

BVGer B-8237/2010 vom 16. Juli 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-07-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-8237_2010

FR: TAF B-8237/2010 du 16 juillet 2013

IT: TAF B-8237/2010 del 16 luglio 2013

Regeste

Invalidenversicherung (IV)

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021), sofern keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die Vorinstanz, die mit Verfügungen über Rentengesuche von Grenzgängerinnen und Grenzgängern befasst ist (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 IVG sowie Art. 40 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

E. 1.2

Die Beschwerdeführerin war Grenzgängerin. Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV hierfür vorgesehen, hat die IV-Stelle X._____, in deren Tätigkeitsgebiet die Versicherte zuletzt in ihrer Eigenschaft als Grenzgängerin eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, in korrekter Weise die Anmeldung für Leistungen der IV entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 27. Oktober 2010 erlassen hat.

E. 1.3

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist. Nach 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.

E. 1.4

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der Vorinstanz vom 27. Oktober 2010. Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (Art. 60 ATSG). Als Adressatin der angefochtenen Verfügung ist die Beschwerdeführerin besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Damit ist auf die Beschwerde einzutreten, nachdem auch der geforderte Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde.

E. 2.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht, einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit, wenn nicht eine kantonale Behörde als Beschwerdeinstanz verfügt hat (Art. 49 VwVG).

E. 2.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. HÄBERLI, in: Waldmann/Weissenberger, Praxiskommentar VwVG, Art. 62 N 40).

E. 2.3

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 3

Vorab ist zu prüfen, welche Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren zur Anwendung gelangen.

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland, sodass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit (Freizügigkeitsabkommen, nachfolgend: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (EWG, SR 0.831.109.268.1) haben die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Da bei ist im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA). Demnach richten sich die Bestimmung der Invalidität, die Berechnung des Invaliditätsgrades und der Rentenhöhe auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4), insbesondere dem IVG, der IVV, dem ATSG sowie der entsprechenden Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV, SR 830.11). Noch keine Anwendung finden vorliegend die am 1. April 2012 in Kraft gesetzten

Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 977/2009 des Europäischen Parlaments und Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Systeme der sozialen Sicherheit. Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4, AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 11. Dezember 1981 i.S. D).

E. 3.2

Nach den allgemeinen intertemporalen Regeln sind in verfahrensrechtlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2). In materiellrechtlicher Hinsicht sind diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3). 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). Damit finden im vorliegenden Verfahren grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. Oktober 2010 in Kraft standen (Bestimmungen der 5. IV-Revision). Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (AS 2011 5659).

E. 3.3

Bezüglich der vorliegend auf Grund von Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG zu berücksichtigenden ATSG-Normen zur Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) und zur Bestimmung des Invaliditätsgrades (Art. 16) hat das Schweizerische Bundesgericht (vormals Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) erkannt, dass es sich bei den in Art. 3-13 ATSG enthaltenen Legaldefinitionen in aller Regel um eine formellgesetzliche Fassung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den entsprechenden Begriffen vor In-Kraft-Treten des ATSG handelt und sich inhaltlich damit keine Änderung ergibt, weshalb die hierzu entwickelte Rechtsprechung übernommen und weitergeführt werden kann (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3).

E. 4

Nachfolgend sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden gesetzlichen Grundlagen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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). 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. 4.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, werden jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben - was vorliegend der Fall ist (Art. 29 Abs. 4 IVG).

E. 4.3

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei erwerbstätigen Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihnen zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnten (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnten, wenn sie nicht invalid geworden wären (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Dieser Einkommensvergleich 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. Soweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1, BGE 104 V 135 E. 2a und b; ZAK 1990 S. 518 E. 2).

E. 4.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV). Ein Revisionsgrund ergibt sich aus jeder wesentlichen Änderung der tatsächlichen Verhältnisse, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5, m.w.H., SVR 2004 IV Nr. 5 S. 13 E. 2). Keine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse bedeutet eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts (zum Beispiel eine andere Einschätzung der zumutbaren Arbeitsleistung, vgl. SVR 2004 IV 5, E. 3.3; 1996 IV Nr. 70 E. 3a). Ob eine revisionsrechtlich relevante Änderung eingetreten ist, beurteilt sich grundsätzlich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der

ursprünglichen bzw. letzten rechtskräftigen, auf einer materiellen Prüfung mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und durchgeführtem Einkommensvergleich beruhenden Rentenverfügung bestanden hat (Ausgangszeitpunkt), mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides (Referenzzeitpunkt, BGE 133 V 108 E. 5.4, BGE 125 V 369). Im vorliegenden Fall wurde mit Verfügung vom 2. Dezember 2008 der Beschwerdeführerin eine halbe Invalidenrente zugesprochen. Anlässlich dieser ursprünglichen Rentenzusprechung wurde eine abgeschlossene materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung vorgenommen, weshalb die Verfügung vom 2. Dezember 2008 den Ausgangszeitpunkt begründet. Die angefochtene Verfügung vom 27. Oktober 2010 begründet den Referenzzeitpunkt.

E. 4.5

Um beurteilen zu können, ob der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung überwiegend wahrscheinlich eine anspruchrelevante Änderung erfahren hat, 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). Eine zumutbare Arbeitsmöglichkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen (leidensangepasste Verweisungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.).

E. 4.6

Die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht haben die medizinischen Unterlagen nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. 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 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, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 351 E. 3a). 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 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des Bundesgericht [BGer] 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 (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, m.w.H.). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2). Auch die Stellungnahmen des RAD müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen. 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. Nimmt der RAD selber keine Untersuchung vor, hat er zunächst zu überprüfen, ob die medizinischen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben (vgl. zu den Anforderungen an einen Aktenbericht Urteil BGer 8C_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 5.2, Urteil BGer I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1) bzw. ob ein von ihm angefordertes Gutachten den Anforderungen der Rechtsprechung entspricht und die im konkreten Fall erforderlichen Untersuchungen vorgenommen und dokumentiert wurden.

E. 5

Streitig ist im vorliegenden Fall, ob die Vorinstanz das Rentenerhöhungsgesuch der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat, wobei die Frage im Zentrum steht, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in rentenrelevanter Weise verschlechtert hat bzw. ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist.

E. 5.1

Die Beschwerdeführerin macht beschwerdeweise geltend, dass sich die Erwerbsfähigkeit verschlechtert habe und ihre Schmerzen im Rücken und den Beinen unerträglich geworden seien. Da sie die Tätigkeit als Rayonleiterin bei Y._____ nicht mehr habe ausüben können, sei sie an der Kasse beschäftigt gewesen. Dies gehe nun auch nicht mehr, da das lange Sitzen und Laufen mit starken Schmerzen verbunden sei. Zu ihren Beschwerden sei noch eine Spondylolisthesis, Arthritis und ein Bandscheibenvorfall hinzu gekommen. Ihr linkes Bein sacke immer wieder weg, im rechten Bein bestehe ein Taubheitsgefühl und ihr Rücken schmerze. Die Entfernung des Gehirntumors im November 2007 sei immer noch nicht ausgeheilt. Es bestünden noch Kopfschmerzen und Lymphflüssigkeitsansammlungen im Kopf. Im Januar 2011 stehe zum dritten Mal eine Operation am linken Bein an.

E. 5.2

Die Vorinstanz stützt sich hingegen bei der Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin insbesondere auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. H._____ und ist der Auffassung, dass aus medizinischer Sicht seit der letzten Verfügung keine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergeben habe.

E. 6.1

Bei der ursprünglichen Verfügung der Vorinstanz vom 2. Dezember 2008 dienten folgende Berichte als medizinische Entscheidungsgrundlage:

E. 6.1.1

Aus dem Bericht des Universitätsklinikums Freiburg vom 29. November 2007 geht hervor, dass bei der Beschwerdeführerin am 22. November 2007 aufgrund eines ausgedehnten ossär entwickelten Keilbeinflügelmeningeoms rechts mit Exophthalmus rechts eine Operation durchgeführt worden sei (vgl. IV act. 14 S. 18 f.).

E. 6.1.2

Im Bericht des Universitätsklinikums Freiburg vom 4. Dezember 2007 wurden der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen gestellt: - Keilbeinflügelmeningeom rechts mit überwiegend ossärer Infiltration (D32.0), Operation am 22. November 2007, - Exophthalmus rechts (H05.2), - Distale Aussenbandruptur des linken Kniegelenkes, - Zustand nach Knie-Totalendprothese links (vgl. IV act. 14 S. 16 f.).

E. 6.1.3

Im Bericht des Universitätsklinikums Freiburg vom 3. März 2008 wurde über den Zustand nach Operation eines Keilbeinflügelmeningeoms rechts mit überwiegend ossärer Infiltration am 22. November 2007 berichtet. In der klinisch neurologischen Untersuchung zeige sich bei der Beschwerdeführerin noch ein diskreter Exophthalmus rechtsseitig, ansonsten bestünden keine fokale neurologische Defizite. Aus dem Bericht der Kernspintomographie des Schädels vom 26. Februar 2008 (vgl. IV act. 14 S. 10) sowie aus dem aktuell durchgeführten CT des Schädels in Dünnschichttechnik würden sich unauffällige postoperative Verhältnisse, ohne Nachweis auf Rest- oder Rezidivmeningeom zeigen (vgl. IV act. 14 S. 9).

E. 6.1.4

Dr. med. M. _____, Facharzt Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, berichtete am 8. April 2008, dass die Beschwerdeführerin an einem Tinnitus leide. Sie habe seit ca. einer Woche ein Druckgefühl im rechten Ohr. Die Ohrgeräusche kämen vor allem am Abend vor (vgl. IV act. 14 S. 7). Aus dem Bericht des Universitätsklinikums Freiburg vom 19. Mai 2008 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin über eine Schwellung im Bereich des Ober- sowie des Unterlides und der Wange geklagt und über Dysästhesien im Verlauf der Narbe berichtet habe. Klinisch neurologisch zeige sich kein fokales neurologisches Defizit. Lokalbefundlich zeige sich eine weiche Schwellung im Bereich des Ober- sowie des Unterlides und der Wange. Der M. temporalis sei etwas nach unten abgesunken. Im Bereich der eingebrachten Palacoplastik lasse sich keine Auffälligkeit tasten. Anzeichen für eine Infektion würden sich auch nicht finden. Im durchgeführten CT des Schädels zeigten sich unauffällige postoperative Verhältnisse mit regelrecht sitzender Palacoplastik. Am ehesten handle es sich bei den Beschwerden der Beschwerdeführerin um eine Lymphabflussstörung im Rahmen der durchgeführten OP (vgl. IV act. 14 S. 3).

E. 6.1.5

Im Bericht vom 10. Juni 2008 stellte Dr. med. B. _____, Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie, folgende Diagnosen: - Bewegungseinschränkung Hüfte rechts (M99.8/RG) - Bewegungseinschränkung Hüfte links (M99.8/LG) - Z.n. Knie-TEP links (M17.9/LG) - Medizinische Gonarthrose rechtes Knie (M17.1/RG). Er führte zudem aus, dass die Bewegungsfähigkeit des operierten Kniegelenkes deutlich eingeschränkt sei. Es sollte

versucht werden die Verwachsungen arthroskopisch zu lösen. Am rechten Knie sollte eine Mikrofracturing zur Knorpelverbesserung, eventuell auch eine Tibiavalgisationsosteotomie, in Betracht gezogen werden. Somit bestehe die Chance, die Implantation einer Knieprothese für das rechte Knie zukünftig hinauszuschieben. Von Seiten des Gelenkes liege links eine beginnende Arthrose bei zystischen Veränderungen im proximalen Femur Bereich vor (vgl. IV act. 14 S. 1 f.).

E. 6.1.6

Im Rahmen des Früherfassungsgesprächs vom 17. Juni 2008 stellte ein RAD-Arzt bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen: - Status nach Operation bei Keilbeinflügelmeningeom rechts 2007 - Status nach Implantation einer Knie-Endoprothese links Juni 2007, Gonarthrose links - beg. Gonarthrose rechts und v.a. beginnende Coxarthrose - Status nach cervikaler Bandscheibenoperation C6/C7 1989. Er führte aus, dass die Beschwerdeführerin seit Anfang März 2008 wieder zu 50 % als Verkäuferin bei Y._____ arbeite. Mit diesem Pensum habe die Beschwerdeführerin ihre Belastungsgrenze erreicht. Eine Steigerung der Restarbeitsfähigkeit sei nicht zu erwarten und auch in einer angepassten Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht keine höhere Restarbeitsfähigkeit möglich. Er empfehle, die Rentenfrage auf der Grundlage der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit von 50 % zu prüfen (vgl. IV act. 12 S. 5 f.).

E. 6.2

Aus den im Rahmen des Revisionsverfahrens eingereichten medizinischen Unterlagen ergibt sich seit der rechtskräftigen Verfügung vom 2. Dezember 2008 folgende Entwicklung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin:

E. 6.2.1

Dr. med. C._____, Facharzt Orthopädie, berichtete am 17. Februar 2009, dass die Beschwerdeführerin nach knieendoprothetischer Versorgung einen Sturz mit sekundärer Bandruptur linksseitig im Jahre 2007 erlitten habe. Die bisherige Behandlung habe zu keinem befriedigenden Ergebnis geführt. Die Beschwerdeführerin fühle sich nach wie vor unsicher und bekomme plötzlich unerwartet einschiessende Schmerzen in das linke Kniegelenk. Dr. med. C._____ diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin eine Mediale Bandinsuffizienz bei liegender EFK-Knieendoprothese linksseitig (vgl. IV act. 24 S. 19).

E. 6.2.2

Aus dem Bericht des Universitätsklinikums Freiburg vom 25. März 2009 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin 1 ½ Jahre nach ihrer Operation über einen wechselnden Druck in der rechten Kopfhälfte klage, welcher bei Stress zunehme. Klinisch-neurologisch zeige sich ein reizlose Narbenverhältnis, kein fokal neurologisches Defizit, keine wesentliche Schwellung oder tastbare Fluktuation temporal rechts. Die Kernspintomographieaufnahme vom 6. März 2009 zeige im Vergleich zu Oktober 2008 einen rückläufigen Saum subkutan rechts temporal von etwa 1 bis 2 mm Dicke, am ehesten liquorentsprechend (vgl. IV act. 24 S. 22).

E. 6.2.3

Dr. med. B._____ attestierte der Beschwerdeführerin am 25. September 2009 folgende Diagnosen: - Zustand nach Knie-TEP links (M17.9/LG) - Rez. Lumbalgie (M54.9/G) - Deg. LWS (M54.8/G) - Diskusschaden L2/3 (M51.1/G) - Diskusschaden L3/4 (M51.1/G) - Spondylolisthese L5/S1 Gr. 1-2 (M43.1/G) - Tumor zyst. Prox. Femur li (D48.9/LG) -

Coxarthrose li, positive Cam- und Risser-Zeichen (M16.9/LG) [vgl. IV act. 31 S. 13 f.].

E. 6.2.4

Dr. med. C. _____ führte in seinem Bericht vom 26. Juni 2009 aus, dass sich die Beschwerdeführerin vom 11. Juni bis zum 20. Juni 2009 in stationärer Behandlung befunden habe. Aufgrund der medizinischen Bandinsuffizienz links bei Zustand nach Knie-TEP links 06/2007 sei am 12. Juni 2009 ein Inlaywechsel bei vorliegendem bicondylären Oberflächenersatz linkes Kniegelenk vorgenommen worden. Die Beschwerdeführerin habe zur Durchführung der AHB-Massnahmen bei subjektiver Beschwerdefreiheit, reizlosen Wundverhältnissen, selbständig mobil an UA-Gehstützen entlassen werden können. Zum Zeitpunkt der Entlassung habe ein Bewegungsausmass von Extension/Flexion 0/0/über 90° bestanden (vgl. IV act. 31 S. 11 f.).

E. 6.2.5

Aus dem Bericht des Universitätsklinikum Freiburg vom 29. Oktober 2009 gehen folgende Diagnosen hervor: - Solitäre Knochenzyste im Bereich des links-proximalen Femurs ED 2007 - Zustand nach OP eines überwiegend ossären Keilbeinflügelmeningeoms rechts am 22.11.2007 - Knie TEP links. Die untersuchenden Ärzte empfehlen der Beschwerdeführerin die Ausräumung der Knochenzyste und die Auffüllung mit allgener und autogener Spongiosa (vgl. IV act. 31 S. 7).

E. 6.2.6

Dr. med. I. _____, Facharzt Allgemeine Medizin, listete in seinem Bericht vom 4. November 2009 im Wesentlichen alle bereits genannten Diagnosen auf. Er führte aus, dass die Beschwerdeführerin unter schmerzhafter Bewegungseinschränkung des linken Knies und Gehunsicherheit leide. Seit der Meningeom-Operation habe sie oft Kopfschmerzen. Zudem bestünden schmerzhafte Bewegungseinschränkungen im Bereich der Lendenwirbelsäule und der linken Hüfte. Die Prognose sei schlecht und es sei keine Besserung der Beschwerden zu erwarten. Die Ausübung der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr möglich. Mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht mehr gerechnet werden. Hinsichtlich des Umfangs einer zumutbaren Verweisungstätigkeit machte Dr. med. I. _____ widersprüchliche Angaben. So führte er aus, der Beschwerdeführerin sei lediglich eine behinderungsangepasste wechselbelastende Tätigkeit im Umfang von 2 Stunden pro Tag zumutbar. Dabei seien ihr Konzentrationsvermögen und ihre Belastbarkeit eingeschränkt. Ihre zumutbare Arbeitsleistung setzte er aber trotzdem auf 50 % fest (vgl. IV act. 31 S. 2 ff.).

E. 6.2.7

Im Bericht des Universitätsklinikums Freiburg vom 14. Dezember 2009 wird im Rahmen einer stationären Behandlung der Beschwerdeführerin vom 30. November bis 10. Dezember 2009 eine solitäre Knochenzyste, Femur links, proximal (Erstdiagnose 2007) als Hauptdiagnose genannt. Als Nebendiagnosen werden aufgeführt: - Zustand nach Operation eines überwiegend ossären Keilbeinflügelmeningeoms rechts am 22.11.2007 - Zustand nach Implantation einer Knie-TEP links - Adipositas - Refluxkrankheit. Am 30. November 2009 sei eine operative Versorgung erfolgt. Die durchgeführte postoperative Röntgenkontrolle habe ein gutes Ergebnis nach Auffüllung der Knochenzyste gezeigt. Während des postoperativen Verlaufes erfolgten regelmässig laborchemische Bestimmungen der Entzündungsparameter. Hierbei habe sich ein kontinuierlich rückläufiger Wert des C-reaktiven Proteins gezeigt. Bei Entlassung sei der CRP-Wert mit

18 mg/l im Vergleich zum Referenzbereich jedoch noch leicht erhöht gewesen und bleibe somit kontrollbedürftig. Am 10. Dezember 2009 habe die Beschwerdeführerin mit reizlosen Wundverhältnissen und in subjektivem Wohlbefinden in die häusliche Umgebung entlassen werden können. Sie würden die Teilbelastung der linken unteren Extremitäten mit 15 kg für 6 Wochen, regelmässige Wundkontrollen sowie die laborchemische Bestimmung des CRP-Wertes im Verlauf bis zur vollständigen Normalisierung empfehlen (vgl. IV act. 35 S. 2 ff.).

E. 6.2.8

Der RAD-Arzt Dr. med. H._____ führte in seiner Stellungnahme vom 29. Juni 2010 aus, dass aufgrund der eingegangenen Unterlagen nicht von einer dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen sei. Die Spongiosaauffüllung der solitären Knochenzyste im proximalen Femur links führe ebenso wenig zu einer entsprechenden Verschlimmerung wie auch die vorliegenden Befundberichte eine solche nicht nachweisen könnten. In der angestammten Tätigkeit als Rayonleiterin bei Y._____ bestehe eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten wechselbelastenden, überwiegend sitzenden Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten, ohne häufiges Bücken, ohne häufiges Knien, ohne Umwelteinflüsse wie Zugluft, Kälte oder Nässe, ohne Begehen von Treppen, ohne vorwiegende Überkopfarbeit, ohne absturzgefährdetes Arbeiten und Steigen auf Gerüsten, Leitern und Dächern und ohne Schicht- und Fließbandarbeit bestehe eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit (vgl. IV act. 36).

E. 6.2.9

Am 1. April 2010 berichtete Dr. med. B._____, dass bei der Beschwerdeführerin eine Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule endgradig in allen Ebenen bestehe. ASR und Tib. post. Reflex seien beidseits schwach auslösbar. Es bestehe keine eindeutig motorische Schwäche. Ein Erguss in beiden Kniegelenken sei tastbar, links nach Knieprothese. Es bestehe eine retropatellare Crepitation rechts. Der Rotationsschmerz sei positiv. Der Röntgenbefund des rechten Knies zeige eine Varusfehlstellung von 7 Grad. Der mediale Gelenkspalt sei deutlich verschmälert, es bestehe eine mediale Arthrose und eine beginnende Femoropatellararthrose (vgl. IV act. 38 S. 4).

E. 6.2.10

Im Bericht des Universitätsklinikums Freiburg vom 14. Juli 2010 wurde der Beschwerdeführerin eine Varusgonarthrose rechts und eine Med. lig. Instabilität nach KTP links alio loco attestiert. Den linksseitigen Beschwerden stehe eine bänderbedingte Instabilität zugrunde. Diese könnten nur durch eine Revisions-KTP suffizient korrigiert werden, wovon sie derzeit absehen würden (vgl. IV act. 38 S. 2 f.).

E. 6.2.11

Aus dem vorläufigen Entlassungsbericht des Universitätsklinikums Freiburg vom 4. August 2010 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin vom 29. Juli bis zum 4. August 2010 in stationärer Behandlung war. Es bestünde eine Varusgonarthrose und eine Femoropatellararthrose rechts. Am 29. Juli 2010 sei am rechten Kniegelenk eine Operation durchgeführt worden. Es habe sich ein viertgradiger Knorpelschaden des medialen Kompartimentes und ein drittgradiger Knorpelschaden retropatellar gezeigt. Das laterale Kompartiment habe sich als intakt dargestellt, so dass die Entscheidung zur valgusierenden Tibiakopffosteotomie bei primär auf den medialen Gelenkspalt bezogener Schmerzsymptomatik gefällt worden sei (vgl. IV act. 40 S. 2 f.).

E. 6.2.12

Der RAD-Arzt Dr. med. H._____ führte in seiner Stellungnahme vom 12. September 2010 aus, dass die am 29. Juli 2010 am Universitätsklinikum Freiburg durchgeführte Arthroskopie und Valgisationsosteotomie zu dem beabsichtigten Erfolg geführt hätten, so dass die Beschwerdeführerin am 4. August 2010 mit reizlosen Wundverhältnissen und in subjektivem Wohlbefinden in die häusliche Umgebung habe entlassen werden können. Ebenso erfolgreich habe sich die an derselben Klinik durchgeführte Operation der solitären Knochenzyste am linken Femur vom 30. November 2009 gestaltet. Mit den eingereichten medizinischen Unterlagen werde kein veränderter medizinischer Sachverhalt geltend gemacht, weshalb an der medizinischen Stellungnahme vom 29. Juni 2010 uneingeschränkt festgehalten werden könne. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (vgl. IV act. 41).

E. 6.2.13

Der CT-Bericht des Zentrums Radiologie 3-Ländereck vom 25. November 2010 hält fest, dass eine beidseitige Foraminalstenose mit Bedrängung der L5 Nervenwurzeln aufgrund der Gefügestörung im Rahmen der Spondylolisthesis Grad 1 nach Meyerding in LWK 5 / SWK 1 bestehe. Es bestünden eine ausgeprägte Facettengelenksarthrose, eine ausgeprägte Osteochondrose in LWK 5 / SWK 1, eine knapp 4 mm tiefe saumartige Diskushernie in LWK 3/4 mit geringer Dorsalverlagerung der abgehenden L4 Nervenwurzeln und eine Chondrose mit Vakuumphänomen.

E. 6.2.14

Aus dem Bericht von Dr. med. B._____ vom 6. Dezember 2010 geht hervor, dass bei der Beschwerdeführerin eine deutliche Arthrose der Facettengelenke und eine Einengung der Neuroforamina bestehe. Der Spinalkanal sei ausreichend und eine Bandscheibendegeneration liege nicht vor. Das Problem seien die deutlichen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule, die auch noch zunehmen würden. Das Hauptproblem sei die Osteochondrose und die Facettengelenksarthrose mit Einengung der Neuroforamina. Die Belastungsfähigkeit des Beckens sei damit deutlich reduziert.

E. 7

Im Rahmen des ursprünglichen Rentenverfahrens wurde der Beschwerdeführerin vor allem aufgrund des Status nach Keilbeinflügelmeningeom rechts sowie einer Gonarthrose des linken Knies eine Invalidenrente zugesprochen (siehe RAD-Bericht IV act. 12 S. 6). Die Beschwerdeführerin begründet ihr Rentenerhöhungsgesuch insbesondere damit, dass ihre Rücken-, Bein- und Knieschmerzen stark zugenommen hätten, so dass ihr auch die Ausübung einer leidensangepassten Tätigkeit nicht mehr möglich sei. Aus den im Rahmen des Revisionsverfahrens eingereichten medizinischen Berichten geht so auch hervor, dass die Beschwerdeführerin nach Erlass der rechtskräftigen Verfügung vom 2. Dezember 2008 insbesondere aufgrund ihrer orthopädischen Beschwerden in Behandlung gewesen ist. Nebst diversen ambulanten Behandlungen war die Beschwerdeführerin zudem vom Juni 2009 bis August 2010 insgesamt drei Mal in stationären Behandlungen, in welchen diverse operative Eingriffe an beiden Knien und Hüfte (Femurkrebs) erfolgten (vgl. IV act. 31 S. 11 f., IV act. 35 S. 2 ff., IV act. 40 S. 2 f.). Die behandelnden Ärzte der Beschwerdeführerin attestierten ihr zusätzlich zu den bereits aus dem ursprünglichen Rentenverfahren bekannten orthopädischen Diagnosen im Wesentlichen eine rezidivierende Lumbalgie, eine degenerative Lendenwirbelsäule, Diskusschäden L2/3 und L3/4, eine Spondylolisthese

L5/S1, eine solitäre Knochenzyste im Bereich des links-proximalen Femurs, eine Coxarthrose links mit positiven Cam- und Risser-Zeichen, eine Varusfehlstellung und Varusgonarthrose rechtes Knie und eine med. lig. Instabilität nach KTP links. Der RAD-Arzt geht in seinen Stellungnahmen davon aus, dass die Arthroskopie, Valgisationsosteotomie und die Operation der solitären Knochenzyste am linken Femur erfolgreich gewesen seien und nicht zu einer Verschlimmerung des Gesundheitszustands geführt hätten. Diese Argumentation und Einschätzung des RAD-Arztes vermag nicht zu überzeugen. Um zu beurteilen, wie weit die gesamte Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit dem Ausgangszeitpunkt (2. Dezember 2008) geht und ob bzw. inwiefern damit eine höhere Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit einhergeht, müsste eine umfassende medizinische Beurteilung vorliegen. Die von der Beschwerdeführerin eingereichten medizinischen Berichte enthalten - ausser den widersprüchlichen Angaben von Dr. med. I. _____ (vgl. IV act. 31 S. 2 ff.) - keine Einschätzungen zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Wie bereits erwähnt, war die Beschwerdeführerin innerhalb von 14 Monaten drei Mal zur Durchführung diverser Operationen in stationärer Behandlung. Aufgrund dieser regelmässigen stationären Behandlungen innerhalb einer relativ kurzen Zeitspanne erscheint es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass zwischen bzw. nach den stationären Behandlungen durchwegs eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit bestanden haben soll. Da die vorliegende Aktenlage hinsichtlich des genauen Umfangs der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit vor, zwischen und nach den stationären Aufenthalten kein genaues Bild ergibt, ist das Bundesverwaltungsgericht nicht in der Lage, zu beurteilen, wie sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit Blick auf den Verlauf ihrer Beschwerden entwickelt hat. Da keine persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin durch den RAD-Arzt stattgefunden hat, erhellt auch nicht, wie trotz den zusätzlich attestierten orthopädischen Diagnosen seine gleichbleibende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten zustande gekommen ist. Eine schlüssige Begründung seiner Einschätzung fehlt. Die eingereichten medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte der Beschwerdeführerin und die von ihnen gestellten Diagnosen wecken daher erhebliche Zweifel an der Beweiswertigkeit der für die Vorinstanz massgebenden RAD-Stellungnahmen.

E. 8.1

Zusammenfassend stellt das Bundesverwaltungsgericht fest, dass sich aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen die Entwicklung des Gesundheitszustandes in orthopädischer und onkologischer Hinsicht und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht abschliessend beurteilen lässt. Die Vorinstanz hat den rechtserheblichen Sachverhalt demnach nicht vollständig festgestellt und gewürdigt (vgl. Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG). Die Beschwerde ist daher gutzuheissen

E. 8.2

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat das Gericht, das den Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erachtet, die Möglichkeit, die Sache zur weiteren Beweiserhebung an die Verwaltung zurückzuweisen oder selber die nötigen Instruktionen vorzunehmen. Bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit verletzt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung als solche weder den Untersuchungsgrundsatz noch das Gebot eines einfachen und raschen Verfahrens. Anders verhielte es sich nur dann, wenn die Rückweisung an die Verwaltung einer Verweigerung des gerichtlichen Rechtsschutzes gleichkäme

(beispielsweise dann, wenn aufgrund besonderer Gegebenheiten nur ein Gerichtsgutachten bzw. andere gerichtliche Beweismassnahmen geeignet wären, zur Abklärung des Sachverhalts beizutragen, vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4), oder wenn die Rückweisung nach den konkreten Umständen als unverhältnismässig bezeichnet werden müsste (BGE 122 V 163 E. 1d). Vorliegend sind entscheidungswesentliche Fragen hinsichtlich der zumutbaren Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin teilweise vollständig ungeklärt geblieben. Eine Rückweisung an die Vorinstanz erscheint daher gerechtfertigt - dies auch unter dem Gesichtspunkt, dass der Beschwerdeführerin einerseits der doppelte Instanzenzug gewahrt bleibt und sie andererseits die Möglichkeit erhält, einen unabhängigen Gutachter vorzuschlagen sowie generell auf das Gutachten Einfluss zu nehmen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4). Überdies führt die Rückweisung vorliegend nicht zu einer Verzögerung des Verfahrens und entspricht im Übrigen dem Antrag der Beschwerdeführerin.

E. 8.3

Die angefochtene Verfügung vom 27. Oktober 2010 ist daher aufzuheben. Die Sache ist an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese sich mit der Entwicklung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin (allfällige Verschlechterung) und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auseinandersetzt. Dabei hat sie insbesondere die für den vorliegenden Fall erforderlichen fachärztlichen Begutachtungen durchführen zu lassen. Sie hat zudem nachvollziehbar darzulegen, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit vor, zwischen und nach den jeweiligen stationären Aufenthalten arbeitsfähig bzw. -unfähig war. Aufgrund der erlangten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit hat die Vorinstanz gegebenenfalls einen Einkommensvergleich durchzuführen, um den Invaliditätsgrad zu berechnen und anschliessend neu zu verfügen.

E. 9.1

Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG auferlegt das Bundesverwaltungsgericht die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind der obsiegenden Beschwerdeführerin keine Kosten aufzuerlegen, so dass der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- der Beschwerdeführerin auf ein von ihr anzugebendes Konto zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 9.2

Da der obsiegenden Beschwerdeführerin, welche nicht anwaltlich vertreten war, keine verhältnismässig hohen Kosten entstanden sind, ist ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

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