

BVGer C-3006/2013 vom 22. Februar 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-02-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3006_2013

FR: TAF C-3006/2013 du 22 février 2016

IT: TAF C-3006/2013 del 22 febbraio 2016

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 3

Vorab ist zu prüfen, ob die IVSTA angesichts der bei der IV-Stelle ZH eingereichten Anmeldung zum Rentenbezug und die durch jene durchgeführten Abklärungen die zuständige Verfügungsbehörde war.

E. 3.1

Zuständig ist in der Regel die IV-Stelle in deren Kantonsgebiet der Versicherte im Zeitpunkt der Anmeldung seinen Wohnsitz hat. Der Bundesrat ordnet die Zuständigkeit in Sonderfällen (Art. 55 Abs. 1 IVG und Art. 40 Abs. 1 lit. a IVV). Verlegt eine versicherte Person, die ihren Wohnsitz in der Schweiz hat, während des Verfahrens ihren Wohnsitz ins Ausland, so geht die Zuständigkeit auf die IV-Stelle für Versicherte im Ausland über (Art. 40 Abs. 2quater IVV).

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin hatte im Zeitpunkt der Rentenmeldung ihren Wohnsitz im Kanton Zürich. Während des Verfahrens hat sie ihren Wohnsitz nach Bosnien und Herzegowina verlegt, weshalb die IVSTA in Bezug auf den Erlass der Verfügung gemäss Art. 40 Abs. 2quater IVV die zuständige Behörde war. 4.1 Versicherte haben Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 Prozent invalid sind, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG [4. IV-Revision] respektive Art. 28 Abs. 2 IVG [5. IV-Revision]). Gemäss Art. 28 Abs. 1ter IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 Prozent 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, was für Bosnien und Herzegowina nicht der Fall ist. 4.2 Der Rentenanspruch nach Artikel 28 entsteht nach den Vorschriften der 4. IV-Revision frühestens in dem Zeitpunkt, in dem der Versicherte mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist (Art. 29 Abs. 1 lit. a IVG [4. IV-Revision, AS 2003 3837]) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG [4. IV-Revision]). Nach den Bestimmungen der 5. IV-Revision haben Anspruch auf eine Rente Versicherte, die 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 (Art. 28 Abs. 1 lit. a bis c IVG [5. IV-Revision]). 4.3 Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art. 7 ATSG der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). 4.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, 115 V 134 E. 2; AHI-Praxis 2002, S. 62, E. 4b/cc). 4.4.1 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne 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. 4.4.2 Bezüglich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 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 351 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des 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 137 V 210 E. 1.3.4). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

4.5 Vor der Berechnung des Invaliditätsgrades muss jeweils beurteilt werden, ob die versicherte Person als (teil-)erwerbstätig oder nichterwerbstätig einzustufen ist, was entsprechenden Einfluss auf die anzuwendende Methode der Invaliditätsgradbemessung hat (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, gemischte Methode, spezifische Methode des Betätigungsvergleichs, vgl. Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a IVG). Zu prüfen ist, was die versicherte Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. So sind insbesondere bei im Haushalt tätigen Versicherten die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausreicht (vgl. BGE 133 V 504 E. 3.3, 133 V 477 E. 6.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

4.6 Aufgrund des im gesamten Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht ist sodann ein dauernd in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkter Versicherter gehalten, innert nützlicher Frist Arbeit im angestammten oder einem anderen Berufs- oder Erwerbszweig zu suchen und anzunehmen, soweit sie noch möglich und zumutbar erscheint (BGE 113 V 22 E. 4a, 111 V 235 E. 2a). Deshalb ist es am behandelnden Arzt beziehungsweise am Vertrauensarzt der IV-Stelle zu entscheiden, 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, wobei es unerheblich ist, ob er seine Restarbeitsfähigkeit tatsächlich verwertet oder nicht.

E. 5

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die IVSTA das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat.

E. 5.1

Die Beschwerdeführerin machte geltend, mehrere Ärzte seien unabhängig voneinander zum Schluss gekommen, dass sie in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Es sei nicht nachvollziehbar, dass ein im Jahr 2012 erstelltes Gutachten für alle zu beurteilenden

Zeiträume bis ins Jahr 2005 zurück alleine massgebend sein soll, obwohl der Gesundheitszustand für die vorangehenden Zeiträume bereits durch ausführliche Berichte der behandelnden Ärzte sowie durch die Gutachten eines anderen Sozialversicherungsträgers dokumentiert gewesen sei. Im Übrigen sei auch den Unterlagen der Berufsberatung der IV-Stelle ZH zu entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin berufliche Massnahmen nicht mehr als sinnvoll erachtet worden seien, da keine Anpassungsfähigkeit für eine neue berufliche Tätigkeit mehr vorhanden sei. Ferner sei festzuhalten, dass die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiterin im Hausdienst gemäss Arbeitgeberfragebogen bereits als leichte Tätigkeit zu qualifizieren sei, weshalb von einem Wechsel in eine andere, ebenfalls leichte Tätigkeit keine Vorteile, sondern vielmehr Anpassungsschwierigkeiten zu erwarten seien.

E. 5.2

Die Vorinstanz führte aus, in das im Jahr 2012 erstellte Gutachten seien alle Vorakten einbezogen worden. Es sei davon auszugehen, dass sich der Gutachter gestützt auf die Vorakten, die eigene Anamneseerhebung und seine durchgeführten Untersuchungen ein korrektes Bild habe machen können. Es gebe keinen Grund nicht auf das Gutachten abzustellen. 5.3.1 Den Berichten von Dr. med. A._____, Facharzt für Innere Medizin, ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin an einem chronischen lumbovertebralen und lumbospondylogenen Syndrom beidseits, Diskushernien im Bereich L2/3 rechts und L4/5 links sowie auch Spondylarthrosen der gesamten LWS, einem chronischen zervikovertebralen Syndrom, Osteochondrose und anterioren Spondylosen C5-C7 leide. Ferner stellte der Arzt arterielle Hypertonie und eine Aortenwurzelektasie fest. Er erachtete die Beschwerdeführerin aufgrund der festgestellten Einschränkungen vom 1. Juni 2005 bis zum 26. Juni 2005 zu 100% arbeitsunfähig, vom 27. Juni 2005 bis zum 10. Juli 2005 zu 50% arbeitsunfähig, vom 11. Juli 2005 bis zum 6. August 2005 zu 100% arbeitsunfähig und seit dem 7. August 2005 zu 50% arbeitsunfähig. 5.3.2 Dr. med. B._____, Fachärztin für Innere Medizin und Tropenkrankheiten, diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin ein chronisches lumbovertebrales Syndrom bei ausgeprägter Osteochondrose und Spondylarthrose der unteren LWS, eine asymptomatische mediolaterale Diskushernie L3/4 rechts und L4/5 links, ein chronisches thorakovertebrales Syndrom bei schwerer Osteochondrose und Spondylose der BWS, ein chronisches Zervikobrachialsyndrom bei Osteochondrose und Spondylose der unteren HWS und eine eingeschränkte Beweglichkeit beider Schultergelenke, arterielle Hypertonie, eine Ektasie der Aorta ascendens mit leichter Aortenklappeninsuffizienz, Adipositas und Hyperlipidämie. Die Arbeitsfähigkeit bezifferte Dr. med. B._____ in den Berichten vom 2. März 2006 und vom 22. August 2006 mit 50% und im Bericht vom 18. April 2007 mit 0%. 5.3.3 Dr. med. C._____, Facharzt für Rheumatologie, hielt in seinen beiden Berichten vom 11. September 2006 und vom 10. November 2010 als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest: ausgeprägtes lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits bei ausgeprägter Osteochondrose L5/S1, weniger auch L4/5 und L3/4 mit begleitenden Spondylarthrosen, Hinweise für segmentale Instabilität L3/4 und L4/5, asyptomatische mediolaterale Diskushernie L2/3 und mediane bis mediolaterale linksseitige Diskushernie L4/5, chronifiziertes zervikovertebrales Schmerzsyndrom bei Osteochondrosen und erheblichen anterioren Spondylosen C5 bis C7. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Aortenwurzelektasie. Die Arbeitsfähigkeit als Reinigungsangestellte bezifferte er mit 50% seit 7. August 2005, wobei er feststellte, dass sich der Gesundheitszustand seit der Rückkehr der Beschwerdeführerin nach Bosnien im

April 2010 leicht verbessert habe. 5.3.4 Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, konnte mit Bericht vom 18. Juni 2008 keine Einschränkung aus psychiatrischer Sicht feststellen und gab demzufolge eine Arbeitsfähigkeit (aus rein psychiatrischer Sicht) von 100% an. 5.3.5 Dem Gutachten von Dr. med. E. _____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, vom 27. Januar 2012 sind keine Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Als Diagnosen ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er: 1) chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom, nicht ausreichend somatisch abstützbar, primäres Fibromyalgie-Syndrom, betont im Bereich der oberen Körperhälfte, Panalgie, diffuse Druckschmerzangabe, Polyarthralgien, Panvertebralsyndrom, multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Schmerzen im Brustkorb, 2) zervikal- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in die Extremitäten und in den Kopf, Osteochondrose von LWK5/SWK1, 3) diffuse idiopathische skelettale Hyperostose, Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule, 4) Übergewicht mit BMI von 29,7 kg/m², 5) laborchemische Hepatopathie, 6) gestörte Gluconeogenese und 7) arterielle Hypertonie. Er erachtete die Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Einschränkungen als zu 100% arbeitsfähig in ihrer bisherigen Tätigkeit.

5.3.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die beurteilenden Ärzte übereinstimmend davon ausgehen, dass die Beschwerdeführerin im Wesentlichen aufgrund ihrer Rückenbeschwerden und eines Schmerzsyndroms in ihrer körperlichen Belastbarkeit beeinträchtigt ist. Eine Einschränkung aus psychiatrischer Sicht konnte keine festgestellt werden. Unterschiedlich beurteilten die Ärzte dagegen den Grad der Arbeitsfähigkeit. Während Dr. med. A. _____, Facharzt für Innere Medizin, und Dr. med. C. _____, Facharzt für Rheumatologie, mehrheitlich von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% in ihrer bisherigen oder einer anderen eher leichten Tätigkeit ausgingen (vgl. aber die wenige Wochen dauernden Perioden voller Arbeitsunfähigkeit im Bericht von Dr. med. A. _____), attestierte Dr. med. B. _____, Fachärztin für Innere Medizin und Tropenkrankheiten, im/ab März 2006 eine Arbeitsunfähigkeit von derzeit 50% und im/ab April 2007 eine solche von 100%. Dr. med. E. _____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, attestierte der Beschwerdeführerin in seinem Gutachten vom 27. Januar 2012 über die ganze fragliche Zeitspanne hinweg gesehen eine volle Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit. Er stützte sich für die Beurteilung des Zeitraums vor seiner Begutachtung zwar auf die vorhandenen Berichte, kam in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit aber zu einem anderen Schluss. Zur Begründung führte er aus, es lasse sich gestützt auf die Angaben aus den Berichten aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die von der Versicherten bisher ausgeübte Tätigkeit begründen. Die früher festgestellten Diskushernien, welche bereits im Jahr 2006 von Dr. med. C. _____ als asymptomatisch bezeichnet und in dessen Bericht vom 19. November 2010 gar nicht mehr erwähnt wurden, diagnostizierte Dr. med. E. _____ nicht mehr. Die von Dr. med. C. _____ und Dr. med. B. _____ festgestellte degenerative Erkrankung durch Alterung und Verschleiss der einzelnen Wirbelsäulenabschnitte, welche auch für den medizinischen Laien nachvollziehbar ist, bestätigte Dr. med. E. _____ zwar kurz in seiner Beurteilung, aber eine Arbeitsunfähigkeit leitete er daraus im Gegensatz zur Vorgutachterin Dr. med. B. _____ und Dr. med. C. _____ nicht ab. Zudem stellte dieser fest, dass er einige der früher erhobenen Befunde, namentlich eine Doppelskoliose, eine Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule und die Unmöglichkeit den Fersengang links durchzuführen, nicht mehr bestätigen könne, weshalb er insgesamt von einer Verbesserung des

Gesundheitszustandes ausgehe. Aufgrund der festgestellten Gesundheitsprobleme ist davon auszugehen, dass grundsätzlich ein Facharzt in Orthopädie oder Rheumatologie fachlich kompetent ist, die Einschränkungen festzustellen und deren Auswirkungen zu beurteilen. In diesem Zusammenhang gilt es allerdings zu beachten, dass auch die Einschätzungen von behandelnden Hausärzten und Spezialisten nicht von vornherein unbeachtlich sind; vielmehr sind diese im Rahmen der freien Beweiswürdigung zu berücksichtigen, zumal die Behörde und das Gericht auch auf die speziellen, etwa dank der langjährigen medizinischen Betreuung nur einem Hausarzt zugänglichen Erkenntnisse des Gesundheitszustandes eines Versicherten abstellen können (vgl. dazu die Urteile des BGer 4A_526/2014 vom 17. Dezember 2014 E. 2.4 und 9C_468/2009 vom 9. September 2009 E. 3.3). Im vorliegenden Fall ist den Berichten von Dr. med. C._____, Facharzt für Rheumatologie, gegenüber den Einschätzungen von Dr. med. B._____, Fachärztin für Innere Medizin und Tropenkrankheiten, und Dr. med. A._____, Facharzt für Innere Medizin, der Vorzug zu geben, zumal auch keine anderweitigen Gründe gegen das Abstellen auf die nachvollziehbaren und schlüssigen Berichte von Dr. med. C._____ sprechen. Der letzte von Dr. med. C._____ verfasste Bericht in den Akten datiert vom 10. November 2010. Am 27. Januar 2012 verfasste Dr. med. E._____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, im Auftrag der IVSTA ein weiteres fachärztliches Gutachten zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin. Auch wenn sich Dr. med. E._____ - wie die Vorinstanz ausführte - mit den Vorakten beschäftigt hat, ist trotzdem nicht davon auszugehen, dass er besser als Dr. med. C._____ in der Lage war, den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bis zum Jahr 2010 rückblickend zu beurteilen. Für diesen Zeitraum ist somit grundsätzlich auf die Einschätzung von Dr. med. C._____ abzustellen. Die lediglich auf den Akten beruhende, davon abweichende Einschätzung von Dr. med. E._____ ist nicht zu berücksichtigen, zumal er keine konkreten Gründe anführt, die an der Einschätzung von Dr. med. C._____ Zweifel aufkommen lassen würden. Weiter sprechen die folgenden konkreten Indizien gegen den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. E._____. Bereits in der Berichtszusammenfassung von Dr. med. C._____ vom 24. September 2005 finden sich zwei gravierende Auslassungen zu den Feststellungen des behandelnden Arztes: Dr. med. C._____ fand erstens keine Hinweise auf Fibromyalgie, während der Gutachter neu plötzlich von einem primären Fibromyalgie-Syndrom ausgeht. Eine Auseinandersetzung mit dieser Diskrepanz findet sich in der Folge im Gutachten nicht. Die Fibromyalgie-Diagnose fällt in den Anwendungsbereich von BGE 141 V 281, weshalb die Diagnose so hätte begründet werden müssen, dass der Rechtsanwender nachvollziehen kann, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (E. 2.1.1). Noch gravierender ist der Umstand, dass die Schmerzsymptomatik nach der Einschätzung von Dr. med. C._____ degenerativer Natur ist, was in der Voraktenzusammenfassung ebenfalls weggelassen worden ist. Auch die Gutachterin Dr. med. B._____ hat explizit von degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat gesprochen. Sie steht mit dieser Beurteilung im Einklang mit den Feststellungen von Dr. med. C._____ (vgl. Gutachten vom 22. August 2006 S. 4). Diese Feststellungen fanden ebenfalls keine Berücksichtigung bei der Voraktenzusammenfassung von Dr. med. E._____. Das psychiatrische Gutachten der Klinik Teufen vom 18. Juni 2008 wird zwar aufgelistet, die Erkenntnisse aus diesem Gutachten finden aber keinen Eingang in das Gutachten. Gemäss den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie zur Begutachtung rheumatologischer Krankheiten und Unfallfolgen (nachfolgend: Leitlinien SRG) sind die relevanten Akten unter Verweis auf den Autor und

das Erstellungsdatum zusammenzufassen, was vorliegend nicht geschehen ist. Das Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 31. März 2010 wird ebenfalls lediglich aufgelistet, ohne dass sich der Gutachter damit inhaltlich auseinandergesetzt hat. Im vorerwähnten Urteil des Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich wurde sinngemäss festgehalten, aus den medizinischen Akten ergebe sich, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit (Mitarbeiterin im Hausdienst eines Alters- und Gesundheitszentrums) nicht mehr arbeitsfähig sei, die Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit lasse sich jedoch gestützt auf die ärztlichen Berichte nicht schlüssig beurteilen (vgl. Urteil vom 31. März 2010, Ziffer 4.1, Seite 6). Die unterlassene Zusammenfassung des relevanten Sachverhalts für den Begutachtungsauftrag hat im Ergebnis dazu geführt, dass sich der Gutachter hinsichtlich der angestammten Tätigkeit in Widerspruch zu den bindenden Feststellungen im Gerichtsurteil gesetzt hat und ohne nachvollziehbare Begründung zum Ergebnis gelangt ist, die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die von der Versicherten früher in der Schweiz ausgeübten Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt eingeschränkt gewesen (vgl. Gutachten Dr. med. E. _____, S. 17). Da in seinem Gutachten überdies keine minutiöse Erfassung des Tagesablaufs erfolgt ist, fehlen wichtige Hinweise auf die Auswirkungen des Leidens in verschiedenen Lebensbereichen (vgl. Leitlinien SRG, Ziffer 3.2), Die Versicherte lebt gemäss eigenen Angaben in Bosnien im Haus des Sohnes (vgl. Gutachten Dr. med. E. _____, S. 3) was zwangsläufig mit belastenden Aktivitäten im Tagesablauf verbunden ist. Im vorliegenden Fall drängt sich eine abweichende Beurteilung vom Gutachten von Dr. med. E. _____ auf, weil die Vorgutachterin Dr. med. B. _____ und der behandelnde Arzt Dr. med. C. _____ wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung bei der Voraktenzusammenfassung ignoriert und in der Beurteilung ungewürdigt geblieben ist. Aus den vorstehenden Ausführungen ergibt sich, dass auf das mangelhafte Gutachten von Dr. med. E. _____ nicht abzustellen ist. Vielmehr ist in Übereinstimmung mit den Einschätzungen von Dr. med. B. _____ und Dr. med. C. _____ davon auszugehen, dass grundsätzlich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Für die Zeit ab Juni 2005 (erstmalige Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit durch den behandelnden Hausarzt) attestierten die beiden Gutachter der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von (knapp) 50% in der bisherigen Tätigkeit. Diesbezüglich ist allerdings festzuhalten, dass es sich bei der bisherigen Tätigkeit als Raumreinigungsangestellte keineswegs um eine leichte Tätigkeit handelte. Hielt doch namentlich Dr. med. B. _____ in ihrem Gutachten vom 2. März 2006 fest, dass die Arbeit die Beschwerdeführerin deutlich anstrenge, da die Reinigungsgeräte teilweise ein beträchtliches Gewicht hätten. Dr. med. C. _____ ging zwar ebenfalls davon aus, dass die bisherige Tätigkeit eher leicht sei, weshalb er der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 50% in der bisherigen Tätigkeit attestierte. Mit Blick auf das von ihm aufgestellte Leistungsprofil ist allerdings festzuhalten, dass die bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin nicht mehr in Frage kommen kann. Gemäss Leistungsprofil ist es der Beschwerdeführerin zumutbar, manchmal leichte Gewichte bis 9 kg zu heben oder zu tragen; das Heben oder Tragen von schwereren Gewichten ist ausgeschlossen. Weiter erachtet es Dr. med. C. _____ nicht als zumutbar, dass die Beschwerdeführerin Arbeiten über Kopfhöhe, mit Rotation, im vorgeneigten Stehen, kniend oder mit Kniebeugen ausführt. Bereits aufgrund dieser Einschränkungen ist festzustellen, dass sich die gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin nicht mehr mit ihrer Tätigkeit als Raumreinigungsangestellte (namentlich Reinigung von Zimmern und

Nasszellen, WCs, Lavabos) vereinbaren lassen, weshalb diese als nicht mehr zumutbar zu gelten hat. Zum selben Schluss ist im Übrigen bereits auch das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich gekommen. Zumutbar wäre somit lediglich noch eine leichte Verweistätigkeit unter Berücksichtigung des vorgenannten Leistungsprofils. Das zumutbare Pensum ist - in Übereinstimmung mit Dr. med. C. _____ - auf 50% festzulegen. Vom Einholen eines polydisziplinären Gutachtens, wie von der Beschwerdeführerin eventualiter beantragt, ist in antizipierter Beweiswürdigung abzusehen, da es unwahrscheinlich ist, dass im heutigen Zeitpunkt mit neuen Erkenntnissen für den zu beurteilenden, vergangenen Zeitraum zu rechnen wäre. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin zwischenzeitlich im 68. Lebensjahr steht und seit dem 1. Mai 2012 eine Rente der Alters- und Hinterlassenenversicherung bezieht (vgl. IVSTA-act. 59), weshalb neue Erkenntnisse für die Zukunft keine Relevanz mehr hätten.

E. 6

Es bleibt noch der IV-Grad mittels Einkommensvergleichs zu ermitteln.

E. 6.1

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Für die Ermittlung des Einkommens, welches die versicherte Person ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was sie im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 134 V 322 E. 4.1, 129 V 222 E. 4.3.1; RKUV 2006 U 568 S. 66 E. 2). Für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b aa). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung die gesamtschweizerischen Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b bb). Massgebend sind dabei die monatlichen Bruttolöhne (Zentralwerte) im jeweiligen Wirtschaftssektor. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen bei Versicherten, die nach Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten können, ist in der Regel vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn für Männer oder Frauen bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4 des Arbeitsplatzes) auszugehen. Dabei sind in erster Linie die Lohnverhältnisse im privaten Sektor massgebend (SVR 2002 UV Nr. 15 E. 3c cc). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitstätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit

einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 124 V 321 E. 3b bb; SVR 2007 IV Nr. 11 S. 41 E. 3.2; RKUV 2003 U 494 S. 390 E. 4.2.3). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3, 126 V 75 E. 5b bb und cc; AHI 2002 S. 69 ff. E. 4b).

E. 6.2

Gemäss Arbeitgeberfragebogen vom 3. März 2011 (IVSTA-act. 12) verdiente die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit im Jahr 2004 Fr. 62'489.55, im Jahr 2005 Fr. 67'821.25 und im Jahr 2006 von Januar bis August Fr. 41'072.70. Pro Monat ergibt sich bei einem Pensum von 100% somit ein Einkommen von Fr. 5'355.70 (inkl. Anteil 13. Monatslohn).

E. 6.3

Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens ist auf die Tabellenlöhne des Bundesamtes für Statistik für das Jahr 2006 abzustellen. Der Zentralwert für Frauen für einfache, repetitive Tätigkeiten aller Wirtschaftszweige beträgt Fr. 4'019. . Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden ergibt dies einen monatlichen Lohn von Fr. 4'189.80. Unter Berücksichtigung des der Beschwerdeführerin zumutbaren Pensums von 50% ist somit von einem Invalideneinkommen von Fr. 2'094.90 auszugehen.

E. 6.4

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 5'355.70 und des Invalideneinkommens Fr. 2'094.90 ergibt einen Invaliditätsgrad von rund 60%. Damit hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Ob der Beschwerdeführerin bei der Ermittlung des Invalideneinkommens zusätzlich ein leidensbedingter Abzug zuzugestehen wäre, kann bei diesem Resultat und mit Blick auf die bereits angenommene Einschränkung von 50% offenbleiben, da nur mit einem - für den vorliegenden Fall unrealistisch hohen - Abzug von 25% ein Invaliditätsgrad von 70% erreicht und damit die Schwelle zur ganzen Rente überschritten würde.

E. 6.5

Die einjährige Wartefrist begann mit der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit von 50% im Juni 2005 und endete im Mai 2006. Der Rentenanspruch entstand somit frühestens per 1. Juni 2006 (vgl. E. 4.2 hiervor). Die Beschwerdeführerin hat sich im August 2006, mithin rechtzeitig, zum Rentenbezug angemeldet. Der Beschwerdeführerin ist somit mit Wirkung ab 1. Juni 2006 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Die Beschwerde ist in diesem Sinne teilweise gutzuheissen.

E. 6.6

Da der Beschwerdeführerin die Zahlung der Invalidenrente als vorsorgliche Massnahme mit Wirkung per 1. Juni 2010 eingestellt wurde, sind die Zahlungen unverzüglich wieder aufzunehmen.

E. 7

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 7.1

Die Verfahrenskosten sind bei Streitigkeiten um Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1'000 Franken festzulegen (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Die Verfahrenskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Die Gerichtskosten sind vorliegend auf Fr. 400. festzusetzen. Die teilweise unterliegende Beschwerdeführerin hat reduzierte Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 200. zu tragen. Die reduzierten Gerichtskosten von Fr. 200. sind dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 400. zu entnehmen. Der Rest ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihr bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten. Der teilweise unterliegenden Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 7.2

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 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 notwendige Auslagen der Partei (Art. 8 VGKE). Die Beschwerdeführerin war nicht berufsmässig vertreten und machte keine Auslagen geltend, weshalb ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Als Bundesbehörde hat die IVSTA keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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