines die Muttersprache der Versicherten sprechenden Facharztes für Psychiatrie) per se ein Indiz für ein mangelhaftes Gutachten dar (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-992/2010 vom 15. Mai 2012, E. 4.3, S. 15). Dem Gutachten sind im Weiteren keine Hinweise zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin die Dolmetscherin nicht verstanden hätte. Damit sprechen die durch die Beschwerdeführerin vorgebrachten Gründe nicht ohne Weiteres gegen die Stichhaltigkeit des Gutachtens vom 25. Mai 2010. Das Gutachten von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 25. Mai 2010 genügt den in der Rechtsprechung entwickelten, im Sozialversicherungsrecht massgebenden Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten. Es wurde in Kenntnis der Vorakten erlassen, gibt die Anamnese ausführlich wider, beruht auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden der Versicherten und ist in seinen Schlussfolgerungen nachvollziehbar, in sich konsistent sowie widerspruchsfrei (E. 3.7). Entgegen der dahingehenden Rüge der Beschwerdeführerin beantwortet es ausserdem sämtliche an den Gutachter gestellten Fragen (vgl. Schreiben der Vorinstanz an Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 16. März 2010 in IV-Akt. 53). Damit kann auf dieses Gutachten vom 25. Mai 2010 vollumfänglich abgestellt werden.

### **E. 6.2**

In dem nach Vorlage dieses Gutachtens ausgestellten Arztbericht vom 4. August 2010 stellte Dr. T. \_\_\_\_\_ zwar weitergehende psychiatrische Diagnosen. Diese Diagnosen sind indessen nicht begründet, auch fehlt eine Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten. Wie in der RAD-Stellungnahme vom 30. September 2010 nachvollziehbar dargelegt wird, spricht auch das aufgeführte Medikament dagegen, dass Dr. T. \_\_\_\_\_ tatsächlich psychotische Beschwerden festgestellt hat, da sich dieses lediglich für die Behandlung der auch von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ diagnostizierten Beschwerden eignet. Damit ist der Arztbericht vom 4. August 2010 nicht geeignet, ernsthafte Zweifel an der Richtigkeit der im Gutachten vom 25. Mai 2010 genannten Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beziehungsweise die Fähigkeit, sich im angestammten Tätigkeitsgebiet (Haushalt) zu betätigen, zu begründen.

### **E. 6.3**

Mit Eingabe vom 7. Juni 2012 hat die Beschwerdeführerin beantragt, sie sei erneut und stationär psychiatrisch zu begutachten. Aufgrund des Dargelegten ist nicht zu erwarten, dass eine weitere psychiatrische Begutachtung wesentliche neue Erkenntnisse in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand der Versicherten im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung bringen würde. Von einer derartigen Begutachtung ist daher in antizipierter Beweiswürdigung abzusehen.

#### **E. 6.4**

Als Zwischenergebnis ist somit nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz entsprechend den Schlussfolgerungen des Gutachtens von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 25. Mai 2010 davon ausging, dass die Versicherte in psychiatrischer Hinsicht in ihrem bisherigen Aufgabenbereich in der Haushaltsführung nicht in rentenrelevantem Ausmass eingeschränkt sei.

#### **E. 7**

Die Beschwerdeführerin gab im Fragebogen für im Haushalt tätige Versicherte vom 16. April 2009 an, sie könne lediglich noch teilweise den Haushalt führen, teilweise Gemüse und Früchte rüsten, einfachere, kleinere Mahlzeiten zubereiten, leichtes Geschirr spülen, leichtere Reinigungsarbeiten in der Küche erledigen und die Betten machen.

#### **E. 7.1**

Inwiefern diese Einschränkung neben der von ihr behaupteten psychischen Beeinträchtigung auf somatische Beschwerden zurückzuführen sei, hat die Beschwerdeführerin nicht substantiiert.

#### **E. 7.2**

In den Medizinalakten findet sich diesbezüglich in dem zu Händen des serbischen Versicherungsträgers erstellten Gutachten vom 13. November 2007, dass sich die Versicherte im Februar 2007 einer totalen Hysterektomie (Gebärmutterentfernung) mit beidseitiger Adnexektomie (Entfernung beider Eierstöcke) unterzogen habe. Weiter sei im März 2008 eine Behandlung wegen einer peripherer facialis Paralyse (Gesichtslähmung) erfolgt.

#### **E. 7.3**

Gestützt auf diese Feststellungen diagnostizierte Dr. R. \_\_\_\_\_ je den Zustand nach einer Gesichtslähmung (Status post paralysis nervi facialis l. sin. peripherica) sowie nach Gebärmutter- und beidseitiger Eierstockentfernung (Status post hysterectomiam totalis cum adnexectomiam bil.). Dass die Versicherte im Zeitpunkt der Begutachtung vom 13. November 2007 noch an den Folgen der erwähnten medizinischen Behandlung respektive des operativen Eingriffes litt, ist dem Gutachten indessen nicht zu entnehmen.

#### **E. 7.4**

Im Arztbericht vom 8. Januar 2010 wiederholte Dr. C. \_\_\_\_\_ die Diagnose der Fazialisparese, welche er einem Gesundheitsbüchlein entnommen habe. Offenbar basierte diese Diagnose somit nicht auf Grund einer eigenen, damals aktuellen Untersuchung dieses Arztes. Dr. med. L. \_\_\_\_\_ schliesslich stellte in seinem Gutachten vom 25. Mai 2010 fest, für das Vorliegen einer Gesichtslähmung seien keine Hinweise ersichtlich.

#### **E. 7.5**

Im Arztbericht vom 4. August 2010 nannte die Neuropsychiaterin Dr. M. \_\_\_\_\_ schliesslich den ICD-10-Code einer Pannikulitis (rheumatologische Hautentzündung). Diese Diagnose ist indessen weder begründet noch durch einen Rheumatologen gestellt. Vor allem aber hat auch die Beschwerdeführerin selbst gar nicht geltend gemacht, dass sie dadurch in rentenrelevanter Weise beeinträchtigt wäre.

#### **E. 7.6**

Nachdem insgesamt keiner der verwertbaren Arztberichte auf im relevanten Zeitpunkt aktuelle somatische Beschwerden, namentlich das Vorliegen einer Fazialisparese hinweisen, erübrigen sich in diesem Zusammenhang weitere Abklärungen, insbesondere die Einholung einer neurologischen Untersuchung (vgl. Sachverhalt Bst. C). Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz davon ausgegangen ist, dass die Versicherte auch in somatischer Hinsicht nicht in rentenrelevantem Ausmass in ihrem bisherigen Tätigkeitsbereich eingeschränkt ist.

#### **E. 8**

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass der Entscheid der Vorinstanz nicht zu beanstanden ist. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen.

#### **E. 9.1**

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese werden auf Fr. 400.- festgesetzt und sind mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen.

#### **E. 9.2**

Der unterliegenden, juristisch vertretenen Beschwerdeführerin ist dem Verfahrensausgang entsprechend keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

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