

# **BVGer C-1534/2014 vom 10. Juli 2015**

Bundesverwaltungsgericht, 2015-07-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1534\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1534_2014)

FR: TAF C-1534/2014 du 10 juillet 2015

IT: TAF C-1534/2014 del 10 luglio 2015

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist (BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

#### **E. 1.1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zuständig für die Beurteilung von Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Verwaltungsverfahrensgesetzes vom 20. Dezember 1968 (VwVG, SR 172.021), sofern kein Ausnahmetatbestand erfüllt ist (vgl. Art. 31 und 32 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG, SR 173.32]). Zulässig sind Beschwerden gegen Verfügungen von Vorinstanzen gemäss Art. 33 VGG. Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland ist eine Vorinstanz im Sinne von 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]). Deren Verfügung vom 24. Februar 2014 stellt eine Verfügung nach Art. 5 VwVG dar. Eine Ausnahme nach Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Beurteilung der Beschwerde zuständig.

#### **E. 1.2**

Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen, ist als Adressatin durch die angefochtene Verfügung in besonderer Weise berührt und hat an deren Aufhebung oder Änderung ein schutzwürdiges Interesse (Art. 48 Abs. 1 VwVG; vgl. auch Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie ist zur Beschwerde legitimiert.

#### **E. 1.3**

Die angefochtene Verfügung datiert vom 24. Februar 2014 (BVGer act. 1, Beilage). Die Beschwerdeschrift wurde am 21. März 2014 aufgegeben und ging am 24. März 2014 beim Bundesverwaltungsgericht ein (BVGer act. 1). Die Beschwerde wurde fristgerecht innerhalb von dreissig Tagen nach Eröffnung der angefochtenen Verfügung eingereicht (Art. 60 ATSG).

#### **E. 1.4**

Die Beschwerde enthält einen Antrag und eine Begründung und wurde vom der Beschwerdeführerin unterschrieben. Eine Kopie der angefochtenen Verfügung wurde beigelegt (BVGer act. 1, Beilage). Die Beschwerde wurde formgerecht eingereicht (Art. 52 Abs. 1 VwVG). Nachdem die Beschwerdeführerin mit Verfügung des

Bundesverwaltungsgerichts vom 17. September 2014 von der Bezahlung von Verfahrenskosten befreit wurde (BVGer act. 9), ist auf die Beschwerde einzutreten.

## **E. 2**

Zum Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht ist Folgendes vorzuschicken:

### **E. 2.1**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in den sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen 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 Invalidenversicherung (Art. 1a bis 70 IVG) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

### **E. 2.2**

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; Kognition, vgl. Benjamin Schindler, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zürich 2008, Rz. 1 ff. zu Art. 49). Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212; vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, BGE 127 II 264 E. 1b).

### **E. 2.3**

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 (vgl. zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a). Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E.

2.4, AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.).

#### **E. 2.4**

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b, BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1).

#### **E. 2.5**

Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen); zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. Gygi, a.a.O., S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des EVG I 520/99 vom 20. Juli 2000).

### **E. 3**

Im Folgenden sind die im vorliegenden Verfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze zur Prüfung des abschlägigen Leistungsbescheids darzustellen.

#### **E. 3.1**

Die Beschwerdeführerin besitzt die schweizerische und die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen

Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Nach Art. 3 Abs. 1 der bis zum 31. März 2012 in Kraft gewesenen Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) hatten die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnten, für die diese Verordnung galt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei war im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA).

### **E. 3.2**

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (24. Februar 2014) finden vorliegend auch die am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11) Anwendung. Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Im Rahmen ihres Geltungsbereichs tritt diese Verordnung an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten geltenden Abkommen über soziale Sicherheit. Einzelne Bestimmungen von Abkommen über soziale Sicherheit, die von den Mitgliedstaaten vor dem Beginn der Anwendung dieser Verordnung geschlossen wurden, gelten jedoch fort, sofern sie für die Berechtigten günstiger sind oder sich aus besonderen historischen Umständen ergeben und ihre Geltung zeitlich begrenzt ist. Um weiterhin Anwendung zu finden, müssen diese Bestimmungen in Anhang II aufgeführt sein. Ist es aus objektiven Gründen nicht möglich, einige dieser Bestimmungen auf alle Personen auszudehnen, für die diese Verordnung gilt, so ist dies anzugeben (Art. 8 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004). Die Bestimmung des anwendbaren Rechts ergibt sich aus Art. 11 ff. der Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe richten sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

### **E. 3.3**

Die Sache beurteilt sich nach denjenigen materiellen Rechtssätzen, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. BGE 130 V 329). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Damit finden grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die beim Erlass der angefochtenen Verfügungen vom 24. Februar 2014 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind.

### **E. 3.4**

Neben dem IVG (ab 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; ab 1. Januar 2012 in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659; 6. IV-Revision]) und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201, in den entsprechenden Fassungen) sind insbesondere das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) und des Einkommensvergleichs (Art. 16) entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1 ff.). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der 5. und 6. IV-Revision nichts geändert, weshalb im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

### **E. 3.5**

Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, verstanden (vgl. Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine 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. 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 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. 3.6**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG 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). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, 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 Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

### **E. 3.7**

Vor der Berechnung des Invaliditätsgrades muss beurteilt werden, ob die versicherte Person als (teil-)erwerbstätig oder nicht erwerbstätig einzustufen ist, was entsprechenden Einfluss

auf die anzuwendende Methode der Invaliditätsgradbemessung hat. Zu prüfen ist, was die versicherte Person bei im Übrigen unveränderten Umständen tun würde, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestehen würde. So sind insbesondere bei im Haushalt tätigen versicherten Personen 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 praxismässig 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, BGE 133 V 477 E. 6.3, BGE 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

### **E. 3.8**

Bei einer erwerbstätigen versicherten Person wird das Erwerbseinkommen, das diese nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, Art. 16 ATSG). Zumutbare Verweisungstätigkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen, wobei es unerheblich ist, ob er seine Restarbeitsfähigkeit tatsächlich verwertet oder nicht. Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, insbesondere bei Hausfrauen, wird für die Bemessung der Invalidität darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (spezifische Methode des Betätigungsvergleichs, Art. 28a Abs. 2 IVG). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen, nicht erwerbstätigen Personen gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode, Art. 28a Abs. 3 IVG).

### **E. 4**

Zu den im Rahmen der Untersuchungspflicht erforderlichen Abklärungen bezüglich der Anspruchsberechtigung auf eine Invalidenrente ist Folgendes anzufügen:

#### **E. 4.1**

Um den Invaliditätsgrad bemessen 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. Es sind somit

nicht nur die Erwerbsmöglichkeiten im angestammten Beruf, sondern auch in zumutbaren Verweisungstätigkeiten zu prüfen (leidensangepasste Verweisungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.). Bei der Bemessung der Invalidität ist auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen der funktionellen Behinderung abzustellen, welche nicht zwingend mit dem vom Arzt festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung übereinstimmen müssen (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2, BGE 110 V 275 E. 4a).

#### **E. 4.2**

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie 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).

#### **E. 4.3**

Gemäss Art. 59 Abs. 2bis IVG steht der ärztliche Dienst der IV-Stelle zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Versicherungsinterne Ärzte müssen 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. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der medizinische Dienst für die Beurteilung der Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt der versicherungsinterne Arzt seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit kein Grund, um einen Bericht des medizinischen Dienstes 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). Ein Aktenbericht ist zulässig, wenn die Akten

ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des BGer 8C\_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 5.2). Die IV-Stelle kann auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes nur abstellen, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. Urteil des BGer 9C\_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.3 mit Hinweis auf das Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt indes 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).

#### **E. 4.4**

Um feststellen zu können, in welchem Mass eine versicherte Person im Haushalt zufolge ihrer gesundheitlichen Beschwerden eingeschränkt ist, bedarf es im Prinzip einer Abklärung vor Ort (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV; BGE 130 V 97 E. 3.3.1; Urteile des BGer 9C\_121/2011 E. 3.1.1 m.w.H. und 8C\_671/2007 vom 13. Juni 2008 E. 3.2.1). Nach der Rechtsprechung stellen die entsprechenden Abklärungsberichte grundsätzlich eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung im Haushalt dar (vgl. Urteil des BGer I 27/07 vom 24. Januar 2008 E. 6.1; Urteil des EVG I 103/06 vom 6. November 2006, E. 4.1). Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts ist wesentlich, dass er von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Die Angaben der versicherten Person sind zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Abklärungsbericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein sowie in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen (vgl. Urteil des BGer 8C\_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1 sowie BGE 130 V 97 mit Hinweis).

#### **E. 4.5**

Der Abklärungsbericht ist seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses von physisch bedingten Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet. Grundsätzlich jedoch stellt der Abklärungsbericht auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, d.h. wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht (AHI 2004 S. 137 E. 5.3). Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Urteile des BGer 8C\_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1, 9C\_986/2009 vom 11. November 2010 E. 7.2 und 9C\_631/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 5.1.2 mit Hinweisen).

#### **E. 4.6**

Auch wenn bei den im Ausland wohnenden Versicherten mangels geeigneter Abklärungspersonen keine Haushaltabklärung an Ort und Stelle durchgeführt werden kann, muss die Beurteilung einer Beeinträchtigung im Haushalt nach analogen Grundsätzen erfolgen (vgl. Urteile des BVerG C-4781/2008 vom 28. Juni 2010 E. 4.2 und C-5131/2007 vom 16. März 2009 E. 4.2.5). Zwar ist es denkbar, dass bei Wohnsitz der versicherten Person im Ausland auf eine eigentliche Haushaltsabklärung ausnahmsweise verzichtet werden kann. Der Abklärungsbericht muss dann aber eine fachmedizinische Evaluation der Fähigkeiten der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, enthalten. Eine solche Evaluation wird mit Hilfe eines Arztes durchgeführt, wobei eine detaillierte und eingehende Betrachtung der Einschränkungen der versicherten Person nach deren Anhörung durch den Arzt notwendig ist (vgl. Urteil des BVerG I 733/ 06 vom 16. Juli 2007 E. 4.2.2). Ob eine solche Abklärung im einzelnen Fall genügt, ist anhand der konkreten Umstände und Verhältnisse zu entscheiden.

#### **E. 5**

Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Zur medizinischen Situation lässt sich Folgendes konstatieren:

##### **E. 5.1**

In den Akten liegt ein ausführlicher ärztlicher Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Vertrauensärztin an der Untersuchungsstelle der Deutschen Rentenversicherung Y.\_\_\_\_\_, (act. 90). Das Gutachten vom 11. September 2013 beruht auf einer Untersuchung vom 10. September 2013 (Seite 2). Die Vertrauensärztin schilderte unter Bezugnahme auf die Vorakten die medizinische Anamnese (Seite 2), die derzeit vorrangigen Beschwerden (Seite 3), die derzeitige Behandlung (Seite 4), die Arbeits- und Sozialanamnese (Seite 4) und den Befund (Seite 5 f.). Es wurden folgende Diagnosen (Seite 7) gestellt: 1. herabgesetzte Belastbarkeit des linken Beines bei Verdacht auf rezidivierende periphere arterielle Verschlusskrankheit Stadium II b links, 2. Anpassungsstörung nach Tod des Ehemannes sowie Wegnahme des Pflegekindes, 3. Blasen- und Darmentleerungsstörungen nach Radiatio sowie Chemotherapie bei operativ versorgtem Zervixkarzinom ohne Rezidiv, 4. Zustand nach Adenokarzinom der Lunge (operativ versorgt), 5. Bizepssehnenruptur rechts. In der zusammenfassenden Beurteilung (Seite 9 f.) führte die Vertrauensärztin zum Krankheitsverlauf im Wesentlichen aus, die Beschwerdeführerin sei derzeit als krank anzusehen. Es bestehe Verdacht auf eine erneute periphere arterielle Verschlusskrankheit. Die Verschlusskrankheit werde von der Gefäßchirurgie abgeklärt und müsse gegebenenfalls behandelt werden. Die Beschwerdeführerin leide an einer schweren Depression. Es bestehe dringender, intensivierter Gesprächsbedarf. Gegebenenfalls sei durch den Hausarzt eine psychiatrische Mitbehandlung zu veranlassen. Erfreulicherweise würden sich keine Rezidive nach dem Zervix- und Lungenkarzinom finden. Jedoch würden durch die Radiatio und die Chemotherapie Folgeschäden in Form von Obstipation und Blasenentleerungsstörungen vorliegen. Aufgrund dieser multiplen Beschwerden, die bei adäquater Behandlung etwas zu verbessern seien, müsse das berufliche Leistungsvermögen zum Zeitpunkt der Untersuchung als aufgehoben betrachtet werden. Auf die ergänzenden Fragen (Seite 10 f.) antwortete die Vertrauensärztin, die Beschwerdeführerin könne die letzte Tätigkeit als Verkäuferin nicht vollzeitig bzw. nur während weniger als drei Stunden pro Tag ausüben. Es könne keine angepasste Tätigkeit verrichtet werden. Die festgestellte Einsatzbeschränkung bestehe mindestens von September 2012 bis Dezember 2014. Durch

eine operative Versorgung der peripheren Verschlusskrankheit, eine allfällige Blasenoperation und die psychiatrische und neurologische Mitbehandlung der Depression könne eine Verbesserung des Gesundheitszustands erzielt werden. Derzeit stehe eine ambulante bzw. eine stationäre Behandlung im Vordergrund. Im Dezember 2014 sei eine Nachuntersuchung erforderlich.

### **E. 5.2**

Der ausführliche ärztliche Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ (act. 90) und die weiteren medizinischen Unterlagen (act. 91 ff.) sind vom RAD ausgewertet worden. Im ersten Schlussbericht vom 10. Dezember 2013 (act. 117) attestierte der RAD der Beschwerdeführerin ab September 2012 eine ganze Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Für Tätigkeiten im Haushalt und für angepasste Tätigkeiten wurde eine Arbeitsunfähigkeit ab September 2012 dagegen verneint. Als funktionelle Einschränkungen, die zu berücksichtigen seien, wurden Arbeitszeit, ganztags, Arbeitsposition (sitzend-wechselnd), Heben von Gewichten: Maximum 10 kg, schwere Arbeiten, Gehstrecke 500 m, Stressresistenz und jederzeit Zugang zur Toilette angekreuzt. Der RAD merkte an, die im ausführlichen ärztlichen Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ erwähnte höchstzulässige Arbeitszeit von weniger als drei Stunden pro Tag (act. 90, Seite 10) sei medizinisch nicht nachvollziehbar. Die PAVK schränke zwar die Gehstrecke ein. Eine Verweistätigkeit mit den obigen Limitationen sei jedoch zumutbar. Die Anpassungsstörung sei nicht invalidisierend (act. 117, Seite 1 ff.). In einer Beilage nannte der RAD folgende zumutbaren Verweistätigkeiten: Parkwächter, Museumswächter, Verkauf auf dem Korrespondenzweg, Reparatur von Kleingeräten und Haushaltsartikeln, Kassierer, Billetverkäufer, einfache Tätigkeiten im Bürobereich (Registrieren, Klassieren, Archivieren, Empfang, Rezeption, Datenerfassung). Für die Haushaltsarbeiten ermittelte der RAD einen Invaliditätsgrad von 0 % (act. 117, Seite 4 ff.).

### **E. 5.3**

Mit Schreiben vom 29. Januar 2014 (act. 120) reichte die Beschwerdeführerin im Einwandverfahren einen Bericht ihres Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 27. Januar 2014 ein (act. 121). Der Hausarzt bescheinigte, dass mehrere schwere Erkrankungen bestehen würden. Die Beschwerdeführerin habe zwei Tumorerkrankungen erlitten. Zudem würden eine arterielle Verschlusskrankheit und ein chronisches Schmerzsyndrom vorliegen. Als Folge dieser Erkrankungen bestehe ein reduzierter Allgemeinzustand. Die Beschwerdeführerin sei geschwächt und nur wenig belastbar. Sie könne ihr tägliches Leben nur mit grosser Disziplin weitgehend selbständig bewältigen, wobei sie aber zum Beispiel im Haushalt Hilfe benötige. Sie sei aufgrund der chronischen Schmerzen auf eine regelmässige, hochdosierte Schmerzmitteleinnahme angewiesen. Die Zuerkennung einer Rente sei aus hausärztlicher Sicht gerechtfertigt und zu befürworten.

### **E. 5.4**

In Kenntnis des Bericht des Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 27. Januar 2014 (act. 121) hielt der RAD in der Stellungnahme vom 18. Februar 2014 an seiner bisherigen Einschätzung fest (act. 123). Im zweiten Schlussbericht vom 10. Juni 2014 (act. 126), der nach Erlass der angefochtenen Verfügung veranlasst wurde (act. 125), ergänzte der RAD sinngemäss, die Beschwerdeführerin sei 2007 und 2008 aufgrund der erfolgreichen Therapien gegen das Zervix- und Lungenkarzinom jeweils für sechs Monate arbeitsunfähig gewesen sei. Nach der Rekonvaleszenz habe das Krebsleiden die Arbeitsfähigkeit nicht

mehr beeinträchtigt. Die mittels Stenting behandelte Stenose (2012) verunmögliche zwar die Ausübung der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin. Für leichtere, dem Leiden angepasste Tätigkeiten und die Haushaltsführung bestehe aber keine Einschränkung (Seite 1 ff.). Die Invalidität im Haushalt betrage 0 % (Seite 6). Gestützt auf die Angaben des RAD ermittelte die Vorinstanz für die Zeit nach dem Tod des Ehemanns 2012 einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 24 % (BVGer act. 6; Einkommensvergleich in act. 127).

### **E. 5.5**

Im Unterschied zur Vertrauensärztin Dr. med. C.\_\_\_\_\_ und zu Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ führte der RAD für die Beurteilung der Voraussetzungen des Leistungsanspruchs keine eigene ärztliche Untersuchung durch. Der RAD wertete lediglich die vorhandenen ärztlichen Unterlagen aus. Die Schlussberichte vom 10. Dezember 2013 (act. 117) und vom 10. Juni 2014 (act. 126) und Stellungnahme vom 18. Februar 2014 (act. 123) sind somit reine Aktenberichte. Ein Aktenbericht ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des BGer 8C\_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 5.2). Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens oder - wie im vorliegenden Fall - im Widerspruch mit einer vorhandenen Expertise entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen, vgl. auch Urteil des BGer 8C\_197/2010 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

### **E. 5.6**

An der Einschätzung des RAD (act. 117, 126 und 123) sind aus Sicht des Gerichts Zweifel anzumelden. Die Einschätzung des RAD steht im Widerspruch mit der Einschätzung von Vertrauensärztin Dr. med. C.\_\_\_\_\_ und von Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_. Trotzdem begründete der RAD seine abweichende Auffassung nur spärlich und jedenfalls nicht ausreichend. Der RAD führte im Wesentlichen bloss aus, die Einschätzung des Leistungsvermögens durch Dr. med. C.\_\_\_\_\_ sei nicht nachvollziehbar. Die PAVK würde zwar die Gehstrecke auf etwa 500 m einschränken, sei aber mit einer leidensangepassten Verweisungstätigkeit vereinbar. Zur psychischen Situation wurde lediglich festgestellt, die Anpassungsstörung nach dem Tod des Ehemanns und der Wegnahme des Pflegekinds wirke sich nicht invalidisierend aus, obwohl Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in diesem Zusammenhang auch eine schwere Depression erwähnte, der mit einer psychiatrischen Gesprächstherapie begegnet werden sollte. Mit Blick auf die Kumulation einer schweren Erkrankung, dem Ableben des Ehemanns und der Wegnahme des Pflegekinds bestehen mehrere Ursachen, die bereits für sich alleine genommen zu einer (vorübergehenden) psychiatrischen Symptomatik führen können. Im Rahmen der Psychiatrie ist die rein aktengestützte und möglicherweise verharmlosende Beurteilung ohne vorgängiges Explorationsgespräch besonders fragwürdig, zumal gerade auf diesem

Fachgebiet der persönliche Eindruck von ausschlaggebender Bedeutung ist (vgl. Urteil des BGer 8C\_721/2014 vom 27. April 2015 E. 7.3). Abgesehen davon verfügt, soweit ersichtlich, weder der betreffende RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ noch Dr. med. C.\_\_\_\_\_ über einen Facharzttitel der Psychiatrie, sodass es bislang auf diesem Fachgebiet an einer verlässlichen, spezialärztlichen Einschätzung fehlt. Ein zusätzlicher Pausenbedarf als Folge der Blasen- und Darmentleerungsstörung, die notabene auch in einer angepassten Tätigkeit eine erhebliche Einschränkung darstellen kann, thematisierte der RAD nicht weiter, als ob die Beschwerdeführerin durch dieses Leiden nicht von der Arbeit abgehalten würde, wenn sie nur jederzeit Zugang zu einer Toilette hat. Die aktenkundigen chronischen Schmerzen und die entsprechende Medikation berücksichtigte der RAD ebenfalls nicht. Eine invalidisierende Einschränkung im Aufgabenbereich wurde - obschon von der Beschwerdeführerin geltend gemacht (act. 112) und auch hausärztlich bescheinigt (act. 121) - ohne Haushaltsabklärung gänzlich verneint, was auch darum nicht zu überzeugen vermag, weil mit der Wegnahme des Pflegekinds ein starkes Indiz für eine Beeinträchtigung auch im Aufgabenbereich vorliegt (act. 112, Seite 4). Die drei Stellungnahmen des RAD leuchten daher zumindest dem medizinischen Laien weder in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge noch in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Sie genügen den Anforderungen der Rechtsprechung hinsichtlich des Beweiswerts eines versicherungsinternen Aktenberichts nicht, weshalb sie nicht als Grundlage für die Beurteilung des Leistungsgesuchs dienen können. Die Annahme der Vorinstanz, wonach die Beschwerdeführerin - abgesehen von den Phasen der Rekonvaleszenz - in leidensangepassten Tätigkeiten ebenso wie im Aufgabenbereich keine gesundheitliche Einschränkung erleidet, ist mithin nicht mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Damit erweist sich die Beschwerde als begründet.

#### **E. 5.7**

Auch die Berichte von Vertrauensärztin Dr. med. C.\_\_\_\_\_ (act. 90) und von Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ (act. 121) entsprechen den Anforderungen der Rechtsprechung hinsichtlich des Beweiswerts nicht. So ist etwa nicht nachvollziehbar, wenn Dr. med. C.\_\_\_\_\_ zunächst eine Anpassungsstörung nach dem Tod des Ehemannes und der Wegnahme des Pflegekinds diagnostiziert und anschliessend eine behandlungsbedürftige Depression beschreibt. Ausserdem verneinte sie die Zumutbarkeit einer angepassten Verweisungstätigkeit ohne Begründung vollständig, obwohl sie die höchstzulässige Arbeitszeit in der letzten Tätigkeit als Verkäuferin noch mit unter drei Stunden pro Tag angab, was gleichfalls nicht nachvollziehbar ist. Ferner hat sie sich nur zur Einsatzbeschränkung im Zeitraum von September 2012 bis Dezember 2014 geäussert. Wegen der möglichen Besserung der Leistungsfähigkeit durch therapeutische und operative Massnahmen erachtete sie im Dezember 2014 eine Nachuntersuchung für erforderlich. Der Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ ist sodann zu wenig detailliert und aussagekräftig, um als Grundlage für die Beurteilung des Leistungsgesuchs dienen zu können, und überdies aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung des Hausarztes mit Vorbehalt zu würdigen. Nach dem Gesagten ist das Ausmass der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bislang ungeklärt geblieben.

#### **E. 6**

Die Vorinstanz stufte die Beschwerdeführerin in der angefochtenen Verfügung im Aufgabenbereich ein, für den sie trotz des Gesundheitsschadens eine funktionelle Beeinträchtigung verneinte (act. 124). Dies nachdem die Beschwerdeführerin für ihre

Hauptbeschäftigung seit Juni 2001 den Haushalt angegeben hatte (act. 109, Seite 3). Mit Vernehmlassung vom 14. Juli 2014 (BVGer act. 6) führte die Vorinstanz demgegenüber aus, seit dem Tod des Ehemanns 2012 sei die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs anzuwenden, da eine Witwe wegen der finanziellen Notwendigkeit im Gesundheitsfall arbeiten müsse. Sie verwies daher auf einen nachträglich erstellten Einkommensvergleich, gemäss dem die Beschwerdeführerin - unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 15 % - eine gesundheitlich bedingte Erwerbseinbusse von 24 % erleidet (act. 127). Zum Umfang des Arbeitspensums im Gesundheitsfall findet sich in den seit der zweiten Gesuchstellung am 10. August 2010 bzw. am 15. August 2013 (act. 84, Seite 9 und act. 85) angelegten Akten keine konkrete Stellungnahme der Beschwerdeführerin. Damit fehlt bislang ein wichtiger Anhaltspunkt für die Beantwortung der Statusfrage. In Anbetracht der persönlichen, familiären und sozialen Verhältnisse kann nicht leichthin ausgeschlossen werden, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall einem Erwerbspensum nachgehen würde. Für den Status als (Teil-)Erwerbstätige spricht insbesondere die Tatsache, dass sie nach den Vorakten von Januar 1978 bis Dezember 1999 sowie im Januar 2001 während insgesamt 265 Monaten als Arbeitnehmerin in der Schweiz sozialversichert war (act. 101, 102, 103, 109, 113). Zuletzt war sie bis zu ihrem krankheitsbedingten Ausscheiden aus dem Erwerbsleben per Dezember 1999 respektive per Mai 2001 bei einem Arbeitspensum von 25 bis 35 Stunden als Verkäuferin im Einzelhandel erwerbstätig (act. 109, Seite 3; act. 112, Seite 4), und dies, obwohl sie daneben Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber den beiden Kindern mit den Jahrgängen 1982 und 1983 (act. 102) wahrzunehmen hatte. Dieser Umstand ist bei der Beantwortung der Statusfrage entsprechend zu würdigen (vgl. Urteil des BGER 9C\_559/2009 vom 18. Dezember 2009 E. 4). Andererseits scheint es namentlich aufgrund der Witwenrente von monatlich netto 626.20 Euro (BVGer act. 8, Beilage 2), welche der Beschwerdeführerin von der Deutschen Rentenversicherung Y.\_\_\_\_\_ ausgerichtet wird, nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sie im Gesundheitsfall ein volles Erwerbspensum verfolgen würde. Dagegen spricht auch ihr Alter von mittlerweile 56 Jahren. Ferner ist nicht klar, ob die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall nicht weiterhin die Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber ihrem Pflegekind wahrzunehmen hätte. Sie betreute dieses Kind von klein auf während elf Jahren (act. 90, Seiten 3 und 9). Nach dem Tod des Ehemanns wurde es ihr nach eigenen Angaben unter Berufung auf den Gesundheitszustand und auf die fehlende Unterstützung durch den Verstorbenen weggenommen (act. 112, Seite 4). Die Erziehungs- und Betreuungsaufgaben würden gegebenenfalls ebenso gegen die vorinstanzliche Annahme eines vollen Erwerbspensums sprechen. Hier stellt sich allerdings die noch zu klärende Frage, ob der Betreuung des Pflegekindes nicht auch Erwerbscharakter zukam oder ob sie neben der Führung des Haushalts (act. 109, Seite 3) ein Teil des Aufgabenbereichs war. Zum jetzigen Zeitpunkt kann die Frage nach den Anteilen von Erwerbstätigkeit und Aufgabenbereich nicht abschliessend beantwortet werden, nachdem sich die Beschwerdeführerin zu diesem Punkt noch nicht geäussert hat. Die Vorinstanz wird die bislang ungeklärte Statusfrage noch prüfen müssen. Aus der Antwort auf die Statusfrage ergibt sich das weitere Vorgehen zur Ermittlung der Invalidität.

## **E. 7**

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die drei Stellungnahmen des RAD wegen der aufgezeigten Widersprüchlichkeiten und Ungereimtheiten den Anforderungen der Rechtsprechung an einen beweiskräftigen Aktenbericht nicht entsprechen, weshalb die Annahme der Vorinstanz, wonach die Beschwerdeführerin - abgesehen von den Phasen der

Rekonvaleszenz - in angepassten Tätigkeiten ebenso wie im Aufgabenbereich keine gesundheitliche Einschränkung erleidet, nicht mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Da die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt ungenügend abgeklärt hat, ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben. Nachdem neben dem Ausmass der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch die Statusfrage bislang ungeklärt geblieben ist, ist die Streitsache gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG an die Vorinstanz zurückzuweisen, was bei dieser Sachlage rechtsprechungsgemäss zulässig ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 und Urteil des BGer 8C\_633/2014 vom 11. Dezember 2014 E. 3). Die Rückweisung wird mit der verbindlichen Weisung verbunden, dass die Vorinstanz eine polydisziplinäre, urologische, internistische, rheumatologische, angiologische, psychiatrische und onkologische Begutachtung der Beschwerdeführerin in der Schweiz zu veranlassen hat. Da es sich um eine polydisziplinäre Begutachtung mit Beteiligung von sechs Disziplinen handelt, hat die Vergabe des Auftrags nach dem Zufallsprinzip (Art. 72bis Abs. 2 IVV) über die Zuweisungsplattform SuisseMED@P zu erfolgen. Sollte sich bei der vorgängigen Abklärung mit Bezug auf die Statusfrage bestätigen, dass sich die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ganz oder teilweise im Aufgabenbereich betätigen würde, sind die medizinischen Gutachter namentlich auch mit der Frage nach den funktionellen Einschränkungen im Haushalt zu befassen. Die Gutachter sind in diesem Fall nach der Beeinträchtigung in den konkret zu erledigenden Haushaltstätigkeiten zu befragen, welche ebenfalls vorgängig in Erfahrung zu bringen sind. Nach Abklärung der Statusfrage und des medizinischen Sachverhalts hat die Vorinstanz erneut über das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin zu befinden. Dieser Verfahrensausgang gilt praxisgemäss als volles Obsiegen der Beschwerdeführerin (vgl. BGE 132 V 215 E. 6).

## **E. 8**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und die Parteientschädigung.

### **E. 8.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Der IV-Stelle für Versicherte im Ausland sind als Vorinstanz im Sinne von Art. 33 Bst. d VGG keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Der obsiegenden Beschwerdeführerin sind keine Kosten aufzuerlegen. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

### **E. 8.2**

Der nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland hat unabhängig vom Verfahrensausgang keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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