

BVGer C-651/2017 vom 20. November 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-11-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-651_2017

FR: TAF C-651/2017 du 20 novembre 2018

IT: TAF C-651/2017 del 20 novembre 2018

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG [SR 172.021]; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (BVGer-act. 5), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 27. Dezember 2016, mit welcher die Vorinstanz das erstmalige Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin mangels ausreichender durchschnittlicher Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres sowie mangels anspruchsbegründender Invalidität abgelehnt hat. Prozessthema ist gemäss Rechtsbegehren der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente.

E. 3.1

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 (Art. 49 VwVG).

E. 3.2

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt (hier: 27. Dezember 2016) ab (BGE 132 V 220 E. 3.1.1; 131 V 242 E. 2.1). Neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, die der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), können im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht vorgebracht werden und sind zu würdigen. Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind

grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, im hängigen Verfahren soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1; vgl. auch Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 117 Rz. 2.204).

E. 4

Zunächst sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden rechtlichen Bestimmungen darzulegen.

E. 4.1

Die Beschwerdeführerin ist kroatische Staatsangehörige. Für die Prüfung des Rentenanspruchs bis zum 1. Januar 2017 (vgl. dazu auch Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV/EL [KSBIL]; gültig ab 04.04.2016) ist das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kroatien über Soziale Sicherheit vom 9. April 1996 (nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen; SR 0.831.109.291.1) anwendbar. Nach Art. 4 Abs. 1 dieses Abkommens sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates, zu denen gemäss Art. 1 Abs. 1 Bst. a i.V.m. Art. 2 Abs. 1 A Bst. ii die Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt; abweichende Bestimmungen in diesem Abkommen bleiben vorbehalten. Seit 1. Januar 2017 ist im Verhältnis zu Kroatien, das seit dem 1. Juli 2013 Mitglied der EU ist, das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des BVer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach bestimmt sich vorliegend die Frage, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung hat, alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 4.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung

haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 27. Dezember 2016 in Kraft standen, weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 4.3

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). 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. 4.4

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Die Wartezeit bezieht sich auf die Arbeitsunfähigkeit gemäss Art. 6 ATSG und nicht auf die davon abzugrenzenden Konstrukte der Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG) und der Invalidität (Art. 8 ATSG; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., Art. 28 Rz 24). Unter Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG ist die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zu verstehen (BGE 130 V 97 E. 3.2 S. 99; SVR 2007 IV Nr. 38 S. 130; BGE 105 V 156 E. 2). Für die Eröffnung der einjährigen Wartezeit genügt eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (SVR 2008 BVG Nr. 31 S. 126, AHI 1998 S. 124 E. 3c). Wie die Arbeitsunfähigkeit während des Wartejahres verläuft, spielt grundsätzlich keine Rolle. Entscheidend ist allein, dass während eines Jahres durchschnittlich eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % bestand (Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 28 Rz 26). Ein wesentlicher Unterbruch der Wartezeit liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens dreissig aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29ter IVV). Tritt nach einem wesentlichen Unterbruch wieder eine Arbeitsunfähigkeit (von mindestens 20 %) ein, so beginnt die Wartezeit - unter Vorbehalt des (hier nicht anwendbaren) Art. 29bis IVV - neu zu laufen, ohne Anrechnung der bis zum wesentlichen Unterbruch bereits zurückgelegten Perioden von Arbeitsunfähigkeit. Die Berechnung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit und der Wartezeit ist nach Tagen vorzunehmen (Grundlage 365 Tage, vgl. Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], gültig ab 1. Januar 2015, Stand 1. März 2016, Rz. 2017 f.).

E. 4.5

Um den Invaliditätsgrad bzw. den Grad der Arbeitsunfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 4.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; BGE 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). 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 Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

E. 4.7

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (zuständigen) Invalidenversicherungsstelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 Bst. c - g IVG).

E. 4.8

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV). Auf Stellungnahmen des RAD kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EGV I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Allerdings sind die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nur soweit zu berücksichtigen, als auch keine geringen Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4; 122 V 157 E. 1d). Die versicherungsinternen Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Nicht zwingend

erforderlich ist, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Nach der Praxis kann einem reinen Aktengutachten auch voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteile des BGer 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2; 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen; RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4 und 1988 U 56 S. 371).

E. 4.9

Nach Art. 46 Abs. 3 VO Nr. 883/2004 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Eine solche anerkannte Übereinstimmung besteht für das Verhältnis zwischen Kroatien und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht. Der Invaliditätsgrad bestimmt sich daher auch unter dem Geltungsbereich des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. hierzu auch BGE 130 V 253 E. 2.4; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2). Die Feststellungen der aus dem Ausland stammenden Beweismittel, wie insbesondere auch ärztliche Berichte und Gutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D; EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 5.1

Nachfolgend ist vorab zu prüfen, ob die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG rechtsgenügend nachgekommen ist bzw. ob mit den vorliegenden Akten eine rechtsgenügende Grundlage zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gegeben ist. Zwar sind dabei wie erwähnt grundsätzlich nur die bis zum Erlass der Verfügung vom 27. Dezember 2016 vorliegenden medizinischen Akten zu berücksichtigen, jedoch können gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auch Arztberichte zum Krankheitsverlauf, welche nach Verfügungserlass entstanden sind, in die Beurteilung miteinbezogen werden, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (statt vieler: Urteil BGer 8C_71/2017 vom 20. April 2017 E. 8.3, vgl. auch E. 3.2 hiervor). Hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung liegen insbesondere die folgenden ärztlichen Berichte vor:

E. 5.1.1

Im Bericht des Landeskrankenhauses C._____ vom 14. Juni 2016 betreffend die Krankengeschichte wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin bei den Diagnosen Commotio cerebri, Subarachnoidalblutung Falx und obere und untere Schambeinastfraktur rechts am 30. September 2015 zur Commotioüberwachung und Schmerztherapie stationär aufgenommen worden sei. In der Commotioüberwachung und während des ganzen stationären Aufenthalts (Entlassung am 5. Oktober 2015) habe sich die Beschwerdeführerin neurologisch unauffällig gezeigt bis auf eine retrograde Amnesie. Eine neurochirurgische Intervention sei nicht indiziert gewesen. Die anfänglichen Schmerzen im Bereich der

Schambeinastfrakturen seien im Verlauf deutlich rückgängig und die Mobilisation zunehmend gewesen (act. 17, S. 2). Es folgten im November 2015 zwei Kontrolluntersuchungen, wobei der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit vom 20. Oktober bis 1. Dezember 2015 attestiert wurde (act. 17, S. 3). Anlässlich der ausserterminlichen Kontrolluntersuchung vom 5. Februar 2016 hielt der untersuchende Arzt fest, die Beschwerdeführerin beklage sich über seit dem Unfall zunehmende Kopfschmerzen, vor allem rechtsseitig. Im Weiteren zeige sich ein schonendes Gangbild mit Belastungsschmerz, bestehend seit dem Unfall im Bereich der rechten Leiste. Die Beschwerdeführerin habe im Januar gearbeitet, jedoch unzureichend laut Arbeitgeber, da sie sich nicht über mehrere Stunden belasten könne. Im CT vom Becken zeige sich eine verzögerte Heilung im Bereich der Schambeinastfrakturen. Der Beschwerdeführerin wurde eine Arbeitsunfähigkeit vom 5. bis 19. Februar 2016 attestiert (act. 17, S. 4 und act. 15, S. 1). Gemäss Kontrolluntersuchung vom 16. März 2016 zeigte das Röntgenbild "Beckenübersicht + Inlet/Outlet" die Fraktur nicht disloziert und mit Kallusbrücken (act. 17, S. 5 und act. 14, S. 1). Im Rahmen der letzten Kontrolluntersuchung vom 5. April 2016 wurde angegeben, dass die Beschwerdeführerin immer noch Kopfschmerzen rechtsseitig und Schmerzen im Bereich des Kreuzes in die Beine ausstrahlend beklage. Im MRT der LWS zeige sich keine relevante Spinalkanal- und Neuroforamenstenose, hingegen eine diskrete Diskopathie in L2 bis S1 mit Protrusion und kleine subligamentäre Hernien, hypertrophe Facetten-Arthrose mit P. m. L4/S1 links betont. Die Beschwerdeführerin sei zwecks Empfehlung einer Therapie einem Neurologen vorzustellen (act. 17, S. 4 f.).

E. 5.1.2

Dr. med. J._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, nannte in seinem Bericht vom 22. April 2016 an den Hausarzt Dr. K._____, als Diagnosen einen Spannungskopfschmerz mit Migränekomponente und den Zustand nach Schädelhirntrauma ohne neurologische Ausfälle. Er hielt fest, dass aus neurologischer Sicht "kein Krankenstand indiziert sei", schwere Arbeiten allerdings vermieden werden sollten (act. 12).

E. 5.1.3

Im Gutachten vom 23. Juni 2016 zuhanden der Pensionsversicherungsanstalt nannte Dr. D._____, Ärztin für Allgemeinmedizin, als Hauptdiagnose einen Spannungskopfschmerz bei Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma am 30. September 2015, ohne neurologische Ausfälle (ICD-10 G44.2), und als weitere Diagnose chronische Lendenwirbelsäulenschmerzen bei Bandscheibenvorwölbung L2 bis S1, ohne Einengung des Spinalkanals sowie ohne neurologische Defizite. In ihrer Beurteilung hielt sie fest, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall ständig wiederkehrende Kopfschmerzen mit einem tauben Gefühl im Kopfbereich und teilweise auch Schwindelgefühl beklage. Ausserdem gebe sie an, im Bereich der LWS immer wieder Schmerzen mit Ausstrahlung in die Beine und teilweise Taubheitsgefühl zu haben. Anlässlich der allgemeinärztlichen Untersuchung vom 20. Juni 2016 sei es zu Schmerzangaben bei der Aussenrotation des rechten Beins im Bereich der Leiste gekommen. Ansonsten hätten keine Funktionseinschränkungen und auch keine neurologischen Defizite festgestellt werden können (act. 10, S. 4). Zusammengefasst sei die Beschwerdeführerin in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit "vollschichtig" arbeitsfähig (act. 10, S. 8).

E. 5.1.4

RAD-Ärztin Dr. E. _____ gab in ihrem Bericht vom 13. Oktober 2016 keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und folgende Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an: Status nach Unfall vom 30. September 2015 mit Schädelhirntrauma mit kleinster Subarachnoidalblutung und kleinster Blutung Nucleus caudatus sowie mit oberer und unterer Schambeinastfraktur rechts, Spannungskopfschmerzen, lumbovertebrales Schmerzsyndrom und Adipositas. Sie hielt fest, dass sich betreffend die konservativ behandelte Schambeinastfraktur eine verlangsamte knöcherne Heilung gezeigt habe, die dann aber im März 2016 doch (noch) stattgefunden habe. Eine Arbeitsunfähigkeit als Küchenhilfe (vorwiegend gehend/stehend) sei somit vom 30. September 2015 bis maximal 31. März 2016 nachvollziehbar. Die von der Beschwerdeführerin seit dem Unfall beklagten Kopfschmerzen seien vom Neurologen im April 2016 als Spannungskopfschmerzen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt worden. Betreffend die von der Beschwerdeführerin beklagten Rückenschmerzen fänden sich radiologisch eher mässige Abnützungerscheinungen und in den klinischen Untersuchungen liessen sich weder eine neurologische Ausfallerscheinung noch sonst eine Funktionseinbusse nachweisen. Eine Arbeitsunfähigkeit für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit wie die zuletzt ausgeübte bestehe somit nicht (act. 36, S. 3).

E. 5.1.5

Gemäss dem mit Einwand vom 30. November 2011 (act. 41) eingereichten Entlassungsbericht der Dres. med. L. _____ und M. _____ (Facharztqualifikation unbekannt) von der Klinik G. _____ vom 11. November 2016 hatte sich die Beschwerdeführerin vom 21. Oktober bis 11. November 2016 zur stationären Rehabilitation in der Klinik aufgehalten. Es wurden u.a. folgende Diagnosen genannt (act. 42, S. 1 f.): Anhaltende Nacken- und Kopfschmerzen rechtsbetont mit DD: vertebrogen bedingt G44.3 bei degenerativen HWS-Veränderungen, EEG: unauffällig (22. April 2016) DD Spannungskopfschmerz mit Migräne-Komponente Z.n. Schädelhirntrauma (Unfall) 09/2015 mit winzigem intracerebralem Hämatom Caput nuclel caudati rechts chronisch rezidivierende Brachialgie rechts mit Dermatome C6, grober Kraftminderung und Dysästhesien Z.n. Beckenfraktur rechts (oberere und untere Schambeinastfraktur) nach Unfall 09/15, (stabil, konservativ behandelt) suspektes kleines Cavemom tm Bereich Stammganglien rechts (Caput nuclei caudati rechts) anhaltende Schmerzen LWS und Becken arterielle Hypertonie Incipiente paradoxe Kyphose C3 bis C6 mit diskreter Antelisthese C3 auf C4 Retrospondylose und Osteochondrose CS/6, C4/5 incipiente Rec. lat. Stenose L4/5 bds. durch hypertrophe Spondylarthrose Die behandelnden Ärzte hielten fest, dass sich der Rehabilitationsverlauf komplikationslos gestaltet habe, jedoch habe die Patientin wiederholt Blutdruckkrisen gehabt. Die Beweglichkeit und Mobilität hätten etwas gesteigert werden können (act. 42, S. 5).

E. 5.1.6

In Würdigung des Berichts der Klinik G. _____ hielt RAD-Ärztin Dr. E. _____ in ihrer Stellungnahme vom 16. Dezember 2016 fest, dass zwar Diagnosen degenerativer Veränderungen der HWS aufgelistet würden, in den klinischen Befunden würden aber lediglich "endgradige Bewegungseinschränkung HWS, Verspannung Muskulatur BWS und Schultergürtel" dokumentiert. Betreffend die angeblich seit dem Unfallereignis bestehenden Probleme mit dem rechten Arm hätten die Untersuchungen von Dr. J. _____ und Dr. D. _____ keine Pathologien im Bereich der HWS oder des rechten Arms ergeben. Betreffend die Blutdruckproblematik sollte nach korrekter Abklärung eine medikamentöse

Einstellung gut möglich sein. Eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit sei damit nicht zu begründen. Bei der Beschwerdeführerin bestünden eine Schmerzverarbeitungsstörung und Schmerzausweitung. Die diesbezüglichen therapeutischen Möglichkeiten seien aber noch nicht ausgeschöpft. Die (bisherige) Beurteilung bleibe unverändert (act. 48).

E. 5.1.7

Mit der Beschwerde reichte die Beschwerdeführerin folgende ärztliche Unterlagen ein: Bericht von Dr. H. _____ vom 18. November 2016, Bericht von Dr. med. N. _____, Fachärztin für Innere Medizin, vom 8. Dezember 2016, Bericht des Landeskrankenhauses C. _____, Abteilung Ambulanz-Neurochirurgie, vom 16. Dezember 2016 sowie eine Bestätigung von Dr. med. K. _____, Arzt für Allgemeinmedizin, vom 23. Januar 2017 mit einer Medikamentenliste und Laborwerten vom 14. November 2016 (Beilagen zu BVGer-act. 2). Dr. H. _____ nannte in seinem Bericht vom 18. November 2016 als Diagnosen eine Cervikobrachialgie beidseits, ein Impingement der Schulter rechts sowie den Zustand nach Schädelhirntrauma 09/2015 mit kleiner ICH und konservativ behandelter Beckenfraktur. Dr. N. _____ gab in ihrem Bericht vom 8. Dezember 2016 folgende Diagnosen an: Arterielle Hypertonie, Atherosklerose der Halsarterien, Hypercholesterinämie, chronische Cephalaea und Cavernom paraventriculär Stammganglienbereich links. Sie hielt fest, dass sich in der LZ-RR-Messung sowohl untertags als auch nachts deutlich erhöhte RR-Werte gezeigt hätten. Im Bericht des Landeskrankenhauses C. _____, Abteilung Ambulanz-Neurochirurgie, vom 16. Dezember 2016 wurden folgende Diagnosen genannt: Verdacht auf Cavernom rechts paraventriculär, Zustand nach Schädelhirntrauma 09/2015, Balkendefekt hinter dem Knie mit konsekutiver Gliose bds. periventriculär, kleiner lakunärer subkortikaler Defekt im vorderen Inselbereich frontal, Kopfschmerzanamnese ohne geklärte Ursache, Occipitalisneuralgie rechts sowie Cervicobrachialgie rechts betont. Befundmässig wurden u.a. Schmerzen im HWS-Bereich bei Rechtsrotation und -reklination festgestellt.

E. 5.1.8

In Würdigung der beschwerdeweise eingereichten Unterlagen ergänzte RAD-Ärztin Dr. E. _____ gemäss Stellungnahme vom 6. April 2017 ihre Liste von Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit um die Diagnosen arterielle Hypertonie und Cervicobrachialsyndrom rechts. Sie hielt fest, dass gemäss Bericht von Dr. H. _____ eine endgradig eingeschränkte Abduktion und Elevation und ein painful arc 70-130° bei der rechten Schulter bestehe, wogegen eine Infiltration erfolgt sei. Damit seien Arbeiten auf/über Schulterhöhe mit dem rechten Arm zu diesem Zeitpunkt nicht zumutbar. Die Dauer dieser Limitation sei aber zeitlich begrenzt. Die internistischen Probleme wie Hypertonie und Ateromatose der Halsgefässe ohne haemodynamische Relevanz müssten zwar medizinisch behandelt werden, hätten aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Gemäss Bericht des Landeskrankenhauses C. _____, Abteilung Ambulanz-Neurochirurgie, hätten sich eine druckdolente, verspannte Muskulatur im Nackenbereich gezeigt, aber keine neurologischen oder orthopädischen Funktionsausfälle. Derartige Beschwerden seien therapeutisch angebar und begründeten keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Die Bestätigung von Dr. K. _____ sage nichts aus. Die Laborwerte vom 14. November 2016 seien abgesehen von einer leichten Erhöhung der GGT, was bezüglich Arbeitsfähigkeit irrelevant sei, normal. Die Medikamentenliste beinhalte keine Medikamente, die eine Arbeitsunfähigkeit in einer körperlich nicht schweren, geistig nicht sehr anspruchsvollen Tätigkeit begründen könnten (act. 52).

E. 5.1.9

Mit der Replik reichte die Beschwerdeführerin folgende medizinische Unterlagen ein: Zuweisungsschreiben von Dr. H. _____ an Dr. med. O. _____, Facharzt für Radiologie, vom 28. März 2017, Bericht von Dr. O. _____ vom 19. April 2017 und Zuweisungsschreiben von Dr. H. _____ an das Landeskrankenhaus I. _____, Abteilung Orthopädie, vom 30. Mai 2017 (Beilagen zu BVGer-act. 11). Gemäss Bericht von Dr. O. _____ vom 19. April 2017 ergab das MRT der rechten Schulter eine deutliche Tendopathie des Supraspinatus bei Hinweis auf Impingement (subacromial und acromioclaviculär bei hypertropher AC-Arthrose) mit kurzstreckig durchgehendem Partialriss. Beim MRT der LWS im Segment L4/5 zeigten sich im Vergleich zur Voruntersuchung von Juli 2016 eine progrediente rechtsbetonte Protrusion/flache subligamentäre Hernie, zusätzlich bekannte Facettarthrosen und insgesamt eine mässiggradige Spinalkanalstenose mit einem minimalen median-sagittalen Durchmesser von 8 mm. Ansonsten keine Zustandsänderung: Multisegmentale Diskopathien mit Protrusionen und reaktiven Spondylosen. Linksbetonte hypertrophe Facettarthrosen L3-S1. Keine Neuroforamenstenosen. Gemäss seinem Zuweisungsschreiben an das Landeskrankenhaus I. _____, Abteilung Orthopädie, vom 30. Mai 2017 erbat Dr. H. _____ um eine "Infiltration LWS L5 re/ Sacralblock".

E. 5.1.10

Unter Berücksichtigung der zusätzlichen medizinischen Unterlagen nannte RAD-Ärztin Dr. E. _____ in ihrer Stellungnahme vom 21. Juli 2017 nebst den bisher genannten Diagnosen als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein subacromiales Impingement (der Schulter) rechts bei hypertropher ACG-Arthrose (MRI 19.4.2017), kam jedoch zum Schluss, dass die neuen medizinischen Akten nichts an ihrer bisherigen Beurteilung änderten. Wenn tatsächlich ein subacromiales Impingement bestehe, seien Tätigkeiten auf oder über Schulterhöhe nur selten zumutbar. Da solche Tätigkeiten nicht zu den Aufgaben einer Küchenhilfe gehörten, sei eine höhergradige längerdauernde Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar. Das MRI der LWS habe weiterhin keine Neurokompression feststellen können. Die sonstigen degenerativen Veränderungen seien bekannt. Radiologisch bestehe eine gewisse spinale Enge, entsprechende klinische Angaben einer Claudatio spinalis fehlten aber (auch in der Reha 10/11 2016). Ob die Infiltration überhaupt durchgeführt worden sei und ob die Beschwerdeführerin darauf angesprochen habe, sei unklar. Jedenfalls sei eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit wie die einer Küchenhilfe weiterhin zumutbar (Beilage zu BVGer-act. 17).

E. 5.1.11

Mit Eingabe vom 22. September 2017 reichte die Beschwerdeführerin Berichte des Landeskrankenhaus C. _____, Abteilung Ambulanz Unfallchirurgie, vom 31. August 2017 (Operationsbericht) und 7. September 2017 (Krankengeschichte) ein (Beilagen zu BVGer-act. 24). Gemäss Operationsbericht vom 31. August 2017 wurde - bei Diagnose eines Impingementsyndroms der Schulter mit Partialriss der Rotatorenmanschette rechts - am 18. August 2017 eine subacromiale Dekompression arthroskopisch mit Dèbridement durchgeführt. In der Krankengeschichte wurde festgehalten, dass die abschliessende Röntgenkontrolle ein regelrechtes Operationsergebnis gezeigt habe. Anlässlich der Kontrolluntersuchung vom 29. August 2017 habe die Beschwerdeführerin noch Beschwerden angegeben. Es hätten sich eine massive Schonhaltung sowie Verspannung im Bereich der gesamten Schultergürtel-/Rückenmuskulatur gezeigt; dies zusätzlich aufgrund

des chronischen Schmerzsyndroms wegen der degenerativen Wirbelsäule.

E. 5.1.12

Dr. E._____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 27. Oktober 2017 fest, dass gemäss Operationsbericht nachweislich keine Läsion der Rotatorenmanschette bestehe. Die pathologischen Befunde hätten in einem generalisierten Reizzustand der Synovitis und diversen Verwachsungen bestanden. Es bestünden somit keine strukturellen Veränderungen der Schulter. Bei guter Aktivierung und Gebrauch der Schulter sei wieder mit einer vollen Funktion zu rechnen. Nach einer nachvollziehbaren Arbeitsunfähigkeit für ca. 6 bis 8 Wochen ab der Operation seien schulterschonende Tätigkeiten wieder voll möglich. Auf Dauer vermieden werden müssten wiederholte Tätigkeiten auf Schulterhöhe. Tätigkeiten über Schulterhöhe seien nur ganz selten möglich (2-3 Mal pro Tag). Solche Tätigkeiten müssten aber als Küchenhilfe (Arbeiten meist auf Hüftniveau [Arbeiten am Rüsttisch] oder darunter) nicht ausgeführt werden, weshalb die Beurteilung unverändert bleibe. Die Arbeitsunfähigkeit sei nicht von ausreichend langer Dauer. In einer angepassten Tätigkeit bestehe schon gar keine Arbeitsunfähigkeit (Beilage zu BVGer-act. 26).

E. 5.2

Bei der Beurteilung der Frage, ob die Vorinstanz den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt hat, sind sämtliche Berichte, die vor der Verfügung vom 27. Dezember 2016 entstanden sind, ohne Weiteres zu berücksichtigen, selbst wenn diese teilweise erst nach Verfügungserlass eingereicht wurden (vgl. Beilagen zu BVGer-act. 2). Was die danach entstandenen Berichte (echte Nova) angeht, so sind auch diese vorliegend zu berücksichtigen, da sie sich auf die bereits im Zeitpunkt der Verfügung bestehenden gesundheitlichen Beschwerden der Beschwerdeführerin, insbesondere die Schmerzen im rechten Arm und in der LWS, beziehen und daher Rückschlüsse auf diesen Zeitpunkt erlauben. Mit anderen Worten stehen sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang und sind geeignet, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. E. 3.2 und 5.1 hiervor).

E. 5.3

Die Vorinstanz stützte sich bei der Abweisung des Rentengesuchs der Beschwerdeführerin auf die Berichte und Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr. E._____. Diese beurteilte den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin anhand der eingereichten medizinischen Akten, ohne eine eigene Untersuchungen vorgenommen zu haben. Wie erwähnt, ist eine eigene Untersuchung durch den RAD nicht zwingend erforderlich, eine Aktenbeurteilung mithin zulässig, vorausgesetzt, dass die Akten ein lückenloses und vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Im Weiteren dürfen auch keine nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Beurteilung vorliegen (vgl. E. 4.8). Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht erfüllt.

E. 5.3.1

Aufgrund der medizinischen Akten ist unbestritten, dass bei der Beschwerdeführerin insbesondere folgende Diagnosen vorliegen: Status nach Schädelhirntrauma mit kleinster Subarachnoidalblutung und kleinster Blutung Nucleus caudatus sowie mit oberer und unterer Schambeinastfraktur rechts, Spannungskopfschmerzen, ein lumbovertebrales und cervikobrachiales Schmerzsyndrom sowie ein subacromiales Impingement der Schulter rechts bei hypertropher ACG-Arthrose (Arthroskopie: 18.8.2017). Als Beschwerden

wurden im Wesentlichen Kopfschmerzen, Taubheitsgefühl im Kopfbereich, Schwindel, Schmerzen im Bereich der LWS in beide Beine ausstrahlend, eingeschränkte Gehfähigkeit, Schmerzen im Bereich der HWS, Schmerzen und Kraftminderung im rechten Arm ausstrahlend bis in die rechte Hand sowie hoher Blutdruck dokumentiert. Umstritten sind die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

E. 5.3.2

RAD-Ärztin Dr. E. _____ erachtete gemäss ihrem Bericht vom 13. Oktober 2016 eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der letzten Tätigkeit als Küchenhilfe "(vorwiegend gehend/stehend)" für den Zeitraum vom 30. September 2015 bis "maximal" 31. März 2016 als nachvollziehbar mit der Begründung, dass sich betreffend die (beim Unfall vom 30. September 2015 erlittene) obere und untere Schambeinastfraktur rechts eine verlangsamte knöcherne Heilung gezeigt habe, die dann im März 2016 doch noch stattgefunden habe (act. 36, S. 4). Dr. E. _____ stützte sich bei ihrer Einschätzung auf den Bericht des Landeskrankenhauses C. _____, Ambulanz-Unfallchirurgie, vom 14. Juni 2016, wonach anlässlich der Kontrolluntersuchung vom 5. Februar 2016 mittels CT eine verzögerte Heilung im Bereich der Schambeinastfrakturen festgestellt worden war (act. 17, S. 4). Auch wenn die Einschätzung einer Arbeitsunfähigkeit als Küchenhilfe ab 30. September 2015 bis 31. März 2016 grundsätzlich plausibel erscheint, sind gemäss den vorliegenden medizinischen Akten echtzeitlich lediglich Arbeitsunfähigkeiten für die Zeiträume vom 20. Oktober bis 1. Dezember 2015 sowie vom 5. bis 19. Februar 2016 attestiert worden (act. 17, S. 3 f.). Ob und in welchem Grad die Beschwerdeführerin zwischen diesen Zeiträumen und nach dem 19. Februar 2016 arbeitsunfähig war, lässt sich den Akten nicht entnehmen. Aus den Akten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin im Januar 2016 ihre Tätigkeit als Küchenhilfe bei ihrem damaligen Arbeitgeber wieder aufgenommen hatte, wobei unklar ist, ob sie - wie vom Arbeitgeber im Fragebogen der Vorinstanz vom 26. Juli 2016 angegeben (act. 29, S. 7, Ziff. 4) - tatsächlich die volle Arbeitsleistung hatte erbringen können. Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der Kontrolluntersuchung im Landeskrankenhaus C. _____ am 5. Februar 2016 war dies aufgrund fehlender Belastbarkeit nicht der Fall (act. 17, S. 4). Zusammengefasst ergeben sich aus den Akten keine lückenlosen Angaben zum Verlauf des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ab dem Unfallzeitpunkt bis zum 31. März 2016. Diese Lücke kann nicht allein durch eine doch eher vage Einschätzung der RAD-Ärztin geschlossen werden (vgl. nachfolgend E. 5.3.3)

E. 5.3.3

Gemäss ihrem Bericht vom 13. Oktober 2016 sowie sämtlichen folgenden Stellungnahmen ging RAD-Ärztin Dr. E. _____ davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin ab 1. April 2016 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Küchenhilfe bestehe (act. 36; act. 48; act. 52; Beilage zu BVGer-act. 17; Beilage zu BVGer-act. 26). Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten gesundheitlichen Beschwerden und die vorliegenden somatischen Befunde verschiedene medizinische Fachdisziplinen, insbesondere die Neurologie, die Orthopädie/Rheumatologie sowie die Innere Medizin beschlagen. In den vorliegenden Facharztberichten für die Zeit ab 1. April 2016 finden sich jedoch keine Beurteilungen betreffend die Auswirkungen der Befunde auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Einzig der Neurologe Dr. J. _____ hielt in seinem Bericht vom 22. April 2016 fest, dass bei den Diagnosen

Spannungskopfschmerz mit Migränekomponente und Zustand nach Schädelhirntrauma ohne neurologische Ausfälle aus neurologischer Sicht "kein Krankenstand indiziert sei"; dass schwere Arbeiten allerdings vermieden werden sollten (act. 12). Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung ist knapp und pauschal gehalten. Es fehlt an einer differenzierten und nachvollziehbaren Begründung unter Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden. Da seitens der behandelnden Fachärzte keine bzw. keine rechtsgenügenden Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen vorliegen, kommen Zweifel auf, ob RAD-Ärztin Dr. E. _____ als Ärztin der Allgemeinmedizin die notwendigen fachlichen Kompetenzen hat, um die bei der Beschwerdeführerin vorliegenden verschiedenen Beschwerden und Befunde, welche über das Gebiet der Allgemeinmedizin hinausgehen, unter Einbezug aller relevanten Kriterien und im Hinblick auf deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zutreffend zu beurteilen. Dies gilt umso mehr, als Dr. E. _____ in ihren Stellungnahmen die einzelnen Beschwerden und Befunde jeweils isoliert betrachtete. In Würdigung einzelner Beschwerden und Befunde kam sie wiederholt zum Schluss, dass diese (für sich allein) die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht längerfristig einzuschränken vermochten. Ausgehend davon, dass die Beschwerdeführerin offenbar an einem multimorbiden Krankheitsgeschehen leidet, fehlt es bei dieser Einzelbetrachtung an der erforderlichen umfassenden und interdisziplinären Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Das soeben Gesagte gilt auch im Hinblick auf das Gutachten der Allgemeinmedizinerin Dr. D. _____ vom 23. Juni 2016, weshalb auch dieses keine rechtsgenügende Grundlage für eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bietet.

E. 5.3.4

Im Weiteren sprach Dr. E. _____ einigen Beschwerden eine längerfristige arbeitsfähigkeitsreduzierende Wirkung mit dem pauschalen Hinweis auf deren grundsätzliche Therapierbarkeit ab. So hielt sie beispielsweise in der Stellungnahme vom 16. Dezember 2016 fest, dass betreffend die bei der Beschwerdeführerin bestehende Blutdruckproblematik nach korrekter Abklärung eine medikamentöse Einstellung gut möglich sein sollte und daher eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit damit nicht zu begründen sei (act. 48). Weiter gab sie in der Stellungnahme vom 6. April 2017 an, dass es sich bei den im Bericht des Landeskrankenhauses C. _____, Abteilung Ambulanz-Neurochirurgie, vom 16. Dezember 2016 erwähnten Befunden (u.a. druckdolente verspannte Muskulatur im Nackenbereich) um therapeutisch angehbare Beschwerden handle, die keine längerfristige Arbeitsfähigkeit begründeten (act. 52). Zudem führte sie aus, dass betreffend die von Dr. H. _____ bei der Beschwerdeführerin festgestellte endgradig eingeschränkte Beweglichkeit der rechten Schulter (painful arc 70-130°) eine Infiltration erfolgt sei, und dass die Dauer dieser Einschränkung zeitlich begrenzt sei (act. 52). Weitere Abklärungen, ob im konkreten Fall der Beschwerdeführerin jeweils tatsächlich Behandlungen und Therapien durchgeführt werden konnten bzw. ob diese wirksam waren, fanden nicht statt. Mit Blick auf die arterielle Hypertonie, welche erstmals im Bericht der Klinik G. _____ vom 11. November 2016 als Diagnose angegeben wurde und wogegen gemäss Bericht nach kardiologischer Abklärung eine medikamentöse Therapie eingeleitet worden war (act. 42, S. 6 f.), fällt jedenfalls auf, dass diese Diagnose im Bericht des Landeskrankenhauses C. _____ vom 7. September 2017 erneut erwähnt wurde (Beilage zu BVGer-act. 24), was darauf schliessen lässt, dass die Therapie - aus welchen Gründen auch immer - nicht wirksam gewesen war. Es kann somit im Sinne eines Zwischenfazits nicht ausgeschlossen werden, dass die von Dr. E. _____

als therapierbar eingestuften Beschwerden im Fall der Beschwerdeführerin - insbesondere unter Berücksichtigung ihrer Multimorbidität - doch eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermochten bzw. vermögen.

E. 5.3.5

In ihrer Stellungnahme vom 16. Dezember 2016 hielt Dr. E. _____ fest, dass bei der Beschwerdeführerin eine Schmerzverarbeitungsstörung und eine Schmerzausweitung bestünden. Die diesbezüglich therapeutischen Möglichkeiten seien noch alles andere als ausgeschöpft (act. 48). Die Stellung der psychiatrischen Diagnosen einer Schmerzverarbeitungsstörung und Schmerzausweitung durch Dr. E. _____ als Ärztin der Allgemeinmedizin ist mangels der notwendigen fachlichen Qualifikationen mit Vorbehalt zu würdigen. Gleiches gilt für ihre Beurteilung, wonach diese Beschwerdebilder aufgrund von noch nicht ausgeschöpften Therapiemöglichkeiten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hätten. Ob und inwieweit die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden und Schmerzen anhand von objektiven Befunden erklärbar sind, ist von den jeweiligen somatischen Fachärzten zu beurteilen. Bei der Beschwerdeführerin konnten doch einige Befunde, insbesondere in Bezug auf die rechte Schulter und die LWS, erhoben werden, mit denen sich die Beschwerden - zumindest teilweise - erklären liessen. In Bezug auf somatisch nicht erklärbare Schmerzen wäre es an einem Facharzt der Psychiatrie zu beurteilen, ob bei der Beschwerdeführerin eine Diagnose aus dem Formenkreis der somatoformen Schmerzstörungen zu stellen ist, und gegebenenfalls, inwiefern sich diese auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt.

E. 5.3.6

Als Zwischenergebnis kann festgehalten werden, dass auf die Einschätzung von Dr. E. _____, wonach bei der Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit als Küchenhilfe keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden habe bzw. bestehe, auch deshalb nicht abgestellt werden kann, weil sie in Bezug auf das Tätigkeitsprofil einer Küchenhilfe allein von Vermutungen ausging. So gab sie in ihren Stellungnahmen vom 21. Juni und 27. Oktober 2017 zwar an, dass sich die bei der Beschwerdeführerin vorliegende Diagnose eines subacromialen Impingement rechts bei hypertropher ACG-Arthrose (MRI 19. April 2017) auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, weil dadurch Tätigkeiten auf oder über Schulterhöhe nur selten zumutbar seien, jedoch erachtete sie die Arbeitsfähigkeit als Küchenhilfe nicht als eingeschränkt mit der Begründung, dass eine Küchenhilfe keine Tätigkeiten auf oder über Schulterhöhe ausführen müsse. Die Tätigkeit als Küchenhilfe bestehe ihres Erachtens aus Arbeiten auf Hüftniveau (z. B. Arbeiten am Rüsttisch) oder darunter (Beilagen zu BVGer-act. 17 und 26). Ob diese Ansicht zutreffend ist, erscheint sehr fraglich, denn es ist ohne Weiteres vorstellbar, dass die Tätigkeit als Küchenhilfe des Öfteren auch Arbeiten auf und über Schulterhöhe beinhaltet, wie z. B. Aufräum- und Reinigungsarbeiten oder das Erreichen und Verräumen von Küchenutensilien, die in Regalen über Schulterhöhe aufbewahrt werden. Um eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit als Küchenhilfe zu ermöglichen, wären seitens der Vorinstanz zunächst erwerbliche Abklärungen in Bezug auf das genaue Tätigkeitsprofil einer Küchenhilfe angezeigt gewesen. Diesbezügliche persönliche Vermutungen der RAD-Ärztin, welche die Beschwerdeführerin nicht befragt hatte, reichen als Basis für eine Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht aus. Dies erkannte Dr. E. _____ wohl auch selbst, hielt sie doch in ihrer Stellungnahme vom 27. Oktober 2017 nebenbei fest, dass

sie nicht wirklich beurteilen könne, inwieweit Tätigkeiten auf und über Schulterhöhe als Küchenhilfe ausgeführt werden müssten (Beilage zu BVGer-act. 26, S. 3).

E. 5.4

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass in Bezug auf die Aktenbeurteilungen von RAD-Ärztin Dr. E. _____ mehr als nur geringe Zweifel vorliegen, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann (vgl. E. 4.8 hiervor). Die vorliegende medizinische Aktenlage lässt es nicht zu, den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen; mithin lässt sich auch die Frage, ob die Beschwerdeführerin das für einen Rentenanspruch vorausgesetzte Wartejahr mit einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 40 % in der bisherigen Tätigkeit als Küchenhilfe erfüllt hat (vgl. E. 4.4 hiervor), nicht beantworten.

E. 6.1

Im Ergebnis erweist sich der Sachverhalt bis zum Verfügungserlass weder in medizinischer noch in erwerblicher (vgl. E. 5.3.6 hiervor) Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt.

E. 6.2

Bei dieser Sachlage kann nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden. Die Angelegenheit ist daher an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie die notwendigen weiteren Untersuchungen und Abklärungen in die Wege leiten kann. Um eine vollständige und umfassende (auch rückwirkende) Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu ermöglichen, erscheint die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung in den Disziplinen Neurologie, Orthopädie/Rheumatologie, Innere Medizin und Psychiatrie unumgänglich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemessenen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Mit der erstmaligen polydisziplinären Begutachtung kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1; Urteil des BVGer C2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Die Gutachter haben sich unter Berücksichtigung sämtlicher ärztlicher Berichte und Gutachten zur Arbeitsfähigkeit bzw. zu den vorhandenen Einschränkungen der Beschwerdeführerin ab dem Unfallzeitpunkt am 30. September 2015 zu äussern. Die gutachterliche Beurteilung allfälliger psychischer Leiden der Beschwerdeführerin und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat in Anwendung der Standardindikatoren gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu erfolgen (BGE 143 V 418; 143 V 409 und 141 V 281).

E. 6.3

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteile des BVGer C-5862/2014 vom 5. April 2016 E. 5.2 und C-329/2014 vom 8. Juli 2015 E. 5.3.1 je mit Hinweis auf C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Der Beschwerdeführerin ist das rechtliche Gehör zu gewähren, indem ihr Gelegenheit zu geben

ist, Zusatzfragen zu stellen (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258 ff.). Gründe, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen, sind vorliegend keine ersichtlich. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt.

E. 6.4.1

Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Frage nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Wie vorstehend dargelegt, konnte auf die Aktenbeurteilungen der RAD-Ärztin nicht abgestellt werden, was zwangsläufig zu weiteren Abklärungen hätte führen müssen. Die Vorinstanz hat mithin keine umfassende interdisziplinäre medizinische Beurteilung eingeholt, obwohl eine solche geboten gewesen wäre.

E. 6.4.2

Würde eine gravierend mangelhafte Sachverhaltsabklärung im Verwaltungsverfahren durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhaltes auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1582/2016 E. 5.4; C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Eine Rückweisung ist vorliegend umso mehr gerechtfertigt, da die Vorinstanz im Hinblick auf das Tätigkeitsprofil einer Küchenhilfe zusätzlich noch erwerbliche Abklärungen zu treffen hat. Das Ergebnis dieser erwerblichen Abklärungen beeinflusst die Art der Abklärungen betreffend die Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, so dass eine Aufteilung des Abklärungsverfahrens - indem die erwerblichen Abklärungen durch die Vorinstanz vorgenommen würden, währenddem in medizinischer Hinsicht ein Gerichtsgutachten veranlasst würde - vorliegend nicht sinnvoll wäre, zumal dadurch mit einer Verlängerung der Verfahrensdauer zu rechnen wäre. Ein Endentscheid könnte allein mit der Einholung eines Gerichtsgutachtens ohne die Ergebnisse der weiteren Abklärungen jedenfalls nicht herbeigeführt werden (vgl. Urteil des BVGer C-329/2014 vom 8. Juli 2015 E. 6).

E. 7.1

Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 27. Dezember 2016 aufzuheben ist und die Angelegenheit an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen ist.

E. 7.2

Im Rahmen der weiteren Abklärungen wird die Vorinstanz vorab gemäss Art. 36 und 57 Bst. c IVG zu prüfen haben, ob die Beschwerdeführerin die versicherungsmässigen Voraussetzungen der Mindestbeitragsdauer von drei Jahren erfüllt (vgl. dazu auch Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 36 N 2 f.). Denn der bei den Akten liegende Auszug aus dem individuellen Konto enthält ausser dem Vermerk "aucune inscription" keine Einträge betreffend zurückgelegte Beitragszeiten

in der Schweiz (vgl. act. 5). Zudem gab die Beschwerdeführerin an, bei mehreren Arbeitgebern in der Schweiz gearbeitet zu haben (vgl. act. 7, S. 1). Diesbezügliche Abklärungen seitens der Vorinstanz sind nicht aktenkundig.

E. 8

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

E. 8.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Die durch eine österreichische Rechtsanwältin vertretene Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen wird die Parteientschädigung (inkl. Auslagenersatz, exkl. MWSt; vgl. zum Ausschluss der MWSt betreffend Dienstleistungen für die Beschwerdeführerin mit Wohnsitz im Ausland Urteil des BVGer C-6983/2009 vom 12. April 2010 E. 3.2) auf Fr. 2'800.- festgelegt (Art. 10 VGKE). Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.

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