



Abteilung III
C-1759/2010

Urteil vom 11. Juni 2012

Besetzung

Richterin Franziska Schneider (Vorsitz),
Richter Daniel Stufetti, Richter Vito Valenti,
Gerichtsschreiber Roger Stalder.

Parteien

A. _____, Italien,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenrente (Verfügung vom 4. Februar 2010).

Sachverhalt:**A.**

Die 1949 geborene, in Italien wohnhafte Schweizerin A._____ (*im Folgenden*: Beschwerdeführerin oder Versicherte) meldete sich wegen Arthrose, Nacken- und Knieschmerzen am 15. September 2008 (Eingangsdatum: 15. Oktober 2008) erstmals bei der Invalidenversicherungs-Stelle für Versicherte im Ausland (*im Folgenden*: IVSTA oder Vorinstanz) zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung (IV) in Form einer Rente an (Akten [*im Folgenden*: act.] der IVSTA 1). Nach Vorliegen eines Teils der für die Beurteilung des Leistungsanspruchs massgeblichen Abklärungen in beruflich-erwerblicher und medizinischer Hinsicht (act. 3, 5 bis 13, 15 bis 19) empfahl Dr. med. C._____, Facharzt für Innere Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst Rhone (*im Folgenden*: RAD) am 18. Mai 2009 die Einholung eines medizinischen Formularberichts (E 213; act. 21). Nach Vorliegen des entsprechenden, von Dr. med. E._____ am 20. Juli 2009 verfassten Dokuments (act. 28 bzw. 33) war Dr. med. C._____ am 12. Oktober 2009 der Ansicht, dass die erhaltenen medizinischen Unterlagen genügend seien (act. 31). In der Folge erliess die IVSTA am 15. Oktober 2009 einen Vorbescheid, mit welchem sie der Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht stellte (act. 32). Nachdem die Versicherte hiergegen am 26. Oktober resp. 9. Dezember 2009 ihre Einwendungen vorgebracht (act. 34 und 36) und Dr. med. C._____ am 28. Januar 2010 erneut Stellung bezogen hatte (act. 38), erliess die IVSTA am 4. Februar 2010 eine dem Vorbescheid vom 15. Oktober 2009 im Ergebnis entsprechende Verfügung (act. 39).

B.

Am 17. März 2010 übermittelte die IVSTA dem Bundesverwaltungsgericht die Eingabe der Versicherten vom 8. März 2010 zur weiteren Veranlassung (act. im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden*: B-act.] 1 und 2).

Darin wurde zusammengefasst ausgeführt, die behandelnden Ärzte seien auf "60 % IV" gekommen. Auch sei telefonisch mitgeteilt worden, dass der Arzt in H._____ falsche Angaben gemacht habe. Die IVSTA habe entgegen ihren Angaben die vorhandenen Akten nicht nach H._____ geschickt. Es sei unmöglich, in einer Zeit von drei bis vier Minuten eine Beurteilung abzugeben. Die Versicherte leide schon nach einer kurzen Gehstrecke an Atemnot und könne mit ihrem Arm/ihrer Hand kaum etwas richtig halten. Auch leide sie an Schweissausbrüchen und könne kaum schlafen.

C.

Mit Zwischenverfügung vom 24. März 2010 wurde die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die Säumnisfolgen aufgefordert, sich innert sieben Tagen nach Erhalt dieser Verfügung dazu zu äussern, ob die Eingabe vom 8. März 2010 als Beschwerde entgegen genommen werden soll; bejahendenfalls seien klare Rechtsbegehren zu stellen, diese zu begründen und die Rechtsschrift zu unterzeichnen (B-act. 3).

D.

Im Rahmen der Beschwerdeverbesserung vom 29. März 2010 wurde im Wesentlichen ausgeführt, die Beschwerdeführerin könne die Briefe nicht selber verfassen, da sie ihre Hand kaum gebrauchen könne; die Unterlagen seien von ihr unterschrieben. Die Ärzte in der Schweiz seien zu ganz anderen Resultaten gelangt als diejenigen in H._____. Die vorhandenen Unterlagen seien dem untersuchenden Arzt trotz Zusicherung seitens der IVSTA nicht übermittelt worden. Nach acht Minuten habe dieser eine falsche Beurteilung abgegeben; auf den beigelegten Kopien sei markiert worden, was nicht stimme. Dieser Arzt schreibe zum Beispiel, dass es der Versicherten besser gehe als das letzte Mal, obwohl er diese bloss einmal gesehen habe (B-act. 4).

E.

In ihrer Vernehmlassung vom 13. August 2010 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde (B-act. 9).

Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, in Ermangelung neuer Sachverhaltselemente könne auf die der angefochtenen Verfügung zugrunde liegenden Stellungnahmen des RAD vom 28. Januar 2010 sowie 12. Oktober 2009 verwiesen werden. Darin gelange der beurteilende RAD-Arzt gestützt auf die vorliegenden medizinischen Berichte zweifelsfrei zur Schlussfolgerung, dass die physischen Leiden keine arbeitsmedizinischen Einschränkungen im Haushalt zu begründen vermöchten.

F.

Mit Zwischenverfügung vom 23. August 2010 wurde die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die Säumnisfolgen aufgefordert, einen Kostenvorschuss von Fr. 400.- in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (B-act. 10).

G.

Nachdem die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 29. August 2010 um

Übersetzung der zugestellten Arztberichte ins Italienische sowie – sinn-gemäss – um unentgeltliche Rechtspflege ersucht hatte (B-act. 11 und 12), wurde mit Zwischenverfügung vom 3. September 2010 der Antrag auf Übersetzung der Stellungnahmen des RAD abgewiesen, die Ziffern 3 und 4 des Dispositivs der Zwischenverfügung vom 23. August 2010 aufgehoben und die Beschwerdeführerin aufgefordert, das dieser Verfügung beigelegte Formular "Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege" ausgefüllt und mit den nötigen Beweismitteln versehen einzureichen (B-act. 13); die verlangten sowie weitere Unterlagen gingen zusammen mit dem Schreiben der Beschwerdeführerin vom 9. September 2010 am 13. September 2010 beim Bundesverwaltungsgericht ein (B-act. 14).

H.

Mit prozessleitender Verfügung vom 15. September 2010 schloss die Instruktionsrichterin den Schriftenwechsel.

I.

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften der Parteien ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1. Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

1.2. Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestim-

mungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

1.3. Die Beschwerde wurde frist- und – nachträglich nach Beschwerdeverbesserung (act. 4) – formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressatin der angefochtenen Verfügung vom 4. Februar 2010 (act. 39) ist die Beschwerdeführerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Zusammenfassend ergibt sich, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.4. Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 4. Februar 2010 (act. 39), mit welcher das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin abgewiesen worden ist. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Versicherten und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

1.5. 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).

2.

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

2.1. Die Beschwerdeführerin besitzt die Schweizer Staatsbürgerschaft, so dass vorliegend das schweizerische Recht anwendbar ist.

2.2. Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden

Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), sind die Leistungsansprüche für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (*pro rata temporis*; BGE 130 V 445).

Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substanziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts [*im Folgenden*: BGer] 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. In Fällen, in denen der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eintrat resp. die einjährige gesetzliche Wartezeit vor diesem Zeitpunkt zu laufen begann und im Jahre 2008 erfüllt wurde, gilt unter der Voraussetzung, dass die Anmeldung spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht wurde, das alte Recht (vgl. zum Ganzen Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]).

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 4. Februar 2010 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]).

Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

2.3. Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG, vgl. auch E. 2.4 hiernach) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und In-

validenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, d.h. während mindestens eines vollen Jahres gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 geltenden bzw. während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist.

Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet, so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente sowohl gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 geltenden als auch laut Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung erfüllt ist.

2.4. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

2.5. Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn

die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelrente. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung). Laut Art. 28 Abs. 1^{ter} IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1). Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: BGer) stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

2.6. Die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) ist 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 Arbeitsleistun-

gen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a).

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).

Auf Stellungnahmen der RAD resp. der medizinischen Dienste 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 EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. 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 (Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des BGer 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 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]).

Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur „bei Bedarf“ selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 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).

3.

Im Rahmen der angefochtenen Verfügung vom 4. Februar 2010 (act. 39) stützte sich die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht insbesondere auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. C._____, Facharzt für Innere Medizin FMH, vom 12. Oktober 2009 (act. 31) und 28. Januar 2010 (act. 38). Diese Beurteilungen sind nachfolgend – nebst weiteren – zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

3.1. Im Oktober 2009 diagnostizierte Dr. med. C._____ – nach Kenntnis des von Dr. med. E._____ ausgefertigten Formularberichts E 213 vom 20. Juli 2009 (act. 28) – zur Hauptsache Kreuzschmerzen (ICD-10: M54.5). Er attestierte der Versicherten keine Arbeitsunfähigkeit in ihrer angestammten Tätigkeit im Haushalt und hielt weiter dafür, dass die medizinischen Akten genügten.

In seinem Bericht 28. Januar 2010 führte Dr. med. C._____ aus, er habe die Einwendungen zur Kenntnis genommen. Es handle sich dabei um Erhebungen der Versicherten und in keinsten Weise um solche, die in den medizinischen Dokumenten, insbesondere im Formular E 213, auf welches er sich betreffend die Festlegung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt gestützt habe, beschrieben seien.

Dr. med. E._____ erwähnte in seinem Formularbericht E 213 vom 20. Juli 2009 im Zusammenhang mit einem Röntgenbild vom 12. Mai 2003 eine Arthrose (interphalangeal distal) sowie eine Rhizarthrose und

aufgrund der Elektroneurographie vom 11. Februar 2008 einen negativen Befund. Dr. med. E. _____ diagnostizierte Arthrose in den Händen und führte weiter aus, der Zustand habe sich gebessert. Die Versicherte könne immer noch schwere Tätigkeiten ausüben und sei sowohl in ihrer bisherigen Tätigkeit wie auch in angepassten Tätigkeiten vollzeitlich arbeitsfähig. Als frühere Tätigkeiten führte er an, die Versicherte habe als Angestellte in verschiedenen Unternehmen gearbeitet (Weinkeller, Spulenfabrik, Grosshandels-Bäckerei) und am 1. Januar 1987 die Arbeit eingestellt. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes eine teilweise Invalidität von 35 %. Eine Verbesserung des derzeitigen Gesundheitszustandes könne durch Physiotherapie erreicht werden. Durch medizinische Rehabilitation könne eine Besserung der Leistungsfähigkeit bewirkt werden; eine Nachuntersuchung sei erforderlich.

3.2.

3.2.1. Bei den Stellungnahmen von Dr. med. C. _____ handelt es sich um Berichte im Sinne von Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG. Sinn und Zweck des im Rahmen der 5. IV-Revision (Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006; AS 2007 5129 ff.) neu geschaffenen, seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden und vorliegend anwendbaren Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG sowie des neu gefassten Art. 49 IVV liegen darin, dass die IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen auf eigene Ärzte und Ärztinnen zurückgreifen können. Diese sollen aufgrund ihrer speziellen versicherungsmedizinischen Kenntnisse für die Bestimmung der für die Invalidenversicherung massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten verantwortlich sein. Damit soll eine konsequente Trennung der Zuständigkeiten zwischen behandelnden Ärzten (Heilbehandlung) und Sozialversicherung (Bestimmung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens) geschaffen werden. Die RAD bezeichnen die zumutbaren Tätigkeiten und die unzumutbaren Funktionen unter Angabe einer allfälligen medizinisch begründeten zeitlichen Schonung. Damit soll im Hinblick auf eine erfolgreiche Eingliederung eine objektivere Festlegung der massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten ermöglicht werden. Gestützt auf die Angaben des RAD hat die IV-Stelle zu beurteilen, was einer versicherten Person aus objektiver Sicht noch zumutbar ist und was nicht (vgl. Urteil 9C_323/2009 des BGer vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Berichten nach Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidungsrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des

BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5).

3.2.2. Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.6 hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD resp. des medizinischen Dienstes nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Obwohl Dr. med. C._____ als Facharzt für Innere Medizin – mit Blick auf die bei der Beschwerdeführerin diagnostizierten Arthrose – nicht über einen Facharzttitel auf dem Gebiet der Rheumatologie verfügt, kann seinen Stellungnahmen – auch ohne die Beschwerdeführerin untersucht zu haben – volle Beweiskraft zukommen, wenn die von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung herausgearbeiteten Kriterien erfüllt sind (vgl. hierzu E. 2.6 und bspw. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6572/2009 vom 12. Oktober 2011 E. 3.3.3.). Daran besteht im vorliegenden Fall kein Zweifel, und die Berichte vom 12. Oktober 2009 (act. 31) und 28. Januar 2010 (act. 38) sind als überzeugend und schlüssig zu qualifizieren. Mit anderen Worten hat die von Dr. med. C._____ abgegebene Beurteilung hinsichtlich der Auswirkungen der bei der Beschwerdeführerin vorhandenen Leiden auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit als rechtsgenügende Entscheidungsbasis zu dienen.

3.2.3. Die Beurteilungen der Dres. med. C._____ und E._____ stimmen hinsichtlich der Diagnosestellung weitestgehend überein. Sowohl Dr. med. C._____ als auch Dr. med. E._____ diagnostizierten bei der Beschwerdeführerin eine Arthrose resp. Rhizarthrose (ICD-10: M 18.1; act. 21, 28, 31 und 38). Unter diesen Umständen resp. mit Blick auf die im Zusammenhang mit der Arthrose in den Fingern gemachten weiteren Äusserungen von Dr. med. C._____ in seinen Berichten vom 12. Oktober 2009 (act. 31) und 28. Januar 2010 (act. 38) fällt nicht weiter ins Gewicht, dass er im Rahmen der Hauptdiagnose die ICD-10-Klassifikation M54.5 – Kreuzschmerz – verwendet hatte, zumal eine Diagnose für sich allein genommen keinen Schluss auf eine gesundheitlich bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zulässt (vgl. BGE 132 V 65 E. 3.4 mit Hinweisen).

3.2.4. Aus dem Umstand, dass Dr. med. E._____, Gerichtsmediziner und Facharzt für Innere Medizin (vgl. hierzu www.J._____.it/Specialisti/E._____.htm; zuletzt besucht am 2. Mai 2012) die Frage auf dem

Formular E 213, ob sich der Zustand im Vergleich zur Voruntersuchung gebessert habe, bejaht hatte (vgl. Ziff. 8), ergibt sich entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ebenfalls kein Widerspruch. Er hat sich offensichtlich nicht auf eine frühere, durch ihn vorgenommene Untersuchung bezogen, sondern auf die beigezogenen Vorakten. Zwar ist die Aussage der Beschwerdeführerin, sie sei nur einmal bei Dr. med. E._____ gewesen, glaubwürdig und unbestritten, sie vermag nach dem Dargelegten aber den Bericht von Dr. med. E._____ nicht in Zweifel zu ziehen.

3.2.5. Mit Blick auf die Beurteilungen der Dres. med. C._____ und E._____ ist schliesslich auch nicht erstellt, dass sich der von Dr. med. L._____ in dessen Bericht vom 5. September 2008 (act. 19) geäusserte Verdacht auf eine etwaige somatoforme Schmerzstörung erhärtet resp. eine entsprechende Behandlung bei einem entsprechenden Facharzt oder Fachärztin in die Wege geleitet worden wäre.

3.2.6. Betreffend die von der Beschwerdeführerin monierte Dauer der Untersuchung ist darauf hinzuweisen, dass es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommen kann. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (ULRICH MEYER-BLASER, Rechtliche Vorgaben an die medizinische Begutachtung, in: Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, 1997, S. 23 f.; Urteil I 1094/06 des BGer vom 14. November 2007; Urteil I 719/05 des BGer vom 17. November 2006). Obwohl die Ausführungen des Dr. med. E._____ eher knapp ausgefallen sind, vermögen sie dennoch keine Hinweise dafür zu liefern, dass dieser Arzt im Zeitpunkt der Untersuchung – wie von der Beschwerdeführerin moniert – nicht im Besitz der (gesamten) Vorakten gewesen wäre und die Untersuchung bloss höchstens acht Minuten gedauert resp. sich diese kurze Untersuchungsdauer negativ in der Qualität und der Aussagekraft des Berichts niedergeschlagen hätte.

Dr. med. C._____ attestierte der Beschwerdeführerin im Bericht vom 12. Oktober 2009 (act. 31) in ihrer zuletzt seit Jahrzehnten ausgeübten Tätigkeit im Haushalt (vgl. act. 5) keine Arbeits- und Leistungsunfähigkeit. Diese Beurteilung ist mit Blick auf die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin in gesamtmedizinischer Hinsicht nachvollziehbar, und es ist – aufgrund der objektiven Festlegung der IV-rechtlich massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit (vgl. E. 2.6 und insb.

E. 3.2.1. hiervor; vgl. auch Urteil des BGer 9C_1053/2010 vom 28. Januar 2011) – von einem genügend detaillierten und somit rechtsgenügenden Zumutbarkeitsprofil auszugehen, auch wenn Dr. med. C._____ keine explizite, anteilmässige Gewichtung der einzelnen Haushaltstätigkeiten vorgenommen hatte. So hat er sich einerseits bei seiner Beurteilung auf die im Formularbericht E 213 am 20. Juli 2009 gemachten Ausführungen von Dr. med. E._____ gestützt, wobei der Umstand, dass dieser Facharzt gemäss den Rechtsvorschriften des Wohnlandes Italien der Beschwerdeführerin eine Teilinvalidität von 35 % attestiert hatte, für die Beurteilung nach schweizerischem Recht nicht massgebend ist. Andererseits sind weiterführende ärztliche Angaben hinsichtlich der Möglichkeit der Verrichtung der verschiedenen Haushaltstätigkeit mit Blick auf die vorliegenden Leistungskalküle der Dres. med. C._____ und E._____ obsolet, da diesbezügliche weitere Beweismassnahmen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinem weiterführenden Ergebnis führen würden. Auf die Abnahme weiterer Beweise kann deshalb verzichtet werden (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d; SVR 2005 IV Nr. 8 S. 37 E. 6.2, 2003 AHV Nr. 4 S. 11 E. 4.2.1), und es ist aufgrund der bei der Beschwerdeführerin diagnostizierten Leiden und der aktenkundigen Leistungskalküle nicht überwiegend wahrscheinlich, dass genauere Angaben hinsichtlich der Möglichkeit der Verrichtung der verschiedenen Haushaltstätigkeiten einen rentenrelevanten Einfluss auf die mittels Betätigungsvergleich zu bemessende Invalidität hätten. Dies gilt umso mehr, als die Beschwerdeführerin bloss einen Zweipersonenhaushalt in einer gemieteten Dreizimmerwohnung zu bewältigen, die anfallenden Arbeiten entsprechend einzuteilen und darüber hinaus auch die Mithilfe ihres Ehemannes in Anspruch zu nehmen hat (vgl. art. 6 und 14). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass dabei die Mithilfe von Familienangehörigen weiter geht als der übliche Umfang, den man erwarten darf, wenn die versicherte Person nicht an einem Gesundheitsschaden leiden würde (vgl. Urteil des EVG I 257/04 vom 17. März 2005 E. 5.4.3 ff. und BGE 130 V 97, E. 3.3.3). Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die weiteren, von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden (Atemnot schon nach kurzer Gehstrecke, Schweissausbrüche, Schlafschwierigkeiten) keinen rentenrelevanten Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit haben.

4.

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzustellen, dass die – als Nichterwerbstätige einzustufende – Beschwerdeführerin aufgrund der schlüssigen und überzeugenden Beurteilung von

Dr. med. C._____ in ihrer seit Jahrzehnten ausgeübten Tätigkeit im Haushaltsbereich nicht in rentenrelevantem Ausmass eingeschränkt war bzw. ist. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten ist demnach rechtsgenügend erstellt, dass die einjährige gesetzliche Wartezeit nicht eröffnet werden konnte resp. die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer gesundheitlichen Beschwerden nicht während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig und nach Ablauf dieses Jahres mindestens zu 40 % invalid gewesen war resp. ist, so dass – selbst unter der Annahme einer 35%igen Teilinvalidität gemäss den italienischen Rechtsvorschriften – gemäss den schweizerischen Rechtsvorschriften kein Anspruch auf eine IV-Rente besteht (vgl. zum Ganzen insb. E. 2.5 hiavor).

Die angefochtene Verfügung vom 4. Februar 2010 erweist sich nach dem Dargelegten als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 8. bzw. 29. März 2010 abzuweisen ist.

5.

Zu befinden bleibt noch über das Gesuch um Erteilung der unentgeltlichen Prozessführung, die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient-schädigung.

5.1. Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Während des vorliegenden Verfahrens hat sie am 29. August 2010 indes sinngemäss ein Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung gestellt (B-act. 12), über das noch zu entscheiden ist.

Gemäss Art. 65 Abs. 1 VwVG kann eine Partei, die nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und deren Begehren nicht als aussichtslos erscheint, auf Antrag von der Bezahlung der Verfahrenskosten befreit werden. Eine Person ist bedürftig, wenn sie nicht in der Lage ist, für die Prozesskosten aufzukommen, ohne dass sie Mittel beanspruchen müsste, die zur Deckung des Grundbedarfs für sie und ihre Familie notwendig sind (BGE 127 I 202 E. 3b). Aufgrund der eingereichten Unterlagen und der glaubwürdigen Ausführungen des Ehemannes der Beschwerdeführerin (B-act. 11, 12 und 14) ist deren Bedürftigkeit ausgewiesen. Sie ist ohne Beeinträchtigung der für ihren Unterhalt erforderlichen finanziellen Mittel somit nicht in der Lage, die Prozesskosten zu bestreiten.

Prozessbegehren sind gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts als aussichtslos anzusehen, wenn die Gewinnaussichten (ex ante betrachtet; BGE 124 I 304 E. 2c, 122 I 5 E. 4a) beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die nötigen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zur Einlegung des Rechtsmittel entschliessen oder aber davon absehen würde, soll doch eine Partei einen Prozess, den sie auf eigene Rechnung und Gefahr nicht führen würde, nicht deshalb anstrengen können, weil er sie nichts kostet (BGE 129 I 129 E. 2.3.1 mit Hinweis). Das Begehren der Beschwerdeführerin kann vor diesem Hintergrund nicht als aussichtslos bezeichnet werden, weshalb das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung gutzuheissen ist und keine Verfahrenskosten zu erheben sind.

5.2. Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE), weshalb keine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist entsprechend dem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

In Gutheissung des Gesuchs um unentgeltliche Prozessführung werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Einschreiben mit Rückschein)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Franziska Schneider

Roger Stalder

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [BGG, SR 173.110]). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: