

BVGer C-1684/2010 vom 23. Februar 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-02-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1684_2010

FR: TAF C-1684/2010 du 23 février 2012

IT: TAF C-1684/2010 del 23 febbraio 2012

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 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).

E. 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. dbis 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 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 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).

E. 1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1] und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressatin der angefochtenen Verfügung vom 16. Februar 2010 (act. 141) ist die Beschwerdeführerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden ist, ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 1.4

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 16. Februar 2010 (act. 141), mit welcher das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin erneut abgewiesen worden war. Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieser Abweisung und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 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).

E. 2

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

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin ist Staatsangehörige von Bosnien und Herzegowina und hat dort ihren Wohnsitz (vgl. Bst. A. hiervor). Da die Schweiz mit diversen Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens, nicht aber mit Bosnien und Herzegowina, neue Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen hat, findet vorliegend weiterhin das Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; im Folgenden: Abkommen) Anwendung (vgl. BGE 126 V 198 E. 2b, BGE 122 V 381 E. 1, BGE 119 V 98 E. 3). Nach Art. 2 des Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 des Abkommens genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die IV gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische IV-Rente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Abkommen über Sozialversicherung keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann ein Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der IV besteht, bestimmt sich demnach allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften resp. des IVG, der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 832.201), des ATSG sowie der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179).

E. 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 - vorbehaltlich 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 substantziellen Änderungen

gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des 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 16. 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]).

E. 2.3.1

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 Invalidenversicherung (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.

E. 2.3.2

Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als einem Jahr Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet, so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung erfüllt ist, sofern der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eingetreten ist. Bei Eintreten des Versicherungsfalles seit dem 1. Januar 2008 wäre die versicherungsmässige Voraussetzung von Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung der dreijährigen Beitragszeit nicht erfüllt.

E. 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).

E. 2.5.1

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 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. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung). Laut Art. 28 Abs. 1ter 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, wie sie seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz gilt, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1), liegt nicht vor. 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). Vorbehältlich abweichender staatsvertraglicher Regelungen ist bei Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland in diesem Zusammenhang eine Arbeitsunfähigkeit bzw. ein Invaliditätsgrad von 50% gefordert (vgl. Art. 28 Abs. 1ter erster Satz IVG in den bis Ende

2007 gültig gewesenen Fassungen bzw. Art. 29 Abs. 4 erster Satz IVG in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung). Das vorliegend anwendbare Sozialversicherungsabkommen sieht diesbezüglich keine Ausnahme vor.

E. 2.5.2

Gemäss dem Bericht von Dr. med. E. _____, Fachärztin für Innere Medizin, vom 18. November 2005 lag bei der Beschwerdeführerin eine 41%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 17. Januar 2003 vor (act. 45 und 46). Dr. med. B. _____ hingegen war der Auffassung, dass die Gesamteinschränkung im Haushalt 34 % betrug (act. 60). Da ab dem 17. Januar 2003 während der einjährigen gesetzlichen Wartezeit resp. bei deren Ablauf am 17. Januar 2004 bloss eine höchstens 41%ige Arbeitsunfähigkeit - was im rechtskräftigen Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts vom 6. Januar 2009 nicht in Zweifel gezogen worden war - bestanden hatte, waren aufgrund des oben Dargelegten die Anspruchsvoraussetzungen auf eine IV-Rente bei der bosnisch-herzegowinischen Beschwerdeführerin nicht erfüllt; diese war nicht während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 50 % arbeitsunfähig und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 50 % invalid. Daran ändert auch die im Juli 2007 eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes nichts (vgl. E. 4.3 hiernach).

E. 2.6

Bei den nichterwerbstätigen Versicherten im Sinne von Art. 5 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 8 Abs. 3 ATSG, welche im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, ist ein Betätigungsvergleich vorzunehmen und für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abzustellen, in welchem Masse sie behindert sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (aArt. 28 Abs. 2bis IVG bzw. seit 1. Januar 2008 Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode; BGE 104 V 135 E. 2a). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV). Der gesamte Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten entspricht in jedem Fall einem Wert von 100 %. Die Gewichtung der einzelnen Teilbereiche der Haushaltsführung hat sodann nach Massgabe der Verwaltungsweisungen zu erfolgen. Hernach ist die gesundheitlich bedingte Einschränkung in den einzelnen Teilbereichen festzustellen, woraus sich schliesslich der Invaliditätsgrad ermitteln lässt (AHI 1997 S. 291 E. 4a).

E. 2.7

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 (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, 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 somit grundsätzlich 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). Den 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. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee; SVR 2003 UV Nr. 15 S. 45 E. 3.2.2, 1999 KV Nr. 22 E. 3b; AHI 2001 S. 115 E. 3b ee). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (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]). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberocksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 bis 4.6).

E. 3.1

Im Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts vom 6. Januar 2009 wurde erwogen, dass die Invalidität nicht ohne weiteres nach der Methode des Betätigungsvergleichs bemessen werden könne, denn gemäss eigener Angaben der Beschwerdeführerin habe diese bis zur Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes täglich vier Stunden im landwirtschaftlichen Betrieb des Ehemannes mitgearbeitet. Daher seien die Voraussetzungen für die Anwendung der gemischten Methode zur Bestimmung der Invalidität gegeben, und die Vorinstanz hätte vom medizinischen Dienst auch beurteilen lassen müssen, in welchem Masse die Beschwerdeführerin in ihrer früheren Tätigkeit in der Landwirtschaft eingeschränkt sei (act. 96).

E. 3.2

Die Vorinstanz nahm in der Folge weitere Abklärungen vor und war der Auffassung, dass die Beschwerdeführerin gemäss den neu eingeholten Unterlagen vier Stunden pro Tag im Gemüsegarten gearbeitet habe und nicht - wie vorerst angegeben - vier Stunden täglich im landwirtschaftlichen Betrieb des Ehemannes, weshalb die Invalidität nach wie vor nach der spezifischen Methode zu bemessen sei (act. 126). Diese Beurteilung lässt sich mit Blick auf

den Fragebogen für selbstständige Landwirte vom 7. August 2009 nicht beanstanden (act. 107). Darin führte die Beschwerdeführerin aus, sie sei nie selbstständige Landwirtin gewesen, habe nie Land besessen und es habe kein Betrieb existiert. Der landwirtschaftlich genutzte Boden sei der Gemüsegarten gewesen. Nichts anderes ergibt sich auch aus dem Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten vom 7. August 2009 (act. 106). Auch darin gab die Beschwerdeführerin an, sie habe sich täglich während vier Stunden um den Gemüsegarten gekümmert.

E. 3.3

Nach dem Dargelegten ist als Zwischenergebnis festzuhalten, dass die Invalidität der Beschwerdeführerin nach wie vor mittels Betätigungsvergleichs zu ermitteln ist und sich unter diesen Umständen die medizinische Abklärung, inwieweit die Beschwerdeführerin in der Landwirtschaft eingeschränkt ist, erübrigt hatte.

E. 4.1

Das Bundesverwaltungsgericht erwog in seinem Urteil vom 6. Januar 2009 (act. 96) weiter, dass die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf die Tätigkeit im Haushalt aufgrund der Berichte von Dr. med. B._____ vom 16. November 2006 (act. 60) und 26. März 2007 (act. 88) umfassend und nachvollziehbar sei. Es ist demnach auch im vorliegenden Verfahren davon auszugehen, dass sich der medizinische Sachverhalt bis und mit dem 26. März 2007 als rechtsgenügend abgeklärt erweist. Nachfolgend ist jedoch weiter zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand bis zum vorliegend massgeblichen Zeitpunkt (16. Februar 2010) in rentenrelevanter Weise verschlechtert hat oder nicht resp. ob die Anspruchsvoraussetzungen auf eine Rente erfüllt sind oder nicht (vgl. insb. E. 2.5 hiervor).

E. 4.2

Die IVSTA stützte sich im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 16. Februar 2010 insbesondere auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. B._____ vom 18. September (act. 127) und 11. Dezember 2009 (act. 135) sowie auf den Bericht von Dr. med. C._____ vom 9. Februar 2010 (act. 140). Diese ärztlichen Dokumente sind in einem ersten Schritt zu würdigen, und es ist zu prüfen, ob sich aufgrund dieser Beweismittel der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht ab März 2007 als rechtsgenügend abgeklärt erweist.

E. 4.3.1

Nach Vorliegen neu eingereichter ärztlicher Dokumente aus dem Ausland (act. 109 bis 124) führte Dr. med. B._____ am 18. September 2009 aus, grundsätzlich habe sich der Gesundheitszustand seit der letzten Stellungnahme vom 26. März 2007 nicht geändert. Es würden dieselben Diagnosen (Rücken, depressive Zeichen, Zustand nach Magenoperation vor Jahren) mitgeteilt. Somit bleibe auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt eigentlich gleich, d.h. die Auswertung gemäss Stellungnahme vom 16. November 2006 (Invalidität höchstens 34 %) treffe weiterhin zu (act. 127). Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens erwähnte Dr. med. B._____ am 11. Dezember 2009 weiter, er bezweifle angesichts der Vorgeschichte nach wie vor, dass die Versicherte bei der Bewältigung des Haushalts aus psychiatrischer Sicht mindestens zu 40 % eingeschränkt sein soll. Er halte somit klar an seinen bisherigen Stellungnahmen fest. Er empfehle, die letzten Berichte übersetzen zu lassen. Im Anschluss daran überlasse er den Entschied, das Dossier noch dem Psychiater vorzulegen, der Sachbearbeitung (act. 135). Nach Kenntnis

der übersetzten Berichte des Neuropsychiaters Dr. med. D. _____ vom 10. Juli 2007, 2. März 2008, 10. November 2008 sowie 23. Januar 2009 (act. 136 bis 138) gab Dr. med. C. _____ am 9. Februar 2010 seine Stellungnahme ab (act. 140). Darin führte er im Wesentlichen aus, es sei zu vermuten, dass in der Zeit um Juli 2007 eine sehr erhebliche Depression bestanden habe, die Dr. med. D. _____ nach der alten Terminologie als "psychotische Depression" bezeichnet habe. Diesem Zustand entsprächen häufig folgende Diagnosen: mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2; in der neuen Terminologie seien mit psychotischen Symptomen nur Wahnideen und Halluzinationen gemeint) sowie eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.3). Dr. med. D. _____ habe diesen Zustand mit dem stärksten verfügbaren Medikament (Leponex) behandelt, welches auch bei (endogenen) Depressionen hervorragend wirke, aber wegen seiner gefährlichen Nebenwirkungen in der Schweiz nur bei therapierefraktären Schizophrenien zugelassen sei. Im Verlauf des Jahres 2008 habe sich der Zustand - bei erheblicher Reduzierung der Medikamentendosis - graduell verbessert. Ab dem 10. November 2008 könne man nicht mehr von einem schwerwiegenden Zustand sprechen, und am 23. Januar 2009 finde sich keine Rezeptur von Leponex mehr. Dr. med. D. _____ habe aber die Diagnose, die dem Zustand von Juli 2007 entsprochen habe, beibehalten und nicht dem verbesserten Zustand angepasst. Der letzte Bericht vom 23. Januar 2009 zeuge vermutlich von einer weitgehenden Remission. Einzig der Bericht vom 10. Juli 2007 zeuge von einem Umstand, der auch im Haushalt stark beeinträchtige. Die drei Berichte vom 2. März 2008, 10. November 2008 und 23. Januar 2009 zeugten nicht von einem die Haushaltstätigkeit im Ausmass von 40 % oder mehr beeinträchtigenden Zustand.

E. 4.3.2

Bei der Stellungnahme von Dr. med. C. _____ vom 9. Februar 2010 handelt es sich um einen Bericht im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis 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. 2bis 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. 2bis IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidrelevante 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).

E. 4.3.3

Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.7 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. Dr. med. C. _____ verfügt über einen Facharzttitel in der medizinischen Disziplin Psychiatrie und Psychotherapie, weshalb seiner Stellungnahme vom 9. Februar 2010 volle Beweiskraft zukommen kann, wenn die von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung herausgearbeiteten Kriterien erfüllt sind. Daran besteht im vorliegenden Fall kein Zweifel, und der entsprechende Bericht vom 9. Februar 2010 ist als überzeugend und schlüssig zu qualifizieren. Da Dr. med. C. _____ die Berichte des behandelnden Neuropsychiaters Dr. med. D. _____ zur Verfügung gestanden hatten, konnte im Rahmen des vorliegend zu beurteilenden Falles auf das Einholen von weiteren Berichten entsprechend ausgebildeter Spezialärztinnen und -ärzte verzichtet werden. In diesem Zusammenhang ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass auf die von Dr. med. D. _____ abgegebenen Beurteilungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in den ab 2. März 2008 erstellten Berichten nicht abgestellt werden kann. Einerseits fehlt eine nachvollziehbare und schlüssige Begründung für eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Andererseits trägt das Bundesverwaltungsgericht der Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 mit Hinweisen) sowie der Erfahrungstatsache Rechnung, dass Dr. med. D. _____ als behandelnder (Haus-)Arzt im Hinblick auf seine auftragsrechtliche Vertrauensstellung eher zugunsten der Beschwerdeführerin ausgesagt hatte (BGE 125 V 351 E. 3b cc). Dr. med. C. _____ attestierte der Beschwerdeführerin für Tätigkeiten im Haushalt für die Zeit vom 10. Juli 2007 bis zum 1. März 2008 eine 70%ige und danach eine 20%ige Arbeits- und Leistungsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Diese Beurteilung ist mit Blick auf die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin in psychischer Hinsicht nachvollziehbar, und es ist - aufgrund der objektiven Festlegung der IV-rechtlich massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit (vgl. E. 2.7 und insb. E. 4.3.2. hiervor; vgl. auch Urteil des BGer 9C_1053/2010 vom 28. Januar 2011) - von einem genügend detaillierten und somit rechtsgenügenden Zumutbarkeitsprofil auszugehen, obwohl Dr. med. C. _____ keine explizite, anteilmässige Gewichtung der einzelnen Haushaltstätigkeiten vorgenommen hat; dies insbesondere deshalb, weil er Bezug auf die zahlreichen Berichte der Dres. med. B. _____ und E. _____ (act. 45, 46, 60, 88, 127 und 135) genommen und ausgeführt hat, dass die zwischen dem 2. März 2008 und 23. Januar 2009 erstellten Berichte nicht von einem die Tätigkeit im eigenen Haushalt im Ausmass von 40 % oder mehr beeinträchtigenden Zustand zeugten. Dies gilt umso mehr, als die Beschwerdeführerin ihre Arbeiten entsprechend einzuteilen und die Mithilfe ihres Ehemannes und ihres noch zu Hause wohnenden erwachsenen Sohnes in Anspruch zu nehmen hat (vgl. act. 9 und 106), wobei die Mithilfe dieser 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). Da sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin graduell verbessert hatte, ergibt sich aus den Beurteilungen von Dr. med. C. _____, wonach die Versicherte im Aufgabenbereich ab März 2008 nicht zu 40 % oder darüber hinaus eingeschränkt sei und ab dem 10. November 2008 nicht mehr von einem schwerwiegenden Zustand gesprochen werden könne, kein Widerspruch.

E. 4.3.4

Nach dem Dargelegten ist rechtsgenügend erstellt, dass sich zwar der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin in psychischer Hinsicht vom 10. Juli 2007 bis zum 1. März 2008 zwischenzeitlich erheblich verschlechtert hatte, jedoch im massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 16. Februar 2010 keine Verschlechterung mehr vorhanden gewesen war resp. die Beschwerdeführerin im Haushaltsbereich weiterhin nicht in rentenrelevantem Ausmass eingeschränkt ist. Mit anderen Worten war die Beschwerdeführerin ab dem 10. Juli 2007 nicht während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 50 % arbeitsunfähig. Auch nach Ablauf dieses Jahres war sie nicht mindestens zu 50 % invalid, so dass kein Rentenanspruch entstand (vgl. zum Ganzen insb. E. 2.5 hiervor).

E. 5

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass sich die angefochtene Verfügung vom 16. Februar 2010 als rechtens erweist, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 17. März 2010 abzuweisen ist.

E. 6

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

E. 6.1

Die Verfahrenskosten sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. Art. 63 Abs. 1 VwVG). Sie werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache sowie insbesondere der Art der Prozessführung auf Fr. 300.- festgesetzt (vgl. Art. 63 Abs. 4bis VwVG in Verbindung mit Art. 1, Art. 2 Abs. 1 und 2 sowie Art. 4 des Reglements über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]) und sind mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen.

E. 6.2

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).

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