

BVGer C-1703/2014 vom 28. September 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-09-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1703_2014

FR: TAF C-1703/2014 du 28 septembre 2016

IT: TAF C-1703/2014 del 28 settembre 2016

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes über das Bundesverwaltungsgericht vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (VwVG, SR 172.021, vgl. auch Art. 37 VGG) sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1, vgl. auch Art. 3 lit. dbis VwVG).

E. 1.2

Das Bundesverwaltungsgericht beurteilt Beschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 5 VwVG von gesetzlich definierten Vorinstanzen, sofern kein Ausnahmesachverhalt gegeben ist (Art. 31, 33 Bst. d, 32 VGG).

E. 1.3

Zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht ist legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung besonders berührt ist, ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung und am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen hat (Art. 59 ATSG, Art. 48 Abs. 1 VwVG).

E. 1.4

Eine Beschwerde muss schriftlich, unterschrieben sowie unter Angabe von Begehren und Begründung (Art. 52 Abs.1 VwVG) innert einer Frist von 30 Tagen eingereicht werden (Art. 60 Abs. 1 ATSG; Fristenstillstand gemäss Art. 38 Abs. 3 ATSG). Bei kostenpflichtigen Verfahren ist zudem ein Vorschuss in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2.1

Bei Versicherten mit ausländischem Wohnsitz ist die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA) für die Verfügung von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) zuständig (Art. 40 Abs. 1 lit. b der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV, SR 831.201]). Die Beschwerdeführerin ist in Serbien domiziliert. Die angefochtene Verfügung vom 03. März 2014 wurde deshalb zu Recht von der IVSTA erlassen.

E. 2.2

Die Vorinstanz gehört zum gesetzlichen Kreis derjenigen, deren Entscheide an das Bundesverwaltungsgericht weitergezogen werden können (Art. 33 lit. d VGG, explizit

zudem Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Es liegt auch kein Sachverhalt vor, der einer Ausnahme unterliegt. Das Bundesverwaltungsgericht ist also zur Beurteilung der Beschwerde zuständig.

E. 2.3

Als Adressat ist die Beschwerdeführerin durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse; sie hat auch am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen. Ihre Beschwerde wurde zudem form- wie fristgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss innert Frist geleistet, weshalb auf die Beschwerde eingetreten werden kann. 3.1 Die Schweiz hat mit Serbien bisher kein eigenes Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen; hingegen ist das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 08. Juni 1962 (nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen, SR 0.831.109.818.1) weiter anwendbar (BGE 139 V 263 E. 5.4; 126 V 198 E. 2.b). 3.2 Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens sind Angehörige der jeweiligen Staaten den Angehörigen des Partnerstaates in Rechten und Pflichten betreffend die Invalidenversicherung gleichgestellt, insoweit nicht das Abkommen selbst eine Differenzierung vorsieht. Für Staatsangehörige Serbiens sieht das Abkommen vor, dass ordentliche IV-Renten bei einem Invaliditätsgrad von unter 50% nur solange ausgerichtet werden, wie ein Schweizer Wohnsitz aufrechterhalten wird (Art. 8 lit. e Sozialversicherungsabkommen). 3.3 Nach Art. 4 Sozialversicherungsabkommen ist grundsätzlich die Gesetzgebung desjenigen Landes anwendbar, in welchem die für die Versicherung massgebende Beschäftigung ausgeübt wird. Bezog ein Staatsangehöriger Serbiens vor dem Verlassen der Schweiz eine IV-Rente, ist er Versicherten gemäss Schweizer Gesetzgebung gleichgestellt (Art 8 lit. b Sozialversicherungsabkommen). 3.4 3.4.1 Die Beschwerdeführerin besitzt die Staatsangehörigkeit Serbiens, einer Partei des Sozialversicherungsabkommens, und begehrt Leistungen aus der Invalidenversicherung, einem unterstellten Regelungsbereich. Die persönliche und sachliche Geltung des Abkommens sind infolgedessen erstellt. 3.4.2 Die angefochtene Verfügung vom 03. März 2014 wie auch der in Frage stehende Versicherungsfall fallen in die Geltungsdauer des Sozialversicherungsabkommens. Die zeitliche Geltung ist gegeben. 3.4.3 Durch die frühere Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin in der Schweiz ist auf den vorliegenden Anfechtungsgegenstand Schweizer Recht anwendbar. Das Abkommen enthält keine materiellen Bestimmungen dazu, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung besteht. Dieser Anspruch beurteilt sich deshalb, unter Berücksichtigung des Abkommens, allein aufgrund schweizerischer Rechtsvorschriften (vgl. BGer I 785/04 E. 1). Auch eine Bindung an ausländische Feststellungen besteht nicht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 4.1

In materiell-rechtlicher Hinsicht ist auf jene Bestimmungen des IVG und des ATSG abzustellen, die für die Beurteilung jeweils relevant waren und in Kraft standen. Vorliegend ist die angefochtene Verfügung vom 03. März 2014 bzw. der von der Beschwerdeführerin auf den 18. März 2008 terminierte Versicherungsfall (Datum des Eintritts in stationäre Behandlung wegen akuter schwerer Pankreatitis; IV-act. 56 p. 1, IV-act. 57, s. auch Sachv. A.b) strittig, weshalb insbesondere IVG und IVV in den Fassungen der 5. und 6. IV-Revision massgebend sind. Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11.

September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar.

E. 4.2

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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 4.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die kumulativ: - ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; - während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und - nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind. Bei Wohnsitz ausserhalb der Schweiz wird gemäss dem hier anwendbaren Sozialversicherungsabkommen (E. 3.2) ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% zur Rentenberechtigung vorausgesetzt.

E. 4.4

Aufgrund der Untersuchungsmaxime prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss (u.v. Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, § 21, m.w.H.).

E. 5.1

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens können die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids gerügt werden (Art. 49 VwVG).

E. 5.2

Auch das Beschwerdeverfahren ist von der Untersuchungsmaxime beherrscht, weshalb das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2; BGE 122 V 158 E. 1a, je m.w.H.) und der Rügemaxime, wonach der angefochtene Akt nicht auf sämtliche denkbaren Mängel hin zu untersuchen ist, sondern das Gericht sich nur mit jenen Einwänden auseinandersetzen muss, die in der Beschwerde thematisiert wurden (vgl. Christoph Auer, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar

zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], Zürich 2008, Rz. 12 zu Art. 12).

E. 5.3

Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis).

E. 5.4

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе 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 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je m.w.H.).

E. 5.5

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie einzelne Beweismittel zu würdigen sind: für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach hat die Behörde Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, sind objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 5.6

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 (BGE 125 V 351 E. 3.a).

E. 5.6.1

Die fachliche Qualifikation des Experten spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle, denn bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf seine Fachkenntnisse verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (BGer I 178/00 E. 4a; BGer 9C_410/2008 E. 3.3.1 in fine, I 142/07 E. 3.2.3 und I 362/06 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]).

E. 5.6.2

Das Bundesgericht hat zudem Richtlinien zur Würdigung qualifizierter medizinischer Berichte und Gutachten aufgestellt (vgl. BGE 125 V 352 E. 3.b; AHI 2001 S. 114 E. 3.b; BGer I 128/98 E. 3.b). Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten

externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist demnach volle Beweiskraft zuzuerkennen - solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3.b.bb m.w.H.). Betreffend psychiatrische Gutachten sollen spezifisch die "Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung" der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) eingehalten werden (BGE 140 V 260 E. 3.2.2).

E. 5.6.3

Berichte behandelnder Haus- und Spezialärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten hingegen mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3.b.cc; BGer I 655/05 E. 5.4 m.w.H.). Sie sind aber auch nicht von vornherein unbeachtlich (BGer 9C_24/2008 E. 2.3.2).

E. 5.7

Führt eine umfassende, sorgfältige, objektive und inhaltsbezogene Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei überwiegend wahrscheinlich und zusätzliche Beweise könnten daran nichts mehr ändern, kann auf deren Erhebung verzichtet werden. Eine solcherart antizipierte Beweiswürdigung begründet keine Verletzung des rechtlichen Gehörs (BGE 134 I 140 E. 5.3, 124 V 90 E. 4.b).

E. 6.1

Zur Abklärung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin hat die Vorinstanz ein amtliches Gutachten eingeholt (Sachv. B.a). Die Beschwerdeführerin bestreitet dessen Erkenntnisse, weshalb dessen Beweiskraft zu prüfen ist (E. 5.6).

E. 6.1.1

Das Gutachten von Dr. E. _____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, umfasst 17 Seiten und erläutert den Gutachtensanlass, listet die Vorakten, enthält Angaben der Beschwerdeführerin zur Anamnese und zu aktuellen Beschwerden sowie die Ergebnisse einer persönlichen Untersuchung am 14./15. Mai 2012 (im Beisein einer Dolmetscherin). Es schliesst mit einer Epikrise und Diskussion der Arbeitsfähigkeit. Das Gutachten folgt damit weitgehend den Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP von Februar 2012

([http://www.swiss-insurance-medicine.ch/tl_files/firstTheme/PDF% 20Dateien% 20ab% 202015/4% 20Fachwissen% 20nachschiagen/Medizinische% 20Gutachten/SIM% 20Qualitaetsleitlinien% 20IV% 20Gutachten.pdf](http://www.swiss-insurance-medicine.ch/tl_files/firstTheme/PDF%20Dateien%20ab%202015/4%20Fachwissen%20nachschiagen/Medizinische%20Gutachten/SIM%20Qualitaetsleitlinien%20IV%20Gutachten.pdf); abgerufen am 21. September 2016).

E. 6.1.1.1

Die Beschwerdeführerin berichtete von Müdigkeit und erhöhtem Schlafbedürfnis. Sie leide unter einem Zustand der Gereiztheit, würde sich dauernd aufregen und sei aggressiv. Gleichzeitig habe sie sich über alles Sorgen gemacht. Seit sie Medikamente nehme, gehe es ihr besser - doch wehe, wenn diese ausgingen. Im letzten strengen Winter sei sie deshalb beinahe durchgedreht (Schlaflosigkeit, Nervosität, Unruhe). Sie leide zudem an dauerndem Schwindel und einem Schmerz über der Leber, wenn sie sich bücke.

E. 6.1.1.2

Die persönliche Untersuchung charakterisierte der Gutachter als "lebhaftes Gespräch". Die Beschwerdeführerin zeige einen guten affektiven Rapport und lache auch. Eine Punktzahl von 11 auf der Hamilton-Depressionsskala entspreche einer leichten Depression. Hinweise auf psychotische Bilder oder Traumata liessen sich keine finden.

E. 6.1.1.3

Der Gutachter diagnostizierte eine depressive Episode, derzeit leicht (codiert nach ICD-10: F32.0), eine Störung durch Sedativa oder Hypnotika (F13.25), bei einer Persönlichkeit mit ängstlichen Zügen (Z73.1), ohne dass diese das Ausmass einer Störung erreiche. Er sah in der Erkrankung an biliärer (durch Gallensteine verursachte und lebensgefährliche) Pankreatitis im Frühjahr 2008, der mehrfachen Hospitalisation und schliesslich operativen Entfernung der Gallenblase im Juni 2008 sowie in der Erkrankung des Ehemanns (Aneurysma der Bauchorta mit potenziellem Risiko des plötzlichen Platzens der Aorta/des Verblutens) den Beginn der depressiven Störung, damals wohl agitiert mittelgradig. Durch die Behandlung ab 2009 sei es der Beschwerdeführerin, nach eigenem Bekunden, besser gegangen. Der aktuelle (in der Begutachtung erhobene) psychiatrische Befund spreche für eine leichte Depression bei einer Persönlichkeit mit ängstlichen Zügen. Für die vom behandelnden Psychiater gestellten Diagnosen einer schweren Depression mit psychotischen Symptomen und einer posttraumatischen Belastungsstörung liessen sich keine Hinweise finden. Der von ihm beschriebenen Verschlechterung des psychischen Zustandes stehe die von der Versicherten in der Begutachtung gemachte Aussage entgegen, ihr gehe es besser, seit sie (seit 2009) Medikamente nehme. Eine psychotische Symptomatik liege auch nicht vor: In der strukturierten Befragung beim Gutachter berichte die Versicherte über keinerlei wahnhaften Gedanken oder Wahnstimmungen, könne sich auch an keine solchen erinnern. Es liessen sich keine Halluzinationen eruieren. Ebenso wenig berichte sie über stuporöse oder Zustände psychomotorischer Hemmung. Was sie beschreibe, entspreche einem depressiven Zustand mit psychischer Agitiertheit, der sie in ihrem Selbsterleben unerträglich gemacht habe, derart explosiv und empfindlich sei sie gewesen. Auch das vom behandelnden Psychiater diagnostizierte posttraumatische Belastungssyndrom sei aus den Akten nicht nachzuvollziehen: Ein ausserordentliches Trauma im unmittelbaren Vorfeld der Erkrankung fehle; die kriegerischen Ereignisse hätten zu Beginn der Erkrankung zeitlich schon zu weit zurückgelegen, als dass sie krankheitsauslösend gewirkt hätten. Die Erinnerung an die Kriegsergebnisse bzw. das Berichten darüber sei zudem weder von einer emotionalen Erregung noch von einer Affektüberflutung im Sinne einer Nachhallerinnerung begleitet. Die Versicherte berichte zwar von grosser Angst vor der damals bevorstehenden Gallensteinoperation. Es habe sich aber um einen Wahleingriff gehandelt, der als solcher keine Belastungsstörung auslöse; zudem könne die Angst vor dem Eingriff medikamentös tief gehalten werden. Sie werde heute an die Operation vielmehr erinnert, wenn sich die Operationsnarbe beim Bücken bemerkbar mache. Andere potenziell traumatogene Ereignisse seien dem Gutachter nicht bekannt. Weiter sei zu vermuten, dass sich die körperlichen Beschwerden (Müdigkeit, Schwindel) auf Nebenwirkungen der Medikation zurückführen liessen. Die psychische Störung der Versicherten werde mit Angstlösern (Benzodiazepine) in hoher Dosierung, mit Benzodiazepinen als Schlafmittel, Antidepressiva und wechselnden Neuroleptika behandelt, was problematisch erscheine: Die Behandlung von Depressionen und Angst erfolge in erster Linie psychotherapeutisch, die Gespräche alle zwei bis drei Monate genügten hierzu aber nicht. Zudem werde die Versicherte seit Jahren hoch dosiert mit Benzodiazepinen, Neuroleptika und einem sedierenden Antidepressivum behandelt. Dies

wirke sich nicht nur negativ auf die von der Versicherten beklagte Tagesmüdigkeit und Vigilanz aus, sondern könnte auch für den beklagten Schwindel mitverantwortlich sein (Benzodiazepine und Neuroleptika hätten häufig [den offenbar anfangs 2012 stationär abgeklärten] Schwindel als Nebenwirkung zur Folge). Die Behandlung mit Benzodiazepinen führe zudem regelhaft zu einer physischen Abhängigkeit. Aus den Akten sei zu entnehmen, dass bei der Versicherten eine deutliche Dosissteigerung seit 2009 vorliege, die auf eine (problematischere) Toleranzentwicklung (ständig erhöhte Dosierung, um die Medikamentenwirkung zu erhalten) hindeute. Dementsprechend habe die Versicherte eindrücklich Entzugserscheinungen beschrieben, als ihr im strengen Winter die Medikamente ausgegangen seien. Schliesslich habe die beschriebene Mehrfachbehandlung mit Medikamenten oft schwere Nebenwirkungen zur Folge. Zusammenfassend führe die psychiatrische Behandlung der Beschwerdeführerin zu gesundheitlichen Problemen, die Leistungsfähigkeit und Lebensqualität minderten. Tangiert seien folgende Funktionsbereiche: Durchhaltefähigkeit (infolge Tagesmüdigkeit, verminderten Antriebs und häufigen Schwindels seien die Tage verkürzt und unterbrochen, die körperliche Leistungsfähigkeit sei vermindert), Spontanaktivität (das Anpacken anstehender Arbeiten sei erschwert) sowie Flexibilität und Umstellungsfähigkeit (gebremste Leistungsfähigkeit durch ängstlich-depressive Symptomatik mit Gedankenkreisen, falsche Überzeugung und Schonverhalten). Dringend sei die psychotherapeutische Achse der Behandlung zu stärken und die Medikation zu überdenken. Für die Reduktion der Arbeitsfähigkeit sei die aktuell mittelgradige Einschränkung im Durchhaltevermögen bestimmend. Spontanaktivität, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien nur wenig eingeschränkt, zudem für die Tätigkeit als Bäuerin nicht als sehr wesentlich einzustufen.

E. 6.1.2

Die von der Beschwerdeführerin genannten Leiden wurden im Gutachten berücksichtigt. Die klinischen Untersuchungen und Beobachtungen in den einzelnen Teilen erscheinen umfassend und schlüssig, die Zusammenhänge und medizinischen Schlussfolgerungen ausführlich und begründet. Es sind insbesondere keine medizinischen Widersprüche oder unbegründete Abweichungen zu Vordiagnosen bzw. Auslassungen erkennbar.

E. 6.1.3

Das Gutachten spricht sich schliesslich über die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Bäuerin und Hausfrau sowie über Beginn und Ende der Arbeitsunfähigkeit aus. Aufgrund der genannten (E. 6.1.1.3) Funktionseinbussen sei die Leistungsfähigkeit reduziert. Die Versicherte benötige häufigere Pausen und dürfte insgesamt in der Verrichtung der Arbeiten etwas verlangsamt sein. Die Versicherte sei aber aufgrund ihrer in der Begutachtung gemachten Aussagen zum Tagesablauf sowohl auf dem Hof als auch im Haus (nach wie vor) zu einigen Leistungen fähig. Eine Arbeitsleistung in Haus und Hof von fünf bis sechs Stunden täglich sei aus psychiatrischer Sicht zumutbar, sicher ab Datum der Begutachtung. Demnach sei die Versicherte ab dem Zeitpunkt der Untersuchung zu 40% eingeschränkt; eine Kontrolle der Medikation könne aber zu höherer Leistungsfähigkeit führen. Über frühere Perioden sei nichts auszusagen, da die vorliegenden Informationen zu widersprüchlich seien.

E. 6.1.4

Das amtlich erstellte Gutachten vom 30. Juli 2012 erfüllt die Beweisanforderungen an ein Gutachten (E. 5.6) und wurde von einem Facharzt erstellt (E. 5.6.1); schliesslich sind auch

keine Indizien für eine ausnahmsweise Unzuverlässigkeit oder wesentliche Abweichungen von anerkannten Gutachtensstandards ersichtlich (E. 5.6.2). Es kommt ihm also volle Beweiskraft zu.

E. 6.1.5

In seiner Stellungnahme vom 7. September 2012 (IV-act. 141) hielt Dr. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD Rhone, fest, das Gutachten diskutierte überzeugend die Abweichungen zum serbischen Facharzt. Es bestehe keine grössere (als 40%) Arbeitsunfähigkeit zwischen April 2008 (Beginn der Erkrankung an Pankreatitis) und dem Beginn der psychotherapeutischen Behandlung (im April 2009). Als Hauptdiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine leichte depressive Episode (F32.0), Störungen mental und des Verhaltens wegen Gebrauchs von Sedativa/Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom infolge fortgesetzten Gebrauchs (F13.25) iatrogenen Ursprungs (durch ärztliche Massnahmen verursacht). Als Nebendiagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Persönlichkeit mit ängstlichen Zügen (F73.1). Die Arbeitsfähigkeit betrage in allen Tätigkeiten 40% ab dem 30. Juli 2012 (Datum der Begutachtung durch Dr. E. _____). Funktionelle Einschränkungen seien: verschiedene Umwelteinflüsse, eingeschränkte Autonomie in der Arbeitsausübung, Arbeiten ohne Verantwortung, herabgesetzte Stressresistenz.

E. 6.2

Dr. I. _____ hielt als behandelnder serbischer Psychiater auch nach Erstellung des Gutachtens an seinen im Vergleich zum Gutachten deutlich schwerwiegenderen Diagnosen (F 33.3 [rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen], F43.1 [posttraumatische Belastungsstörung]) fest und ergänzte seine Atteste lediglich um die knappe Beurteilung, es liege dauerhaft eine Arbeitsunfähigkeit vor (so erstmals einen Tag nach der Begutachtung am 31. Juli 2012 [IV-act. 133, 137], am 23. Oktober 2012 [IV-act. 160 f.], am 31. Januar 2013 [IV-act. 169], am 16. April 2013 [IV-act. 183 f.], am 17. Juli 2013 [IV act. 193, 196], am 21. Oktober 2013 [IV-act. 203 f.] und am 30. Januar 2014 [IV-act. 206 f.]). Klinische Befunde enthält hingegen keines dieser Atteste und es wird darin weiterhin - trotz der diagnostizierten gegenwärtig schweren depressiven Störung mit psychotischen Symptomen - statt einer (adäquaten) Überweisung in stationäre Behandlung an Kontrolluntersuchungen lediglich alle drei Monate festgehalten. Aufgrund fehlender eingehender Anamneseerhebung, Befundung, Begründung der Diagnosen, kritischer Auseinandersetzung mit der durchgeführten Therapie und Widersprüchlichkeit zum ausführlichen Gutachten von Dr. E. _____ (inkl. fehlender späterer Auseinandersetzung mit der von seiner Beurteilung abweichenden fachärztlichen Beurteilung trotz Einsichtnahme in die Akten durch den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin [IV-act. 131]) kann diesen Attesten deshalb kein genügender eigener Beweiswert zugemessen werden, um das amtliche Gutachten in Frage zu stellen.

E. 6.3

Insoweit die Beschwerdeführerin sinngemäss vorbringt, mangels Einforderung ausführlicherer Berichte aus Serbien sei die Untersuchungsmaxime (E. 4.4) verletzt worden, muss ihr die Konstanz der Diagnosen des behandelnden Psychiaters entgegengehalten werden. Selbst nachdem der amtliche Gutachter sich detailliert mit diesen auseinandergesetzt hatte und das Gutachten der Beschwerdeführerin zugestellt worden war,

blieben diese weiterhin unverändert und vor allem unbegründet. Den vorliegenden Attesten kommt kein dem Gutachten vergleichbarer Beweiswert zu (E. 6.2) und die Vorinstanz durfte in antizipierter Beweiswürdigung (E. 5.7) davon ausgehen, dass selbst erweiterte Atteste den erstellten Sachverhalt nicht zu ändern vermögen. Das Absehen von weiteren Abklärungen, wenn behandelnde Psychiater an vorgängig geäusserten, gegenüber dem Gutachten abweichenden Auffassungen festhalten, ist nicht zu beanstanden und wird auch durch das Bundesgericht geschützt (BGE 124 I 170 E. 4).

E. 6.4

Die Beweiskraft des amtlichen Gutachtens bleibt nach diesen Erwägungen uneingeschränkt. Es ist deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit darin rechtsgenügend bewertet wurden.

E. 7.1

Die Beschwerdeführerin rügt weiter, die nach Erlass des Vorbescheids neu eingereichten Atteste seien nur dem Psychiater des RAD, nicht aber dem Facharzt für Allgemeine/Innere Medizin vorgelegt worden. Sie stellt korrekterweise fest, dass die Vorinstanz dies in ihrem Anschreiben an den RAD (IV-act. 199) noch in Aussicht gestellt hatte.

E. 7.2

Einleitend ist darauf hinzuweisen, dass Dr. G. _____ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz bereits am 25. März 2013 zu den von serbischen Ärzten in somatischer Hinsicht festgehaltenen Diagnosen Stellung genommen hat (IV-act. 178). Dabei führte er aus, in Ergänzung zur psychiatrischen Beurteilung würden in somatischer Hinsicht einzig die subjektiven, funktionell irrelevanten Lumbalgien und die Otosklerose beschrieben. Beide Diagnosen würden keine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit bewirken; der selbständige somatische Anteil mache 0% aus. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt er entsprechend unspezifische Lumbalgien ohne klinisches Substrat und die Otosklerose fest.

E. 7.3

Das Gericht hat die Vorinstanz aufgefordert, zu den nach Erlass des Vorbescheids ergänzend eingereichten Attesten Stellung zu nehmen (Sachv. C.g/C.h). Gemäss der weiteren Stellungnahme von Dr. G. _____ vom 18. Mai 2015 (act. 17 Beilage 2) lägen verschiedene Befundberichte mit "normalen Resultaten" vor. Die leichte neurosensoriale Hörverminderung beidseits sei ebenfalls bereits aktenkundig. Es lägen in somatischer Hinsicht keine Anzeichen für einen gegenüber der Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 25. März 2013 veränderten Status vor. Es bestehe daher kein Anlass, von der ursprünglichen somatischen Stellungnahme des RAD des 25. März 2013 abzuweichen. Die Beschwerdeführerin stellt diese Beurteilung nicht substantiiert in Frage, sondern erklärt, sie wolle sie schlicht nicht akzeptieren (Sachv. C.i).

E. 7.4

Bei den nachgereichten, nicht-psychiatrischen Attesten handelt es sich um: - eine Folgeuntersuchung im Zusammenhang mit einer erstmals im Juni 2011 diagnostizierten (IV-act. 109 p. 2) Abnahme der weissen Blutkörperchen, sog. Leukopenie (IV-act. 185-187); - eine Untersuchung im Zusammenhang mit Schwerhörigkeit und Schwindel (IV-act. 197, 198); Die Otosklerose sowie die Leukopenie waren zum Zeitpunkt der vorhergehenden Stellungnahme des RAD vom 25. März 2013 bereits bekannt und in

Behandlung. Die Surditas sensoneuroalis (Otosklerose) beidseits wird im Bericht vom 22. Juli 2013 als leicht beschrieben. Es ist zudem nachvollziehbar, insbesondere auch aufgrund der attestierten nur leichten Ausprägung, dass diese Diagnosen die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich beeinflussen.

E. 7.5

Es bleibt zu prüfen, ob weitere somatische Diagnosen bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden sind.

E. 7.5.1

Frühere Vorakten enthalten Hinweise auf eine Herzkrankheit: So enthält der Entlassungsbericht von Dr. K. _____ der chirurgischen Klinik L. _____ die Entlassungsdiagnosen "Block rami dextri fasciculi Hissi CMP ch. Comp. I42". Block rami dextri einerseits steht für einen atrioventrikulären Block rechts d.h. eine Herzrhythmusstörung mit einer Blockierung des AV-Knotens, andererseits "CMP ch. Comp." für eine chronische kompensierte Kardiomyopathie (vgl. auch ICD-10: I42: Kardiomyopathie). Die späteren aktenkundigen Arztberichte (bis 2014) enthalten keinerlei Hinweise mehr auf eine Behandlung der Herzerkrankung und eine entsprechende Diagnose. Dem Austrittsbericht der Zentrumsambulanz L. _____ vom 14. Februar 2012 zum stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 25. Januar bis 14. Februar 2012 wegen anhaltenden Schwindels ist als persönliche Anamnese zu entnehmen: Die Patientin leide unter Bluthochdruck. Sie werde von einem Hämatologen wegen einer Leucopenie behandelt. Sie sei an biliärer Galle und Pankreas operiert worden. Sie verneine andere Erkrankungen, Verletzungen oder Operationen. Anschliessend halten die Ärzte zum somatischen Zustand fest: Der Zustand des Herzens und der Lungen entspreche dem Alter der Patientin. Im EKG werden ein sinusaler Rhythmus, ein Puls von 74/min, ohne bedeutende Änderungen der finalen Herzfrequenz beschrieben. Danach fehlt sowohl im Original als auch in der Übersetzung der Beschreibung zum Titel "Herz:". Es wird - im Gegensatz zu anderen Fachgebieten - schliesslich keine Überweisung an einen Herzspezialisten empfohlen (IV-act. 117 p. 3 und 5).

E. 7.5.2

Demselben und weiteren Berichten sind darüber hinaus Untersuchungen wegen einer zerebralen Atrophie zu entnehmen. So weist ein MRI vom 13. Februar 2012 als Ergebnis auf eine cerebrale Atrophie mit hyperintensiven Läsionen T2W/FLAIR unspezifisch, differenzialdiagnostisch: ischämische Läsionen, Vaskulitis, hin (IV-act. 109 p. 6, 147 p. 7; Übersetzung in IV-act. 117). Der Austrittsbericht des klinischen Zentrums L. _____ vom 14. Februar 2012 enthält als Austrittsdiagnose ebenfalls den Hinweis "Insuff. Vas. Cerebri VB sliv. G45" (G45: Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome).

E. 7.5.3

Weiteren Berichten sind zudem Hinweise auf eine Radikulopathie, eine Reizung oder Schädigung von Nervenwurzeln, zu entnehmen. So enthält der handschriftliche Bericht zu einem CT-Scan der Wirbelsäule vom 25. Mai 2010 (Übersetzung in IV-act. 97 p. 3) den erstmaligen Hinweis auf eine Wurzelreizung "Diagnose: identischer Zustand (G55)". Die ICD-10-Codierung G55 steht für eine "Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten". Dem handschriftlich verfassten Arztbericht vom 22. August 2011 (IV-act. 86 p. 6, 88 p. 1 f.) wiederum ist als Diagnosen eine Protrusio disci L4/5 und L5/S1 sowie eine Radikulopathia lumbalis L5 und S1 lat sin (G54.4:

Läsionen der Lumbosakralwurzeln, anderenorts nicht klassifiziert) zu entnehmen. Die Diagnose Radikulopathie L4 und L5 (G54.4) ist dem handschriftlich verfassten Bericht desselben Arztes (Name unleserlich) vom 2. September 2011 zu entnehmen (IV-act. 86 p. 7, IV-act. 88 p. 3). Die Diagnose Protrusio Disci L4/5 und L5/S1 (G55) sowie Radikulopathie L5 und S1 lat sin (G54.4) ist zudem in einem handschriftlich verfassten Bericht desselben Arztes vom 18. Oktober 2011 aufgeführt (IV-act. 86 p. 7). Schliesslich enthält auch der Arztbericht von Dr. J._____, Neurologin des Gesundheitszentrums in L._____, vom 12. August 2013 (IV-act. 195 p. 2; Übersetzung: IV act. 198) die Diagnose: Radikulopathia L5/S1 (G54.4). Damit kann die vom medizinischen Dienst vorgenommene Beurteilung, wonach unspezifische Lumbalgien ohne klinisches Substrat vorlägen (IV-act. 178), nicht nachvollzogen werden. Weder ist diesbezüglich eine eingehende klinische Untersuchung durch die Ärzte in L._____ mit Prüfung allfälliger Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aktenkundig, noch hat der medizinische Dienst der Vorinstanz oder der RAD Rhone die Beschwerdeführerin persönlich gesehen. Die Beurteilung ist aufgrund einer reinen und unvollständigen Aktenprüfung erfolgt.

E. 7.5.4

Schliesslich enthalten neuere handschriftliche Kurzberichte eines Ophthalmologen (Name unleserlich) vom 23. September und 5. Dezember 2013 die Diagnose Glaukom (IV-act. 202). Ob diese Augenerkrankung Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der zu diesem Zeitpunkt 60-jährigen Beschwerdeführerin hat, wurde in der Erhebung und Würdigung der somatischen Diagnosen durch den medizinischen Dienst nicht berücksichtigt.

E. 7.6

Zu den in E. 7.5 genannten Diagnosen hat sich der medizinische Dienst der Vorinstanz - entgegen der eigenen Einschätzung - nicht vernehmen lassen. Insoweit sind die Feststellungen und Würdigungen der Vorinstanz unvollständig und erweist sich der für die Beurteilung des Rentenbegehrens erhobene Sachverhalt in somatischer Hinsicht als ungenügend abgeklärt. Die Sache ist deshalb zu ergänzenden Abklärungen in somatischer Hinsicht mittels polydisziplinärer Begutachtung zumindest in den Fachbereichen Innere Medizin, Kardiologie, Rheumatologie und Ophthalmologie an die Vorinstanz zurückzuweisen. Da vorliegend auch psychiatrische Probleme befundet worden sind und ein Zusammenspiel zwischen (weiter abzuklärenden) somatischen und (grundsätzlich rechtsgenügend abgeklärten [vgl. E. 6]) psychiatrischen Beeinträchtigungen nicht ausgeschlossen werden kann, ist die interdisziplinäre Beurteilung auch mittels ergänzender psychiatrischer Begutachtung vorzunehmen (Urteil des BGer 8C_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2). Diese hat in der Schweiz nach den Grundsätzen über die polydisziplinäre Begutachtung zu erfolgen (vgl. BGE 137 V 210). Eine Rückweisung zur Begutachtung an die Verwaltung erweist sich als zulässig, zumal vorliegend erstmalig neue Diagnosen zu prüfen sind (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

E. 8

Die Rügen der Beschwerdeführerin erweisen sich nach obigen Erwägungen als begründet. Die Beschwerde ist daher gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 3. März 2014 aufzuheben und die Sache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägung 7.6 an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 9

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 9.1

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), weshalb der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen und ihr der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihr zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten ist.

E. 9.2

Die ganz oder teilweise obsiegende Partei hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei (Art. 8 Abs. 1 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 1'800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C 6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.- und für nichtanwaltliche Vertreter und Vertreterinnen mindestens Fr. 100.- und höchstens Fr. 300.-]) gerechtfertigt.

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