

BVGer C-1778/2013 vom 10. September 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-09-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1778_2013

FR: TAF C-1778/2013 du 10 septembre 2014

IT: TAF C-1778/2013 del 10 settembre 2014

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, SR 172.021), soweit das Bundesgesetz vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (Verwaltungsgerichtsgesetz, VGG, SR 172.32) nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Auf Verfahren in Sozialversicherungssachen findet das VwVG jedoch keine Anwendung, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist (Art. 3 Bst. dbis VwVG). Das ist hier gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) der Fall, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.2

Nach Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinn von Art. 32 VGG liegt nicht vor, weshalb das Bundesverwaltungsgericht für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig ist. Die Versicherte war als Adressatin des angefochtenen Entscheids vom 2. April 2012 beschwerdelegitimiert (Art. 59 ATSG). Ebenso haben ihre Erben bzw. die Beschwerdeführenden ein schutzwürdiges Interesse an der Aufhebung der vorinstanzlichen Verfügung, fallen doch Leistungen der Invalidenversicherung, die bis zum Zeitpunkt des Todes angefallen sind, in die Erbmasse (vgl. BGE 136 V 7 E. 2.1.2; vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C 3715/2012 vom 22. August 2013 E. 1.4.2 mit Hinweisen). Die Erben haben das Erbe nicht ausgeschlagen und ausdrücklich erklärt, das vorliegende Beschwerdeverfahren weiterführen zu wollen (vgl. hierzu auch Art. 560, Art. 566 ff. und 602 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs vom 10. Dezember 1907 [ZGB, SR 210] sowie Art. 87 i.V.m. Art. 91 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 18. Dezember 1987 über das Internationale Privatrecht [IPRG; SR 291]). Sowohl die verstorbene Versicherte als auch ihre Erben waren bzw. sind folglich zur Beschwerdeführung legitimiert, und es kann auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde eingetreten werden (Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 1.3

Nicht weiter einzugehen ist hier auf den Umstand, dass die Vorinstanz die Beschwerde vom 5./12. Mai 2012 nicht umgehend an das Bundesverwaltungsgericht weitergeleitet hat (Sachverhalt Bst. J). Ihre Rechtfertigung, die Versicherte habe eine beschwerdefähige Verfügung verlangt, verfängt jedoch nicht, da dies erst zu einem Zeitpunkt der Fall war, als die Versicherte davon ausgehen musste, dass ihre Beschwerde nicht als solche entgegengenommen worden war (vgl. Sachverhalt Bst. K und L).

E. 1.4

Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG). Die Beschwerdeführenden rügen im Wesentlichen die unvollständige Feststellung des Sachverhalts.

E. 2

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

E. 2.1

Die Versicherte war spanische und schweizerische Staatsangehörige. Daher richtet sich die Beurteilung des Anspruchs auf Invalidenrente in materieller- und verfahrensrechtlicher Hinsicht nach Schweizer Recht.

E. 2.2

Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 132 V 368 E. 2.1, BGE 130 V 1 E. 3.2). In materieller Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 138 V 475 E. 3.1, 132 V 215 E. 3.1.1; statt vieler: Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C 1777/2012 vom 2. Mai 2014 E. 5). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1). Es finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung in Kraft standen. Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft gesetzt waren, sind insoweit massgebend, als sie für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Anspruchs von Belang sind. Die angefochtene Verfügung datiert vom 2. April 2012. Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (SR 831.201, IVV) ist demnach im vorliegenden Fall auf die Fassungen gemäss den mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Änderungen des IVG und der IVV (IV-Revision 6a; IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]) abzustellen. Soweit der Sachverhalt sich vor dem 1. Januar 2012 ereignet hat, ist zu prüfen, ob die am 1. Januar 2008 getretenen Fassungen (5. IV-Revision; IVG in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129], IVV in der Fassung vom 28. September 2007 [AS 2007 5155]) massgeblich sind.

E. 2.3.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Die Arbeitsunfähigkeit wird zunächst definiert als die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 Satz 1 ATSG). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 Satz 2 ATSG).

E. 2.3.2

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und gegebenenfalls inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1).

E. 2.3.3

Der Grad der Invalidität wird nach Art. 16 ATSG bemessen. Demnach wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person 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.

E. 2.3.4

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Laut Art. 29 Abs. 4 IVG 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 Staatsangehörige 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), ist vorliegend gegeben. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: Bundesgericht) stellt diese Regelung nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 2.4.1

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. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann (BGE 125 V 351 E. 3a; vgl. auch BGE 134 V 231 E. 5.1).

E. 2.4.2

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, so dass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; Susanne Leuzinger-Naef, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 411 ff., 413 f.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (örtlich zuständigen) IV-Stelle (Art. 54-56 i.V.m. Art. 57 Abs. 1 IVG).

E. 2.4.3

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). Auch aus dem Ausland stammende Beweismittel unterstehen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute: BGer] vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts A 2552/2012 vom 21. Juli 2014 E. 3.1).

E. 2.5.1

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Anspruch auf eine Rente Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können

(Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c; zu den Begriffen Erwerbs- und Arbeitsunfähigkeit s. E. 2.3.1). Gemäss Art. 29ter IVV liegt ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit im Sinn von Art. 28 Abs. 1 IVG vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war. Während der einjährigen Wartezeit wird auf die Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf oder Aufgabenbereich abgestellt (BGE 105 V 159; Hans-Jakob Mosimann, § 22 Renten der Invalidenversicherung, in: Steiger-Sachkamm/Mosimann [Hrsg.], Recht der Sozialen Sicherheit, Basel 2014, Rz. 22.107; Martin Boltshauser, Die Invaliditätsbemessung in der Zeit bis zur feststehenden Dauerinvalidität, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 125 ff., 134). Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht zudem der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (Karenzfrist). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausgerichtet, in dem der Anspruch entsteht (Art. 29 Abs. 2 IVG). Diese Karenzzeit gilt für alle ab dem 1. Juli 2008 erfolgten Anmeldungen (Mosimann, a.a.O., Rz. 22.112).

E. 2.5.2

Die Anspruchsentstehung ist vom Anspruchsbeginn zu unterscheiden. Für den Beginn des Rentenanspruchs ist entscheidend, ob sich die versicherte Person rechtzeitig zum Leistungsbezug angemeldet hat (zuvor E. 2.5.1). Hingegen ist der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts - unabhängig von einer (allenfalls verspäteten) Anmeldung - objektiv aufgrund des Gesundheitszustandes festzustellen (Susanne Fankhauser, § 19 Invaliditätsbegriff, in: Steiger-Sachkamm/Mosimann [Hrsg.], a.a.O., Rz. 19.8; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genf/Zürich/Basel 2011, Rz. 2187 ff.).

E. 3

Im vorliegenden Fall ist vorab die Frage zu beantworten, ob der Sachverhalt durch die Vorinstanz genügend abgeklärt wurde.

E. 3.1

Unbestritten ist, dass die Versicherte in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit dem Unfall am 12. Mai 2008 (Sachverhalt Bst. B) zu 100 % arbeitsunfähig war. Da für die Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % ohne wesentlichen Unterbruch während eines Jahres (Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG) auf die angestammte Tätigkeit abzustellen ist (E. 2.5.1), ist dieses Kriterium für die Anspruchsentstehung erfüllt. Ebenfalls als erfüllt zu gelten hat das Kriterium, wonach die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder hergestellt, erhalten oder verbessert werden kann (Art. 28 Abs. 1 Bst. a IVG), denn es besteht Einigkeit darüber, dass der Zustand der Versicherten nach Konsolidierung der Verletzungen nicht verbessert werden konnte.

E. 3.2

Damit ist von Bedeutung, ob die Versicherte nach Ablauf des Jahres, in dem sie zu mindestens 40 % in ihrer angestammten Tätigkeit arbeitsunfähig war, zu mindestens 40 % invalid war (und blieb; Art. 28 Abs. 1 Bst. c IVG; E. 2.5.1). Die Vorinstanz bestreitet dies und errechnete einen Invaliditätsgrad von lediglich 22.76 % (Sachverhalt Bst. E). Die

Beschwerdeführenden machen jedoch geltend, die medizinischen Berichte seien von der Vorinstanz (bzw. deren ärztlichem Dienst) nicht richtig gewürdigt worden. Damit ist zu prüfen, ob die Vorinstanz diesbezüglich den Sachverhalt genügend abgeklärt hat.

E. 3.3

Dazu werden im Folgenden die Akten zusammengefasst (E. 4), soweit sie sich als für den vorliegenden Fall relevant erweisen. Nicht eingegangen wird auf Berichte, in denen eine Untersuchung nur normale Werte oder wenig konkrete Hinweise auf Erkrankungen ergab oder die nur in aller Kürze bereits Bekanntes wiedergeben (vgl. z.B. mehrere Berichte aus IV-act. 49, IV-act. 19, IV-act. 21, IV-act. 24 etc.). Als erster wird der Bericht des spanischen Versicherungsträgers wiedergeben (E. 4.1). Anschliessend folgen jeweils die in den Akten liegenden Unterlagen (Berichte der behandelnden Ärzte im Krankenhaus, Selbsteinschätzung der Versicherten), die der Stellungnahme der Ärzte der IV-Stelle zugrunde lagen, und zwar in chronologischer Reihenfolge (E. 4.2, 4.4, 4.6, 4.8, 4.10 und 4.12). Jeweils daran anschliessend werden die Stellungnahmen der Ärzte der IV-Stelle wiedergegeben (E. 4.3, 4.5, 4.7, 4.9, 4.11 und 4.13). Anschliessend werden die Stellungnahme der Ärzte der IV-Stelle gewürdigt (E. 5) und dann die Schlussfolgerung gezogen (E. 6). Vorwegzunehmen ist, dass für die Beantwortung der Frage nach der Arbeitsfähigkeit der Versicherten deren gesundheitliche Situation ganzheitlich zu betrachten ist und nicht auf die Unfallfolgen, die unbestrittenermassen zur Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit führten, begrenzt ist.

E. 4.1

Im «detaillierten ärztlichen Bericht» des spanischen Versicherungsträgers vom 13. Januar 2010 (Formular E 213; IV-act. 5), der auf einer Untersuchung vom 11. Januar 2010 beruht (S. 2), wurden in der Anamnese folgende Krankheiten festgehalten: Diabetes mellitus Typ II mit Insulinabhängigkeit; Magengeschwür, Episode mit hoher Verdauungsblutung seit Jahren; Ovarectomie rechts wegen Extrateringravidität; tiefe Venenthrombose seit Jahren (in Verbindung mit Nikotinabhängigkeit und Ovulationshemmern); Bluthochdruck; Verkehrsunfall am 12. Mai 2008. Eintritt ins Krankenhaus (...) in die Reanimation wegen mehrfachen Traumas: Thoraxtrauma; Bruch des dens axis (odontoides) [am Wirbel C1] und des Wirbels C2; Bruch des Oberschenkelknochens links; offener Bruch von Elle und Speiche links; Behandlung am 21. Mai 2008: offene Richtung und Osteosynthese mit Platten am Oberschenkelknochen links, Richtung und Osteosynthese mit externer Fixation mittels Orthofix des Handgelenks links (rechts) (Aufenthalt vom 13. Mai 2008 bis 20. Juni 2008); nach verlängertem Aufenthalt bestehe die endgültige Situation (S. 2 f.). Als aktuelle Beschwerden wurden angegeben: Stehen und Fortbewegung erschwert/riskant («compromitado»), letztere sei eingeschränkt auf 30-40m mit Gehhilfen; für grössere Distanzen sei die Versicherte auf einen Rollstuhl angewiesen; teilweise durch Schuheinlage links korrigierte Dysmetrie; Nacken- und Genickschmerzen (S. 2). Zum mentalen und emotionalen Status stand, dass eine Krankheit weder behauptet noch ersichtlich sei (S. 4). Zum Bewegungsapparat wurde festgehalten, dass an der Wirbelsäule keine funktionalen Einschränkungen beständen, am linken Handgelenk ein guter Verlauf mit kleinem dynamischen Defizit bestehe, Deformität des linken Oberschenkelknochens und deutliche X-Beine; Einschränkung bei der Streckung des linken Knies von 20 Grad, aktiv 30 Grad, und eingeschränkte Flexion bei 110 Grad, schwer zu quantifizierende Dysmetrie. Die neurologische Untersuchung ergab schwere Defizite links mit signifikanter globaler Einschränkung, betreffend Gang wurde eine Einschränkung rechts festgehalten (S. 6). An

Resultaten früherer Röntgenuntersuchungen wurde eine Mehrfachfraktur am Oberschenkelknochen, die mittels Osteosynthese behandelt wurde, angegeben sowie Osteopenie (S. 7). Als Diagnose wurde festgehalten: Diabetes mellitus Typ II mit Insulinabhängigkeit; Adipositas; Bluthochdruck; Verkehrsunfall im Mai 2008 mit einer Fraktur der Wirbel C1 und C2; Bruch des linken Oberschenkelknochens und als Folge eine Verkürzung des Muskels; ein offener Bruch von Elle und Speiche links. Die Gesundheit werde durch die erschwerte Bewegung beeinflusst, wobei nach 4 bis 5 Metern eine Entlastung nötig sei und die Belastung für höchstens 40 bis 50 Meter möglich sei. Es bestehe eine signifikante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Seit dem Bericht vom 25. Mai 2009 [welcher Bericht gemeint ist, ergibt sich nicht aus den Akten] gebe es keine Änderungen (S. 9). Aufgrund der Beschwerden in den unteren Gliedmassen links ergebe sich eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit. Eine Arbeit am Bildschirm sei möglich. Zu Hause könne die Versicherte ohne Hilfe anderer Personen arbeiten (S. 10). In ihrer letzten Tätigkeit im Verkauf könne die Versicherte nicht mehr arbeiten, in einer angepassten Tätigkeit aber schon, wobei einzig Telearbeit in Frage käme. Gemäss den Gesetzen des Wohnsitzstaates bestehe eine vollständige Invalidität. Der Invaliditätsgrad betrage 70 %. Der Zustand könne sich nicht bessern (S. 11). Die Arbeitsfähigkeit könne sich verbessern, eine weitere Untersuchung sei nicht notwendig (S. 12).

E. 4.2

Im Weiteren lagen der ersten ärztlichen Stellungnahme durch den Arzt der IV-Stelle (E. 4.3) folgende Unterlagen zugrunde:

E. 4.2.1

Vom 20. November 1992 bis zum 3. Dezember 1992 hielt sich die Versicherte im (Krankenhaus ...) in der Chirurgie auf. Dr. F._____ stellte im Austrittsbericht die Diagnose einer tiefen Venenthrombose am linken Bein (IV-act. 25 = IV-act. 49 S. 36).

E. 4.2.2

Einem klinischen Bericht vom 7. April 1999 vom Krankenhaus (...), unterzeichnet von Dr. G._____, wurde festgehalten, dass die Versicherte wegen Hämatemesis (Erbrechen von Blut) eingetreten sei (vgl. dazu den Eintrittsbericht des galizischen Gesundheitsdienst [Servicio Galego de Saúde, SERGAS] vom 1. April 1999 [IV-act. 49 S. 40]). In der Anamnese wurden Bluthochdruck, Dyslipidämie, Diabetes mellitus, tiefe Venenthrombose vor sechs Jahren, neuerliche Ohrenentzündung, Entfernung des Wurmfortsatzes und der Gaumenmandeln festgehalten. Zur aktuellen Geschichte wurde ausgeführt, die Versicherte habe Abdominalschmerzen in der Magengegend. Eine Endoskopie des Verdauungstraktes habe eine kleine Hiatushernie und Daten, die mit einer oberflächlichen chronischen Gastritis und einer leichten erosiven Duodentitis vereinbar seien, ergeben. Als Hauptdiagnosen wurden eine leichte und selbstbeschränkende Hämorrhagie des oberen Verdauungstraktes, oberflächliche chronische Gastritis und leichte erosive Duodentitis, die sehr wahrscheinlicher mit der Verdauung von Entzündungshemmern in Verbindung stehe, genannt. Nebendiagnosen waren Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Dyslipidämie (IV-act. 23 = IV-act. 49 S. 75 f.).

E. 4.2.3

In den ärztlichen Berichten vom 4. Oktober und 15. November 2007 (Dr. H._____) wurde zusammengefasst festgestellt, die Versicherte, die wegen eines Angioödems im Gesicht und am Augenlid zur Konsultation erschienen sei, leide unter intrinsischem

Asthma (IV-act. 17 = IV-act. 49 S. 47-49 und IV-act. 20).

E. 4.2.4

Vom 13. Mai bis zum 20. Juni 2008 hielt sich die Versicherte im Krankenhaus (...) auf (vgl. IV-act. 18 = IV-act. 31 = IV-act. 49 S. 24 f.). Dem Aufenthalt lag ein Verkehrsunfall zugrunde (vgl. Sachverhalt Bst. B):

E. 4.2.4.1

Im Unfallbericht (für die Partei oder das Gericht) vom 13. Mai 2008 stellte Dr. I. _____ eine Fraktur des Oberschenkelknochens, eine offene Fraktur von Elle und Speiche, eine Rippenfraktur links und eine Fraktur von C1 und C2 fest. Mögliche Komplikationen stufte er als schwer ein (IV-act. 15).

E. 4.2.4.2

Die Röntgenuntersuchungen des Brustkorbes vom 13., 14. und 15. Mai 2008 (Dr. J. _____) ergaben keinen Hinweis auf eine akute Erkrankung der Lungen oder der Pleura (IV-act. 27 = IV-act. 49 S. 54, IV-act. 28 S. 2 = IV-act. 49 S. 50 = S. 53, IV-act. 29 = IV-act. 49 S. 55).

E. 4.2.4.3

Eine Computertomographie der Halswirbelsäule am 14. Mai 2008 (Dr. K. _____) zeigte eine Verkalkung der Vertebralarterie links. Ausserdem wurde festgestellt, dass das beim Bruch des Knochenfortsatzes des Wirbels C1 abgebrochene Fragment 4 mm vom Rest des Fortsatzes entfernt war (IV-act. 28 S. 1 = IV-act. 49 S. 51). Eine weitere Computertomographie der Halswirbel C1 bis C3 am 27. Mai 2008 (von derselben Ärztin) zeigte, dass die Verschiebung nur noch 3,5 mm betrug (IV-act. 30 = IV-act. 49 S. 52).

E. 4.2.4.4

Im Bericht zur internen Verlegung vom 2. Juni 2008 (zur Traumatologie) beschrieb die Neurochirurgie (Dr. L. _____) den Operationsverlauf. Die neurologische Untersuchung habe keinen Krankheitsherd gezeigt. Das Bewusstseinsniveau sei gut. Es wurden der negative Röntgenbefund wiedergegeben (vgl. E. 4.2.4.1) und der Bruch am C1 festgehalten (vgl. E. 4.2.4.3). Weiter wurde Bluthochdruck erwähnt. Die Entwicklung der Versicherten sei gut verlaufen. Der Hals sei mittels Kragen stabilisiert worden (IV-act. 32 = IV-act. 49 S. 56 f.).

E. 4.2.4.5

Im Austrittsbericht vom 20. Juni 2008 wurden (von Dr. M. _____) in der Anamnese Diabetes mellitus mit Insulinabhängigkeit, Adipositas, Operation des Wurmfortsatzes, behandelte Tumor der Ovarien und Darmgeschwür festgehalten. Am 21. Mai 2008 sei die Versicherte operiert worden, wobei der linke Oberschenkel gerichtet und eine Osteosynthese mit Platten am Oberschenkelknochen links, und eine Richtung und Osteosynthese mit externer Fixation (mit Orthofix) des Handgelenks links vorgenommen worden sei. Der klinische Verlauf wurde als gut bezeichnet. Während des Aufenthalts habe die Versicherte die Neurochirurgie wegen einer Fraktur der Wirbel C1 und C2 konsultiert; in der Endokrinie sei sie zur Kontrolle ihrer Diabetes gewesen; die innere Medizin habe sie wegen der Operationsnarbe aufgesucht. Die grundsätzliche Diagnose lautete auf mehrfaches Trauma, Thoraxtrauma, Bruch des dens axis (odontoides) [am Wirbel C1] und des Wirbels C2; Bruch des Oberschenkelknochens links; offener Bruch von Elle und

Speiche links. Zur Nachverfolgung wurden die Konsultation eines Traumatologen festgelegt sowie klinische und radiologische Kontrollen (IV-act. 18 = IV-act. 31 = IV-act. 49 S. 24 f.).

E. 4.2.5

Im radiologischen Bericht vom 13. August 2009 des Krankenhauses (...) (Dr. N. _____) wurde aufgrund einer Untersuchung vom Vortag eine Dysmetrie der unteren Gliedmassen um 18 mm zu Gunsten des rechten Beines und eine Ausdehnung des Oberschenkelknochens festgestellt (IV-act. 13 = IV-act. 49 S. 27).

E. 4.2.6

In einer handschriftlichen Notiz vom 20. April 2010 von Dr. O. _____ (Krankenhaus [...]) wird festgehalten, die Versicherte weise eine Pseudoarthrose im rechten Oberschenkelknochen auf, die ständiges Hinken verursache. Sie müsse mit einem Stock gehen. Auch dies bewirke eine Einschränkung der Beweglichkeit im linken Handgelenk (IV-act. 14).

E. 4.2.7

Im Fragebogen für im Haushalt tätige Versicherte (IV-act. 10 S. 8-11) erklärte die Versicherte am 12. Juli 2011, im Haushalt könne sie grundsätzlich alle Arbeiten verrichten (S. 8). Allerdings könne sie die Küche aus dem Rollstuhl nur teilweise und die Fussböden nicht gründlich reinigen. Den Staubsauger könne sie im 1. und 2. Stock nicht verwenden. Betten könne sie mit Mühe und unter Schmerzen machen, die Fenster nicht reinigen. Zum Einkaufen benötige sie Hilfe. Bügeln könne sie mit Mühe. Möglich sei es ihr hingegen, Gemüse und Früchte zu rüsten bzw. zu schneiden, Mahlzeiten zuzubereiten, Geschirr zu spülen, die Wäsche zu waschen, aufzuhängen, abzunehmen und zu flicken (S. 9). Arbeiten, die vor Eintritt der Gesundheitsschäden möglich gewesen wären (im Fragebogen genannt werden Besorgung eines Nutzgartens, Besorgung von Geflügel, Kleintieren usw. sowie Krankenpflege; die Versicherte selbst gibt zusätzlich die Führung ihres Geschäfts an), seien heute nicht mehr (auch nicht teilweise) möglich. Für Putzarbeiten und Gartenpflege habe sie während ca. sechs Stunden pro Woche Hilfe von haushaltsfremden Personen (S. 10).

E. 4.2.8

Im Fragebogen für selbständig Erwerbende hielt die Versicherte am 11. August 2011 fest, ihr Oberschenkel und ihr Knie seien schief zusammengewachsen. Eine Knieprothese komme aber wegen Osteoporose nicht in Frage. Wegen des lange Liegens und Sitzens habe sie nun auch einen Bandscheibenvorfall (IV-act. 39 S. 1-3, insb. 3).

E. 4.3

In der medizinischen Stellungnahme vom 30. August 2011 hielt Dr. P. _____ vom medizinischen Dienst der IVSTA als Hauptdiagnose Status nach Polytrauma und keine Nebendiagnosen fest. Er erwähnt bei der Beurteilung des Falles einzig den Bruch des Oberschenkelknochens rechts, aufgrund dessen sich eine Fehlstellung des rechten Knies entwickelt habe. In der bisherigen Tätigkeit bestche ab dem 12. Mai 2008 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in einer Verweistätigkeit ab dem 12. Mai 2008 keine Einschränkung. Der Versicherten sei eine ganztägige Tätigkeit mit wechselnder Arbeitsposition - eine leichte, vorwiegend sitzende Arbeit im Bürobereich - zumutbar. Im früheren angestammten Beruf als Kontoristin sei die Versicherte voll arbeitsfähig. Als mögliche Tätigkeiten werden Verkauf auf dem Korrespondenzweg bzw. via Telefon oder

Internet, Kassierin, Billetverkäuferin, Arbeiten im Bereich Registrieren, Klassieren, Archivieren, in der Telefonvermittlung und der Datenerfassung angegeben (IV-act. 44).

E. 4.4

Der nächsten medizinischen Stellungnahme lagen zusätzlich die folgenden Dokumente zugrunde:

E. 4.4.1

Am 12. Februar 1999 wurde vom SERGAS (Name des anfragenden Arztes nicht klar lesbar) eine Insuffizienz der Mitralklappen vermutet und deshalb die Kardiologie um eine Untersuchung gebeten. Diese hielt am 10. März 1999 fest, die Versicherte habe eine Kardiopathie, Bluthochdruck und seit kurzem Herzklopfen, Hypertrophie der linken Herzkammer und eine leichte Insuffizienz der Mitralklappen (IV-act. 49 S. 39 [kaum lesbar], vgl. IV-act. 49 S. 3).

E. 4.4.2

Im Röntgenbericht vom 8. September 2008 vom Krankenhaus (...) (Dr. Q._____) wurde festgehalten, dass die Fraktur der Halswirbel praktisch konsolidiert sei (IV-act. 49 S. 59).

E. 4.4.3

Im radiologischen Bericht vom 12. August 2009 des Krankenhauses (...) (Dr. R._____) wurden Zeichen der Konsolidierung des Bruches von C1 und C2 und eine adäquate Begradigung der zervikalen Wirbelkörper festgestellt (IV-act. 49 S. 62).

E. 4.4.4

Im radiologischen Bericht des Krankenhauses (...) vom 5. März 2010 (Dr. R._____) wurden Knochenfragmente im Wirbelkanal, Osteoporose und eine verkalkte Atheromatose der oberflächlichen Oberschenkelarterie festgestellt. Es gebe keine Zeichen einer Konsolidierung (Pseudoarthrose) (IV-act. 49 S. 28).

E. 4.4.5

Gemäss einem Bericht der Zytopathologie des Krankenhauses (...) vom 31. Mai 2011 (Dr. S._____) zeigte eine Feinnadelaspirationsbiopsie der rechten Brust Blut, Stromafragmente, und Makrophagen mit fetthaltigen Vakuolen im Zytoplasma, aber keine Epithelen (IV-act. 49 S. 66).

E. 4.4.6

Ein Bericht der Radiologie des Krankenhauses (...) vom 2. Juni 2011 betreffend eine Echographie der Brust vom 13. Mai 2011 (Dr. T._____) sprach von zystenartigen Knoten. Vermutet wurde eine Fettnekrose (IV-act. 49 S. 67 f.). Eine Feinnadelaspirationsbiopsie vom 27. Mai 2011 durch dieselbe Ärztin (der Bericht wurde ebenfalls am 2. Juni 2011 ausgestellt) bestätigte die Fettnekrose (IV-act. 49 S. 69 f).

E. 4.4.7

Am 19. Oktober 2011 trat die Versicherte ins Krankenhaus (...) ein (Bericht unterschrieben von Dr. U._____), um abzuklären, ob sie unter einem asthmatischen Anfall oder Asthma cardiale leide. Innert zwölf Stunden - so der Bericht - habe sich die Atemnot gebessert. Gelegentlich huste die Versicherte (IV-act. 49 S. 71).

E. 4.4.8

Im Bericht vom 10. November 2011 vom Krankenhaus (...) (Dr. V._____) wurden vor allem die Diagnosen bronchiales Asthma, moderate obstruktive chronische Lungenkrankheit, sich verschlimmernde Infektion der Atemwege, Kardiopathie, Bluthochdruck und Herzinsuffizienz links gestellt (IV-act. 49 S. 29 f.).

E. 4.4.9

Am 23. November 2011 erstellte Dr. W._____, Spezialist für Körperverletzungen, einen Bericht, in dem für einen Haftungsprozess festgestellt werden sollte, welchen Prozentsatz die Versicherungsleistung ausmache, was anhand einer Punkteskala ermittelt wurde. Eine klinische Untersuchung, Auswertung der Akten und Fotografien, die am 23. November 2011 für Dr. W._____ erstellt wurden, ergab - bei Bewertung nur von Folgen derjenigen Verletzungen, die durch den Verkehrsunfall vom 12. Mai 2008 verursacht worden waren - Folgendes: (1) Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit, Änderung der Libido, (2) Verstärkung einer vorbestehenden depressiven Störung, (3) starker Schmerz im Nackenbereich, der auf beide Arme ausstrahlt, stärker auf der rechten Seite, (4) starke Einschränkung der Beweglichkeit der Wirbelsäule, (5) Einschränkung der Beweglichkeit des linken Handgelenks in allen Richtungen um insgesamt 60 %, (6) Schmerz und posttraumatische Arthrose im linken Handgelenk, (8) Verkürzung des linken Beines um 1,8 cm, (9) Pseudoarthrose im linken Oberschenkelknochen, inoperabel, ohne Infektion, (10) Konsolidierung des linken Oberschenkelknochens bei 15° Einwärtsdrehung, (11) Material von der Osteosynthese (Platte mit 13 Schrauben) im linken Oberschenkelknochen, (12) Limitation der Beugung des linken Knies und (13) Einschränkung der Streckung des linken Knies. Im Haus könne die Versicherte mit einem Gehstock gehen, ausserhalb des Hauses mit Krücken. Die Einschränkungen seien andauernd und es sei keine klinische oder funktionale Besserung zu erwarten (IV-act. 49 S. 1-16 = IV-act. 70, insb. S. 1 und 14 f. [auch in act. 2/4 enthalten]).

E. 4.4.10

Im Entlassungsbericht des Krankenhauses (...) vom 20. Januar 2012 (Dr. V._____), wo sich die Versicherte vom 13. bis zum 20. Januar 2012 aufhielt, wurde festgehalten, sie sei aufgrund von Husten und Atemnot in die Notfallstation gekommen. Alles habe wie eine Vireninfektion begonnen. Nachträglich seien Ohrenscherzen rechts, Halsschmerzen und Auswurf hinzugekommen. Sie habe kein Fiebergefühl und keine Kopf- und Brustschmerzen gehabt, aber leichte Atemnot. Anamnestisch wird festgehalten: Nikotinabhängigkeit, andauernde nicht allergische Rhinitis, extrinsisches Asthma mittlere Episode, idiopathisches Angioödem im Jahr 2007, metabolisches Syndrom (Bluthochdruck, Dyslipidämie, Hyperurikämie, Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2), deswegen in Behandlung in der Endokrinologie seit dem Jahr 2000 mit Spitze im September 2011 vor der klinischen Stabilisierung, Hypovitaminose, Bluthochdruck, Atheromatose carotidea, tiefe Venenthrombose im Jahr 1992, Operation wegen eines Knotens in der rechten Brust, Hiatushernie, leichte erosive Duodenitis, Arthrose, Toraxtrauma mit Rippenfraktur, Polytrauma im Jahr 2008 wegen Bruch von C1 und C2, linkem Handgelenk und linkem Oberschenkelknochen. Weiter werden die Behandlungen und die Medikation festgehalten. Zum physischen Status wird an Besonderheiten festgehalten, der Blutdruck betrage 184/75, Adipositas, Gonarthrose, kein Zeichen der tiefen Venenthrombose, Maleolusödem. Das EKG gab 124 Herzschläge pro Minute an. Eine Röntgenaufnahme des Brustbereichs ergab eine Zunahme des Wassers in der Lunge, vor allem rechts. Das Holter-EKG zeigte einen normalen Sinusrhythmus. Das Echokardiogramm ergab - neben unauffälligen Befunden -

eine Hypertrophie vor allem septal, Kalkablagerungen an der Mitralklappe, sehr leichte Sklerose der Aorta. Als Diagnose wurden festgehalten: Akute Atmungsinsuffizienz, chronisches bronchiales Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, verstärkt durch Lungenentzündung, Kardiopathie, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz links, Tachykardie, Diabetes mellitus Typ 2, metabolisches Syndrom, ängstlich-depressive Störung (IV-act. 49 S. 17-19 = IV-act. 69 [auch in act. 2/4 und der Beilage zu act. 16 enthalten]).

E. 4.4.11

Am 13. Februar 2012 hielt der Traumatologe O._____ in seinem Bericht fest, die Versicherte leide an den Folgen einer tiefen Venenthrombose (deretwegen sie ständig Medikamente nehmen müsse), hypertoner Kardiopathie, Herzinsuffizienz links, Diabetes mit Insulinabhängigkeit, chronischer Gastritis und Duodenitis, Hypercholesterinämie, den Folgen eines Verkehrsunfalls (mit Toraxtrauma, Rippenbrüchen, Fraktur der Wirbel C1 und C2 und Verschiebung des Fortsatzes von C1, Fraktur des linken Handgelenks und Fraktur des linken Oberschenkelknochens), Verkürzung des linken Beins um 18 mm, schwerer Gonarthrose links. Sie benötige Krücken zur Fortbewegung. Die Beschwerden hätten ständigen Charakter und seien nicht reversibel. Die Versicherte sei zu jeglicher Arbeit unfähig (IV-act. 49 S. 20).

E. 4.5

In der Stellungnahme des medizinischen Dienstes der IV-Stelle vom 26. März 2012 hielt Dr. X._____ fest, beim Bericht von Dr. W._____ (E. 4.4.9) handle es sich um eine Diagnoseauflistung ohne Aussagen, wie sich diese Diagnosen auf eine allfällige Arbeitsfähigkeit auswirkten. Es handle sich lediglich um eine Schadensschätzung zuhanden der Unfallversicherung. Ohne klinische Untersuchung könne kein medizinisch begründbarer Gesundheitsschaden dokumentiert werden. Die bloße Aufzählung von Befunden aus radiologischen Untersuchungen oder Diagnosen reiche zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht aus. Die Hospitalisation vom 13. bis zum 20. Januar 2012 (E. 4.4.10) betreffe ein akutes Geschehen, das medikamentös habe behandelt werden können und ohne bleibende und rentenrelevante gesundheitliche Beeinträchtigung geblieben sei. Der traumatologische Bericht von Dr. O._____ (E. 4.4.11) zähle lediglich bereits bekannte Diagnosen auf, eine klinische Untersuchung sei nicht erfolgt. Der Schlusssatz, die Versicherte sei für alle Arten von Arbeiten ungeeignet, könne somit nicht nachvollzogen werden und sei nicht begründbar. Demgegenüber sei eine detaillierte klinische Untersuchung im E 213 vom 13. Januar 2010 (E. 4.1) erhoben worden. So sei z.B. festgehalten worden, es bestünden keine psychopathologischen Beeinträchtigungen, die Beweglichkeit der Wirbelsäule werde als normal angegeben, das linke Handgelenk zeige nur noch ein minimales dynamisches Defizit. Die erheblichen Beeinträchtigungen der unteren Extremitäten und die daraus folgende Behinderung sei dargelegt worden. Aufgrund dieser Untersuchungsbefunde und der erhobenen anamnestischen Angaben sei die volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit begründet worden und medizinisch nachvollziehbar. Ebenso klar sei, dass aufgrund der erhobenen Befunde in einer leidensadaptierten Tätigkeit keine rentenrelevante Arbeitsunfähigkeit der Versicherten medizinisch begründbar sei. Eine solche bleibe ihr vollschichtig zuzumuten. Die Ärztin schliesst, dass an der Beurteilung vom 30. August 2011 (E. 4.3) festzuhalten sei (IV-act. 51).

E. 4.6

Für die nächste Stellungnahme standen zusätzlich folgende Unterlagen zur Verfügung:

E. 4.6.1

Vom 3. bis zum 13. April 2012 hielt sich die Versicherte aufgrund von Atmungsinsuffizienz und Brustschmerzen im Krankenhaus (...) auf. Im Austrittsbericht (Dr. Y. _____) wurden zuerst die früheren Diagnosen und die Medikation aufgezählt. Die physische Untersuchung ergab unter anderem Geräusche beim Atmen, keine Zeichen für eine tiefe Venenthrombose, aber eine schwere Erkrankung der rechten Koronararterie mit chronischem Verschluss des mittleren Segments. Es wurde weiter festgehalten, die Versicherte weise mehrfache kardiovaskularen Risikofaktoren, Brustschmerzen, Veränderungen im Elektrokardiogramm, welche auf eine ischämische Myokardie hindeuteten, und erhöhte Troponinwerte auf. Die Herzprobleme hätten sich langsam verbessert und es sei möglich, dass eine Infektion der Atemwege bestehe. Es wurde eine Herzkatheteruntersuchung vorgeschlagen, in der die Verstopfung der rechten Koronararterie untersucht werden könne. Die Herzinsuffizienz habe verbessert werden können. Weiter wurden die Diagnosen ischämische Kardiopathie, akutes Koronarsyndrom (Nicht-ST-Hebungsinfarkt), chronische Verstopfung der rechten Koronararterie und Infektion der Atemwege festgehalten (IV-act. 68 [auch in act. 2/4 und als Beilage zu act. 16 enthalten]).

E. 4.6.2

Am 14. April 2012 hielt Dr. W. _____ in einem Bericht (IV-act. 57 = IV-act. 66 [auch in act. 2/4 enthalten; es fehlt jeweils die Seite 15, in act. 2/4 auch die S. 14]) zunächst die Anamnese fest (S. 1). Der Arzt stellte fest, seitdem die spanische Invalidenversicherung eine ständige absolute Arbeitsunfähigkeit erkannt habe, würden sich die chronischen Leiden verschlimmern, neue schwere Leiden und Folgen der Verletzungen beim Verkehrsunfall würden sich zeigen. Die Versicherte habe keine gewinnbringende Arbeit realisieren können und erleide wichtige Einschränkungen bei einer Vielzahl von Aktivitäten des täglichen Lebens und im Haushalt, in ihren Beziehungen und in ihrer Freizeit (S. 2). Es folgte die Aufzählung der Berichte, die dem Arzt zur Verfügung standen (S. 3-16). Aus den Akten ergaben sich für den Arzt folgende Diagnosen: (1) Diabetes (Insulinabhängigkeit) und Adipositas, (2) chronischer Bluthochdruck, ischämische Kardiopathie, (3) Hiatushernie und gastroösophagealer Reflux, leichte erosive Duodenitis, (4) bronchiales Asthma (moderate chronisch obstruktive Lungenkrankheit) und chronischer dauerhafter Schnupfen, (5.1) Bruch der Axis (C2) mit Folgen eines Erschütterungssyndroms, (5.2) Bruch des linken Handgelenks, Folge: chronischer Schmerz und funktionale Einschränkung, (5.3) Bruch des linken Oberschenkelknochens, mit Folge von chronischem Schmerz und funktionaler Einschränkung, (5.4) Rippenbruch links mit Folge von Neuralgie zwischen den Rippen, (6) degenerative und posttraumatische Arthrose des Knochengerüsts, (7) chronisch-depressive Störung und klinische Verschlechterung seit dem Verkehrsunfall, in Behandlung (S. 15). Der Arzt ging aufgrund der Diagnosen und Behandlungen der Spezialisten davon aus, dass es sich um chronische Krankheiten und deren Folgen handle, die sich klinisch und funktional verschlechterten. Er stellte eine schlechte Prognose. Er bezog sich sowohl auf den physischen als auch den psychischen Gesichtspunkt. Die Versicherte sei zu jeglicher Arbeit unfähig. Im täglichen Leben bestünden Einschränkungen, ebenso in der Hausarbeit und bei Hygiene und Diät. In vielen Situationen bedürfe sie der Hilfe dritter Personen. Sie habe keine physische Kraft, keine Konzentration und Aufmerksamkeit, die zur Ausübung von Tätigkeiten notwendig wären. Die Möglichkeit, Einkommen zu erzielen, sei in

tatsächlicher Hinsicht eingeschränkt. Die Krankheiten und deren Folgen seien chronisch, es gebe keine Heilung und sie würden sich klinisch wie funktional verschlechtern, nicht nur betreffend die Arbeitsfähigkeit, sondern im ganzen Leben. Es sei nicht davon auszugehen, dass eine Verbesserung erzielt werden könne, die das Arbeiten auf dem Arbeitsmarkt erlaube. Der Arzt zählte kurz die ständigen Invaliditäten in Spanien [nach spanischem Recht] auf. Wie in der Schweiz würde sich die Invalidität aus den Prozenten des Einkommensverlusts ergeben (S. 16). Im konkreten Fall würden die Berichte auf einen Grad des Verlust von Einkommen von 85 % schliessen lassen. Dieser sei definitiv (S. 17).

E. 4.7

Mit Stellungnahme vom 24. Juni 2012 hielt die Ärztin der IV-Stelle, Dr. X. _____, fest, der Bericht von Dr. W. _____ (E. 4.6.2) sei in den meisten Teilen identisch mit dem Bericht vom 23. November 2011 desselben Arztes (E. 4.4.9). Der im Bericht angeführte Bericht einer Hospitalisation vom 13. Januar 2012 bis zum 20. Januar 2012 wegen akuter Infektexazerbation des bekannten Asthmas der Versicherten sei von ihr (der Ärztin der IV-Stelle) in ihrer Einschätzung vom 26. März 2012 besprochen worden. Betreffend die erwähnte Hospitalisation vom 13. April 2012 fehle S. 15 des Berichts, so dass nicht ersichtlich sei, was nach dem Spitaleintritt weiter geschehen sei. Es handle sich aber auch in diesem Fall um ein akutes Krankheitsgeschehen, welches nicht rentenrelevant und für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit im Zeitpunkt der Stellungnahme gänzlich unerheblich sei. Der Bericht von Dr. W. _____ sei erneut eine blosser Aufzählung von irgendwelchen Diagnosen und Berichten. Er enthalte keine Elemente, die eine Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten erforderlich machen würden (IV-act. 59).

E. 4.8

Weiter standen folgende Berichte zur Verfügung:

E. 4.8.1

Gemäss dem Bericht vom 2. Juli 2012 des Krankenhauses (...) (Dr. Z. _____) hatte die Versicherte habe im April 2012 ein akutes Koronarsyndrom (Nicht-ST-Hebungsinfarkt), eine chronische Verstopfung der rechten Koronararterie, keinen Brustschmerz und keine häufigen und länger andauernden Krämpfe. Der Blutdruck sei schlecht kontrollierbar. Es wurden die Diagnosen ischämische Kardiopathie, Verschluss der Koronararterie, Bluthochdruck und Adipositas gestellt. Es wurde eine Nachkontrolle in einem Jahr festgesetzt (IV-act. 67 [auch in act. 2/4 enthalten]).

E. 4.8.2

Im Bericht vom 31. August 2012 hielt Dr. Aa. _____ zunächst die Diagnosen fest und schloss, die gesundheitliche Situation der Versicherten führe zu Schwierigkeiten im täglichen Leben, beim Laufen, Anziehen, Schlafen und bei der Ausübung jeglicher leichter oder sitzender Aktivität. Er zählte folgende Diagnosen auf: (1) Folgen der Fraktur von C1 und C2 mit Nacken- und Hinterkopfschmerzen, Einschränkung der Bewegung, nämlich 60 % bei der Rotation und 55 % bei Beugung und Streckung, gerade Wirbelsäule, keine Lordose, (2) Schmerzen an den Nervenwurzeln beider Arme, Taubheit und Kraftverlust, (3) Schwindel und wiederkehrende Kopfschmerzen, (4) Folgen einer schweren Fraktur von Elle und Speiche links distal, mit mangelhafter Konsolidierung, Arthrose, grossem Kraftverlust, funktioneller Einschränkung und schwerer Osteoporose, (5) Folgen einer schweren Fraktur des linken Oberschenkelknochens, Osteosynthese mit Platten und 13

Schrauben, Deformation des linken Knies, Arthrose, Verkürzung des linken Beins um 18 mm, (6) sehr schwere Veneninsuffizienz des linken Beins mit starkem Ödem, Schmerzen, Zyanose von Bein und Fuss unterhalb des Knies, mehrfach tiefe Venenthrombosen, (7) morbide Adipositas und (8) bronchiales Asthma, hypertensive Kardiopathie mit Herz- und Lungeninsuffizienz. Der Arzt schloss, die Gesamtheit der schweren Folgen und Verletzungen von Metabolismus, Knochen, Arterien, Wirbelsäule und Gefässen würden eine gesamthafte Pathologie darstellen, die unumkehrbar sei. Es bestehe eine klare Tendenz zur Verschlechterung und die Leiden würden bei der Versicherten starke Einschränkungen im täglichen Leben, beim Gehen, Anziehen, Stehen und grundsätzlich bei ihrer persönlichen Selbstversorgung verursachen, welche tägliche Hilfe anderer Personen notwendig mache. Sie sei in absoluter und ständiger Art und Weise zu jeder Arbeit unfähig (IV-act. 65 [auch in act. 2/4 enthalten]).

E. 4.8.3

Am 3. September 2012 hielt der Neuropsychiater Dr. Ab._____ handschriftlich fest, die Versicherte leide unter einer schweren chronischen depressiven Störung (IV-act. 64 [auch in act. 2/4 enthalten]).

E. 4.8.4

Dem Untersuchungsbericht desselben Arztes vom gleichen Datum ist zu entnehmen, er habe die Versicherte (ebenfalls am 3. September 2012) untersucht. Sie habe berichtet, schon als sie noch in der Schweiz gelebt habe, habe sie unter depressiven Störungen gelitten, die mit Antidepressiva und Anxiolytika behandelt worden seien. Während der Behandlung habe sie einen Suizidversuch unternommen, aufgrund dessen sie in ein Krankenhaus eingeliefert worden sei und eine Magenspülung habe durchgeführt werden müssen. Seither sei sie praktisch ununterbrochen auf eine Behandlung mit Psychopharmaka angewiesen. Im Bericht folgten die (bekannten) Diagnosen und die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit der spanischen Versicherung. Die schlechte gesundheitliche Situation habe dazu geführt, dass sich das grundlegende psychologische Problem der Versicherten allmählich verschlechtert habe und seit ihrem 2008 erlittenen Polytrauma keine interkritischen Phasen mehr beständen hätten. Die Versicherte fühle sich trotz medikamentöser Behandlung schrecklich traurig, könne sich für nichts begeistern und sei erfüllt von einer intensiven inneren Unruhe. Sie sei sehr empfindlich und reizbar. Sie verspüre Selbstunsicherheit und habe ein geringes Selbstwertgefühl. Sie habe grosse Schwierigkeiten, zwischenmenschliche Beziehungen zu unterhalten. Die Zukunft existiere für sie nicht. Sie weise ein schwer depressives Krankheitsbild auf, das sich nicht bessere und das es ihr unmöglich mache, ein normales Leben zu führen, da sowohl ihre kognitiven als auch volitiven Fähigkeiten vermindert seien. Das Vorhandensein eines chronischen Schmerzsyndroms trage wesentlich zur schlechten Entwicklung ihres depressiven Krankheitsbildes bei. Der Schmerz sei in letzter Zeit zum Mittelpunkt ihres Lebens geworden und beschäftige sie. Die psychologische Untersuchung basiere auf dem Beck'schen Depressions-Inventar und dem Angstinventar Zustand-Eigenschaft. Die von der Versicherten erreichten Punktwertungen seien sehr hoch. Angesichts der Ergebnisse könne bestätigt werden, dass die innere Unruhe der Versicherten pathologisch sei und auf deutliche und entscheidende Weise in ihr Leben eingreife. Es handle sich um eine schwere und chronifizierte depressive Störung mit kontinuierlichem Verlauf sowie eine somatoforme Störung aufgrund von Dauerschmerzen. Betreffend Arbeitsfähigkeit sei die Versicherte in den Aktivitäten des täglichen Lebens erheblich eingeschränkt und es liege auch eine gravierende Verminderung ihrer

Arbeitsfähigkeit von, die sich in den bedeutenden Defiziten bezüglich der Aufrechterhaltung von Aufmerksamkeit, Kontinuität und Rhythmus bei der Ausführung von Arbeiten äussere. Abschliessend könne festgestellt werden, dass alle oder fast alle Symptome die für die Diagnose erforderlichen internationalen Kriterien überschritten, wobei einige besonders schwerwiegend seien. Der Arzt hielt die Versicherte vom medizinischen Standpunkt aus für dauerhaft unfähig, jegliche Art von Arbeitstätigkeit, sowohl in Voll- als auch in Teilzeitarbeit auszuüben (IV-act. 72; deutsche Übersetzung: IV-act. 73).

E. 4.9

Mit Stellungnahme vom 25. Februar 2013 hielt die Ärztin der IV-Stelle, Dr. X. _____, an ihrer bisherigen Einschätzung fest. Der Psychiater (E. 4.8.4) habe aufgrund der so genannten Beck'schen Depressionsskala (wobei es sich um einen Fragebogen handle, bei dem die untersuchende Person ankreuzen könne, was sie für subjektiv richtig halte, und welche absolut keine objektive Skala und hochgradig manipulationsanfällig sei) die Diagnose einer schweren depressiven Episode, welche chronifiziert sein solle und stelle dann noch die Diagnose einer «somatomophen» Schmerzstörung, die es im DSM-Diagnosemanual nicht gebe, wahrscheinlich sei eine somatoforme Schmerzstörung gemeint. Dieser psychiatrische Bericht widerspreche allen vorangehenden Arztberichten. Dort sei weder eine depressive Verstimmung noch die Einnahme eines Antidepressivums erwähnt worden. Auch die Versicherte selber habe in ihren Briefen oder in den Fragebögen niemals auch nur den geringsten Hinweis auf eine andere als körperliche Beeinträchtigung gemacht. Der Bericht stehe auch im Widerspruch zum Haushaltsfragebogen, den die Versicherte ausgefüllt habe und in dem sie angegeben habe, fast alle Tätigkeiten noch selber verrichten zu können (E. 4.2.7). Hier ergebe sich auch ein eklatanter Widerspruch zum Schreiben von Dr. Aa. _____ (E. 4.8.2), wo er die Versicherte im Schlusssatz zur Hilfsbedürftigen in quasi allen Belangen und von Drittpersonen abhängig erkläre. Die dort angegebene absolute Unmöglichkeit für Tätigkeiten aller Art widerspreche der Eigeneinschätzung der Versicherten und der des spanischen Rentenarztes im E 213 und könne aufgrund der objektiven Beeinträchtigungen keinesfalls medizinisch erklärt werden. Die angeblich bereits chronische depressive Erkrankung habe weder zu einer antidepressiven oder psychiatrischen Behandlung in den Jahren vor 2012 geführt noch die Arbeitsfähigkeit der Versicherten eingeschränkt, die ja erst ab dem Unfalldatum am 13. Mai 2008 überhaupt in Frage gestellt werde. Die erste Erwähnung einer depressiven Verstimmung fände sich im Austrittsbericht der Inneren Medizin vom 20. Januar 2012 (E. 4.4.10), wo neu Citalopram (ein eher schwaches Antidepressivum) in allerdings niedriger Dosis verabreicht werde. Die Diagnose habe auf ängstlich-depressive Verstimmung gelautet. In den Unterlagen fände sich sonst keine Erwähnung einer psychischen Erkrankung. Auch im Schreiben der Versicherten vom 6. Oktober 2011 (Sachverhalt Bst. G) erwähne diese lediglich körperliche Störungen. Falls es sich um eine im Verlauf (also zukünftig) relevante depressive Störung handeln sollte, so sei sicher, dass diese erst am 3. September 2012 erstmalig psychiatrisch diagnostiziert worden sei. Der Erfolg einer Behandlung sei abzuwarten. Dies könne frühestens im Oktober 2013 festgestellt werden. In der für die Verfügung vom 2. April 2012 massgebenden Zeitperiode habe keine relevante Psychopathologie bestanden (IV-act. 77).

E. 4.10

Der nächsten medizinischen Stellungnahme lag einzig die Todesbescheinigung vom 16. Juli 2013 zugrunde. Darin wurde als unmittelbare Todesursache ein kardiorespiratorischer Stillstand genannt, als mittelbare Todesursache mehrfaches Organversagen und als ursprüngliche Ursache eine akute gangränöse Cholezystitis (Beilage zu act. 12).

E. 4.11

In der Stellungnahme vom 14. Oktober 2013 zu dieser Bescheinigung hielt die Ärztin der IV-Stelle, Dr. X._____, fest, der Tod der Versicherten sei auf ein schicksalhaft verlaufendes, unvorhersehbares Ereignis zurückzuführen und würde an ihrer (der Ärztin) bisherigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nichts ändern. Sie bezog sich auf einen Bericht der Kardiologie vom 13. April 2012, in dem eine normale linksventrikuläre Pumpfunktion des Herzens erwähnt worden sei, eine Koronarographie, die einzig einen chronischen Verschluss eines Gefäss zeige, das nicht als dilatationswürdig angesehen werde, und eine Kontrolluntersuchung der Kardiologie vom 2. Juli 2012, welche keine Zeichen der Herzinsuffizienz aufführe und lediglich eine Nachkontrolle in einem Jahr vorschlage (E. 4.8.1). Die Herzerkrankung vermöge keine Arbeitsunfähigkeit in der körperlich nicht beanspruchenden Verweistätigkeit als Buchhalterin/Kontoristin zu begründen (Beilage zu act. 18).

E. 4.12

Weiter wurden folgende Akten, die der nächsten medizinischen Stellungnahme zugrunde lagen, eingereicht:

E. 4.12.1

Im radiologischen Bericht des Krankenhauses (...) vom 24. Februar 2012 (Dr. Ac._____) wurde festgehalten, die Versicherte sei mit Verdacht auf Lungenentzündung eingetreten und mit Herzinsuffizienz. Der Befund habe keine akute pleuropulmonare Erkrankung ergeben. Die Röntgenbilder seien aufgrund der Adipositas schwer zu interpretieren. Die Aorta sei verkalkt (in der Beilage zu act. 16).

E. 4.12.2

Im Arztbericht vom 10. April 2012 (Dr. Ad._____) wurden anamnestisch ein metabolisches Syndrom (Bluthochdruck, Dyslipidämie, Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2), Atheromatose der Karotis, ohne bekannte Kardiopathie, chronisch obstruktive Lungenkrankheit, extrinsisches Asthma, idiopathisches Angioödem im Jahr 2007, tiefe Venenthrombose im Jahr 1992, Operation der Brust aufgrund eines Knotens rechts, Hiatushernie, leichte erosive Duodenitis, Arthrose, Thoraxtrauma mit Rippenfraktur links, Polytrauma 2008 mit Bruch von C1, C2 und Fortsatz, Handgelenk und Oberschenkelknochen links festgehalten. An chirurgischen Eingriffen wurden die Osteosynthese des linken Oberschenkelknochens, die Operation der Mandeln und des Wurmfortsatzes erwähnt. Diesmal sei die Versicherte eingetreten, weil sich ihre gewöhnliche Atemnot zunehmend verschlimmert habe und sie Brustschmerzen verspürt habe, die etwa 20 Minuten anhielten und dann ohne Medikamente nachliessen. Zudem habe sie Ödeme und Atemnot. Eine Röntgenaufnahme des Brustkorbes habe eine Vergrößerung des bronchiovaskulären Tramas mit Pleuraerguss ergeben. Das EKG habe sich nach Eintritt teilweise normalisiert. Es wurde eine Verkalkung der Mitralklappen ohne Stenose festgestellt. Die rechte Koronararterie weise eine schwere diffuse Verletzung im proximalen Segment und eine chronische Verstopfung im Mittelsegment auf. Es wurde eine pharmakologische Behandlung vorgeschlagen. Weiter wurden die später im Austrittsbericht

(E. 4.6.1) wiedergegebenen Risikofaktoren, die Verbesserung der Herzprobleme und die vorgeschlagene Untersuchung festgehalten (in der Beilage zu act. 16).

E. 4.12.3

Die Versicherte hielt sich vom 9. bis zum 12. April 2013 im Krankenhaus (...) auf:

E. 4.12.3.1

Im Bericht der Notfallstation vom 9. April 2013 (Dr. Ae._____) wurde (neben den bekannten Diagnosen) insbesondere festgehalten, die Versicherte sei wegen Schwindel und Taubheitsgefühl, vor allem rechts, von ihrem Hausarzt eingewiesen worden (in der Beilage zu act. 16).

E. 4.12.3.2

Im radiologischen Bericht vom 9. April 2013 (Dr. Af._____) zeigten sich insbesondere Verkalkungen der Karotides und der Vertebralarterien (in der Beilage zu act. 16).

E. 4.12.3.3

Im radiologischen Bericht vom 12. April 2013 (Dr. Ag._____) wurden als medizinische Daten kardiovaskuläre Risiken, Parästhesie in den Gliedern und karotische Geräusche festgestellt. Die Befunde waren Verkalkungen in beiden Halsschlagadern (in der Beilage zu act. 16).

E. 4.12.3.4

Im Austrittsbericht vom 12. April 2013 (Dr. Ah._____) wurden die bekannten Vorerkrankungen festgehalten, also insbesondere metabolisches Syndrom, Adipositas, Dyslipidämie, Diabetes mellitus Typ 2, Bluthochdruck, chronisch obstruktive Lungenkrankheit, akutes Koronarsyndrom, Hiatushernie, Arthrose, Verminderung der Kraft sowie Einschränkungen beim Laufen und langen Stehen. Bei weiteren Untersuchungen wurden ischämische Kardiopathie, chronische Verstopfung der Koronararterie rechts und Ateromatose der Karotis festgehalten. Als kardiovaskuläre Risikofaktoren präsentierten sich Adipositas, Bluthochdruck und Hyperlipämie. Während des Aufenthalts sei die Versicherte praktisch symptomfrei geworden. Als Diagnosen wurden gestellt: chronische Niereninsuffizienz, Bluthochdruck, ischämische Kardiopathie, Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Lungenkrankheit und Stenosis der Karotis beidseitig (in der Beilage zu act. 16).

E. 4.12.4

Im endoskopischen Bericht vom 16. Mai 2013 (Dr. Ai._____) wurde insbesondere festgehalten, dass keine Hiatushernie bestehe, zum Magen gebe es keine Befunde und der Zwölffingerdarm schein normal. Die Diagnose lautete auf Herzunzulänglichkeit und erosive Gastropathie (in der Beilage zu act. 16).

E. 4.12.5

Im endoskopischen Bericht vom 27. Mai 2013 (Dr. Aj._____) wurden als Grund für die Untersuchung Verdauungsstörungen angegeben. Der Befund lautete auf Gallensteine und Zyste in der rechten Niere (in der Beilage zu act. 16).

E. 4.12.6

Im Bericht der pathologischen Chirurgie vom 1. Juni 2013 (Dr. Ak._____) wurde die Diagnose chronische oberflächliche Gastritis gestellt (in der Beilage zu act. 16).

E. 4.12.7

Im Arztbericht zur kardiologischen Konsultation vom 10. Juni 2013 (Dr. Z._____) wurden ischämische Kardiopathie und Verschluss der Koronararterie rechts festgestellt. Vom kardiologischen Standpunkt spreche nichts gegen eine Operation (in der Beilage zu act. 16).

E. 4.12.8

Am 25. Juni 2013 trat die Versicherte ein weiteres Mal ins Krankenhaus (...) ein:

E. 4.12.8.1

Im Austrittsbericht aus der Notfallstation vom 25. Juni 2013 (Dr. Al._____), wo die Versicherte gleichentags eingeliefert worden war, wurden als Grund für den Eintritt Bauchschmerzen angegeben. Anamnestisch wurde (neben den bekannten Leiden, also metabolisches Syndrom, Adipositas, Dyslipidämie, Diabetes mellitus Typ 2, Bluthochdruck, chronische obstruktive Lungenerkrankung, akutes Koronarsyndrom, Hiatushernie, Arthrose, Stenose der Karotis beidseitig, chronische Niereninsuffizienz, Verminderung der Kraft, Einschränkungen beim Laufen und langen Stehen, Verdauungsstörung, Gallensteine und Zyste in der rechten Niere) festgehalten, die Versicherte leide seit April unter akuten Bauchschmerzen, die sich jetzt stark verschlimmert hätten. Sie habe seit Beginn der Schmerzen stark an Gewicht verloren und leide unter Schwindel (in der Beilage zu act. 16).

E. 4.12.8.2

Im radiologischen Bericht vom 27. Juni 2013 (Dr. K._____; Untersuchung am 25. Juni 2013) wurden verschiedene positive Befunde festgehalten, unter anderem die Verkalkung verschiedener Arterien. Auf Höhe des Lungenparenchyms erscheine das Bild eines Knotens von 9.7 mm. Möglicherweise bestehe ein Zusammenhang mit der Hypoventilation. Weiter wurden eine kleine Hiatushernie und Zysten in beiden Nieren festgestellt (in der Beilage zu act. 16).

E. 4.12.8.3

Im radiologischen Bericht vom 26. Juni 2013 (Dr. R._____) wurden schmerzmittelresistente Schmerzen im unteren Bauchbereich rechts festgehalten. Die Untersuchung ergab keine klaren Daten betreffend Irritation des Bauchfells. Eine Computertomographie ergab positive Befunde im Gallen- und Darmbereich, wohl akute Cholezystitis (in der Beilage zu act. 16).

E. 4.12.8.4

Nach der Operation am 26. Juni 2013 wurden im radiologischen Bericht vom 27. Juni 2013 (Dr. J._____) anamnestisch eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Cholezystektomie und Atmungsinsuffizienz festgehalten. Die Befunde lauteten auf Verringerung der diffusen Betroffenheit der Lunge im linken Lungenflügel, die möglicherweise Folge eines persistierenden Ödems im unteren Bereich sei, möglicherweise sekundär zur Verschleimung und oder einer akuten Infektion der Atemwege (in der Beilage zu act. 16).

E. 4.12.8.5

Im radiologischen Bericht vom 28. Juni 2013 (Dr. J._____) wurde anamnestisch eine sekundäre Peritonitis wegen gangränöser Cholezystitis festgehalten. Bei den Befunden

wurde ein Anstieg der diffusen Opazität in der Basalzone des rechten Lungenflügels, die auf einen Pleuraerguss hinweise, festgestellt (in der Beilage zu act. 16).

E. 4.12.8.6

Im Bericht zur internen Überweisung vom 1. Juli 2013 (Dr. Am. _____) wurden die bekannten Vorerkrankungen festgehalten, insbesondere schwer kontrollierbarer systolischer Blutdruck, Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas Typ 2, intrinsisches Asthma, dauerhafter Schnupfen, Depression (wobei nicht ganz klar ist, ob hier mit «Depresion» tatsächlich eine Depression oder eine Absenkung von etwas anderem als der Stimmung gemeint ist), chronische Verstopfung der Koronararterie und Infektion der Atemwege, schwere Stenose, vermutlich mehr als 90 % in der rechten inneren Karotis, mässige Stenose von ungefähr 60 % in der linken inneren Karotis, Vertebralarterien fühlbar, ohne signifikante Veränderungen. Es sollte ein Stent eingebracht werden. Betreffend Oberschenkel und Handgelenk wurde insbesondere das Polytrauma vor fünf Jahren angeführt. Aktuell wurde eine Operation (offene Cholezystektomie) von zwei Stunden Dauer durchgeführt. Es wurde ein zunächst nicht ganz problemloser postoperativer Verlauf beschrieben (in der Beilage zu act. 16).

E. 4.12.8.7

Der Bericht der Radiologie vom 4. Juli 2013 (Dr. An. _____) hielt fest, das Röntgenbild nach der Operation einer akuten gangränösen Cholezystitis zeige verschiedene Schlingen des Dünndarms in der linken Hälfte des Abdomens, die eine pathologische Ausdehnung aufwiesen (58 mm), die, aufgrund der Vorgeschichte der Versicherten, in Zusammenhang mit einem Darmverschluss stehen könnten, die Möglichkeit einer Darmverstopfung könne nicht ausgeschlossen werden (in der Beilage zu act. 16).

E. 4.13

Mit Stellungnahme vom 27. November 2013 hielt Dr. X. _____ weiterhin an ihrer Beurteilung fest. Sie ging kurz auf die einzelnen, nachgereichten Berichte ein. Sie hielt fest, die Berichte würden ihre bisherige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten belegen. So sei der Hospitalisationsgrund am 9. April 2013 (E. 4.12.3) eine akute, seit wenigen Stunden bestehende Gefühlsstörung der rechten Hand gewesen. In den ausführlichen anamnestischen Angaben werde keine Depression genannt, die Versicherte sei kardiopulmonal kompensiert mit normalem Blutdruck. Auch auf der Neurologie, wohin sie gleichentags verlegt worden sei, werde keine depressive Erkrankung in der Anamnese genannt und es seien genau diejenigen funktionellen Einschränkungen bezüglich des Bewegungsapparates aufgeführt, die bereits bekannt seien und welche zu einer rentenrelevanten Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit geführt hätten, aber die leidensadaptierte Verweistätigkeit nicht tangierten. Es werde eine atheromatöse relevante Stenose der Karotis diagnostiziert, die mittels einer Endarterektomie hätte operativ behandelt werden sollen, wäre die Versicherte nicht vorzeitig verstorben. Die kardiologische präoperative Abklärung vom 10. Juni 2013 (E. 4.12.7) beschreibe die Versicherte als asymptomatisch aus kardiologischer Sicht sowie einen unauffälligen kardiologischen Untersuchungsbefund (bei bekannter medikamentös behandelter ischämischer Kardiopathie mit chronischem asymptomatischen Verschluss der rechten Kranzarterie, welcher nicht behandlungswürdig sei) und halte fest, dass aus kardiologischer Sicht keine Kontraindikationen bezüglich der Operation vorlägen. Die kardial als belastend einzustufende geplante Operation der Karotis sei also aus kardiologischer Sicht als

problemlos zumutbar beurteilt worden, was ganz klar das Vorliegen einer rentenrelevanten Kardiopathie zu diesem Zeitpunkt ausschliesse. Am 25. Juni 2013 (E. 4.12.8) habe sich die Versicherte wegen Bauchschmerzen auf den Notfall begeben. Auch hier werde eine depressive Erkrankung in der Anamnese nicht erwähnt. Auch hier bestehe ein normaler kardiopulmonaler klinischer Status. Es sei eine Cholecystitis diagnostiziert worden und die Gallenblase sei am 26. Juni 2013 operativ entfernt worden. In der Folge sei es zu einer Pneumonie und weiteren schweren Komplikationen mit Todesfolge am 16. Juli 2013 gekommen. In all den eingereichten Berichten sei bis auf die unmittelbar dem Tod vorausgehende Zeit ein normaler kardiopulmonaler Befund erhoben und auch kardiologisch fachärztlich belegt worden. Es sei in all den eingereichten ausführlichen Berichten nie eine depressive Erkrankung erwähnt worden. Erwähnt worden seien hingegen die funktionellen Behinderungen im Bewegungsapparat der Versicherten bei Status nach Polytrauma 2008. Diese funktionellen Behinderungen resultierten in einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit der Versicherten als selbständiger Geschäftsführerin eines Schuh- und Kleidergeschäftes seit dem 12. Mai 2008. Was aber durch objektive Befunde in keiner Weise belegt werden könne, sei eine Arbeitsunfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit, wie sie die von der Versicherten früher ausgeübten Tätigkeit einer Kontoristin darstelle. Diese Tätigkeit könne sitzend oder in Wechselstellung ausgeübt werden und sei körperlich nicht belastend. In einer solchen Tätigkeit sei die Versicherte vollschichtig arbeitsfähig gewesen. Eine depressive Erkrankung über einen längeren - und damit erst rentenrelevanten Zeitraum - liesse sich nicht objektivieren, wie das auch die vielen nun eingereichten Arztberichte ohne Nennung einer solchen depressiven Störung klar unterstreichen würden (Beilage zu act. 19).

E. 5

Nun ist auf die Stellungnahmen der Ärzte der IV-Stelle einzugehen.

E. 5.1

Die erste Stellungnahme stammt vom 30. August 2011 (E. 4.3). Der Arzt geht auf den Bruch des Oberschenkelknochens und die Fehlstellung des Knies genauer ein. Die anderen Diagnosen erwähnt er nur. Weshalb diese für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seiner Meinung nach nicht relevant sind bzw. sein sollen, erwähnt er nicht. Auch erstaunt, dass diese Diagnosen nicht einmal bei den Nebendiagnose (mit und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) erwähnt werden. Nur nebenbei erwähnenswert ist, dass sich die Beschwerdeführerin gemäss den meisten Unterlagen den linken Oberschenkelknochen gebrochen hatte (ausführlich E. 4.1, 4.2.4.5, anders wohl E. 4.2.5 und 4.2.6), während der Arzt der IV-Stelle vom rechten Oberschenkelknochen spricht. Ebenfalls zu hinterfragen ist die Aussage, die Versicherte sei seit dem 12. Mai 2008 in einer Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. An diesem Tag hatte die Versicherte einen Autounfall und war anschliessend für über einen Monat im Krankenhaus. Es darf angenommen werden, dass sie während dieses Aufenthalts auch in jeglicher Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig war. Immerhin ist die Stellungnahme insoweit nachvollziehbar, als der Arzt die Diagnosen erwähnt, woraus - wie soeben ausgeführt - geschlossen werden kann, dass sie für ihn ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sind. Da es sich dabei zu einem grossen Teil um Diagnosen handelt, die bereits in einer Zeit gestellt wurden, als die Versicherte noch arbeitete - Bluthochdruck, Dyslipidämie, Diabetes mellitus, tiefe Venenthrombose und Probleme mit dem Darm wurden bereits am 7. April 1999 festgehalten (E. 4.2.2), Asthma am 15. November 2007 diagnostiziert (E. 4.2.3), die Versicherte arbeitete aber bis zum 13.

Mai 2008 (Sachverhalt Bst. A) -, erweist sich dies als vertretbar.

E. 5.2

Die nächste Stellungnahme datiert vom 26. März 2012 (E. 4.5). Die Ärztin hält fest, die Berichte von Dr. W._____ und Dr. O._____ könnten keinen medizinisch begründbaren Gesundheitsschaden dokumentieren, weil keine klinische Untersuchung der Versicherten stattgefunden habe. Zwar ist richtig, dass bei einem Bericht, in dem die Person, um die es geht, nicht persönlich begutachtet wurde, dieser Umstand zu berücksichtigen ist. Aber es kann nicht per se davon ausgegangen werden, dass ein solcher Bericht sich nicht zur Arbeitsfähigkeit äussern kann. Auch Dr. X._____ selbst nahm keine klinische Begutachtung der Versicherten vor, nimmt aber für ihre Stellungnahme in Anspruch, die Arbeitsfähigkeit der Versicherten beurteilen zu können. Hier liegt denn auch ein Schwachpunkt in der Behandlung des vorliegenden Falles durch die Vorinstanz. Eine eigentliche Begutachtung der Versicherten durch eine von der Vorinstanz beauftragte Stelle fand nicht statt und soweit Berichte die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin thematisieren, werden sie - dies kann bereits hier festgehalten werden - von der Ärztin der IV-Stelle kritisiert. Zwar hält die Ärztin der IV-Stelle im Folgenden fest, eine detaillierte klinische Untersuchung sei im Formular E 213 vom 13. Januar 2010 erhoben worden, jedoch beschränken sich die Aussagen in jenem Gutachten auf wenige Zeilen. Es wird nicht ausgeführt, welche Untersuchungen ausgeführt wurden, sondern nur einige wenige Ergebnisse festgehalten. Den Beschwerdeführenden ist denn auch zuzustimmen, wenn sie festhalten, bei der herz- und lungenkranken Versicherten seien diesbezügliche Untersuchungen nicht durchgeführt worden, und damit offensichtlich zum Ausdruck bringen wollen, solche hätten durchgeführt werden müssen. Jedenfalls werden solche Untersuchungen im Formular E 213 mit keinem Wort erwähnt. Dass die Versicherte aber Herz- und Lungenprobleme hatte, ergibt sich klar aus den Akten (E. 4.2.3, 4.4.1, 4.4.7 f., 4.4.10 f., 4.6.1 f., 4.8.1 f., 4.12.2, 4.12.3.3 f., 4.12.8.6). Demnach kann von einer detaillierten klinischen Untersuchung keine Rede sein, woran auch der Titel des Dokuments, in dem das Wort «detailliert» erscheint, nichts ändert. Damit lag zum Zeitpunkt, in dem die Stellungnahme der Ärztin der IV-Stelle vom 26. März 2012 (E. 4.5) erfolgte, kein Gutachten in den Akten, das auf einer umfassenden Untersuchung basierte. Demnach hätten zumindest die ärztlichen Berichte eingehender gewürdigt werden müssen. Dass es sich bei der Hospitalisation vom 13. bis zum 20. Januar 2012 (E. 4.4.10) um ein akutes Geschehen gehandelt hat, heisst beispielsweise nicht automatisch, dass dem keine rentenrelevante Erkrankung zugrunde liegt. Immerhin hielt sich die Versicherte bereits am 19. Oktober 2011 wegen Atemnot im Krankenhaus auf (E. 4.4.7) und am 10. November 2011 wurden wieder vor allem Herz-Lungenprobleme festgestellt (E. 4.4.8). Im genannten Entlassungsbericht ist zudem nirgends festgehalten, die Versicherte sei in gutem Zustand entlassen worden, sondern es ist von weiteren Kontrollen die Rede. Zu den Atmungsproblemen, die die Versicherte - wie sich aus den gerade genannten Berichten ergibt - offensichtlich hatte, äussert sich die Ärztin der IV-Stelle nicht. Dass wiederum keine Nebendiagnosen - allenfalls ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - festgehalten werden, ist nicht nachvollziehbar.

E. 5.3

Soweit hier die Ärztin in ihrer weiteren Stellungnahme vom 24. Juni 2012 (E. 4.7) ausführt, im Bericht von Dr. W._____ fehle S. 15, weshalb nicht ersichtlich sei, was nach dem dort erwähnten Spitalaufenthalt passiert sei, ist auf das soeben Gesagte zurückzukommen. Auf

S. 14 wird nämlich bereits ersichtlich, dass sich die Atemnot der Beschwerdeführerin verstärkt habe. Am 13. April 2012 erfolgte eine weitere Hospitalisation aufgrund des Asthmas. Dass hierauf immer noch nicht eingegangen wird, ist wiederum nicht nachvollziehbar.

E. 5.4

In ihrer Stellungnahme vom 25. Februar 2013 (E. 4.9) geht die Ärztin insbesondere auf den psychiatrischen Bericht ein. Sie kritisiert, der vom Psychiater verwendete Fragebogen sei subjektiv, keine objektive Skala und hochgradig manipulationsanfällig. Der Ärztin der IV-Stelle ist zuzustimmen, wenn sie ausführt, in früheren ärztlichen Berichten sei nicht von depressiven Verstimmungen oder der Einnahme eines Antidepressivums die Rede gewesen. Daher erscheint die Diagnose einer (insbesondere) chronifizierten schweren depressiven Episode tatsächlich kaum nachvollziehbar. Allerdings ist bereits zuvor von depressiven Verstimmungen die Rede und zwar nicht erst - wie die Ärztin ausführt - im Austrittsbericht der Inneren Medizin vom 20. Januar 2012, sondern bereits im Bericht von Dr. W. _____ vom 23. November 2011 (E. 4.4.9). Auch im dort (auf S. 13) genannten Rezept (enthalten in IV-act. 49 S. 31) wurde Alprazolam verschrieben, was zumindest auf Ängstlichkeit der Versicherten - wenn auch möglicherweise nur im Umfeld des Krankenhauses - schliessen lässt. Gleiches gilt für das Trankimazin, welches im Austrittsbericht vom 20. Juni 2008 (E. 4.2.4.5 [Medikation in der Zusammenfassung nicht wiedergegeben]) erwähnt wird. Soweit die Ärztin festhält, der Psychiater stelle die Diagnose einer «somatomorphen» Schmerzstörung, die es im DSM-Diagnosemanual nicht gebe, ist hier festzuhalten, dass es sich um eine Ungenauigkeit in der Übersetzung handelt, die der Ärztin, die des Spanischen mächtig ist (vgl. IV-act. 50 S. 1), hätte auffallen dürfen. «Somatoforme Störungen» heissen auf Spanisch nämlich «trastornos somatomorfos» was in der Übersetzung zur «somatomorphe[n] Störung» wurde. Wenn die Ärztin weiter angibt, im Fragebogen zum Haushalt habe die Versicherte erklärt, fast alle Haushaltstätigkeiten selber ausführen zu können, ist dem insofern zu widersprechen als die Versicherte bereits in diesem Fragebogen (wenn auch erst auf der nächsten Seite) diesbezüglich einige Einschränkungen macht und sogar erklärt, sie beschäftige ca. sechs Stunden pro Woche eine Person, die ihr im Haushalt helfe (E. 4.2.7). Inwiefern im übrigen die Einschätzung von Dr. Aa. _____ betreffend vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit der Versicherten - wie die Ärztin der IV-Stelle geltend macht - der Einschätzung des spanischen Rentenarztes im Formular E 213 «diametral entgegen» stehen soll, erschliesst sich dem Bundesverwaltungsgericht nicht. Im Formular wird einzig bei der entsprechenden Frage («¿Puede el asegurado trabajar a domicilio sin la ayuda de otra persona?» [Kann der Versicherte zu Hause ohne Hilfe anderer Personen arbeiten?]) das Feld «Ja» angekreuzt (IV-act. 5 S. 10). Nicht zu übersehen ist aber auch, dass der spanische Rentenarzt davon ausgeht, es käme einzig Telearbeit in Frage, auf einen Invaliditätsgrad von 70 % kommt und von einer absoluten Invalidität ausgeht, was wieder eher im Einklang mit der Einschätzung von Dr. Aa. _____ steht.

E. 5.5

In ihrer Stellungnahme vom 14. Oktober 2013 (E. 4.11) zur Todesbescheinigung erwähnt die Ärztin der IV-Stelle nun erstmals Herzprobleme der Versicherten und hält dazu nur fest, diese seien nicht invalidisierend gewesen.

E. 5.6

In der letzten Stellungnahme vom 27. November 2013 (E. 4.13) sieht die Ärztin der IV-Stelle ihre bisherige Ansicht durch die weiter eingereichten Unterlagen bestätigt. Zuzustimmen ist ihr darin, dass der Grund für die Hospitalisation der Versicherten am 9. April 2013 eine akute Gefühlsstörung der rechten Hand war. Auch wird keine depressive Störung genannt (wobei, wie oben in E. 4.12.8.6 festgehalten eine Textstelle diesbezüglich nicht klar ist). Dass die Versicherte zu diesem Zeitpunkt einen normalen Blutdruck aufwies, ändert zudem nichts daran, dass bis zu diesem Zeitpunkt fast in jedem Bericht Bluthochdruck festgehalten wurde. Richtig ist, dass im kardiologischen Bericht vom 10. Juni 2013 festgehalten wird, es spreche aus kardiologischer Sicht nichts gegen die Operation. Wenn die Ärztin aber weiter festhält, in all den eingereichten Berichten sei bis auf die unmittelbar dem Tod vorausgehende Zeit ein normaler kardiopulmonaler Befund erhoben und auch kardiologisch fachärztlich belegt worden, so ist dem entgegenzuhalten, dass einerseits - wie bereits zuvor festgehalten wurde (E. 5.2) - immer wieder von Asthma die Rede war und Atemnot verschiedentlich zu einer Hospitalisierung führte und andererseits die mehrfache Erwähnung einer ischämischen Kardiopathie und Verschluss der Koronararterien kaum als normaler Befund gewertet werden kann.

E. 6.1

Es ist hier somit festzuhalten, dass die Stellungnahmen der Ärzte der IV-Stelle zumindest unvollständig sind und sich jeweils nicht mit sämtlichen Diagnosen auseinandersetzen. Auch wird die Situation nicht gesamthaft, sondern - wenn überhaupt - nur in Bezug auf einzelne Leiden gewürdigt. Trotz der zuvor am Formular E 213 geäußerten Kritik (E. 5.2) ist hier zudem noch einmal festzuhalten, dass auch in diesem Formular grundsätzlich eine bedeutende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgehalten wird. Zwar werden die späteren Fragen nach einer Bildschirmarbeit und der selbständigen Arbeit im Haushalt mit Ja beantwortet, es wird aber auch spezifiziert, dass als angepasste Tätigkeit nur Telearbeit in Frage komme. Diese Vorgabe würde die Arbeitsfähigkeit der Versicherten doch stark einschränken. Überhaupt ist in sämtlichen weiteren Akten, die auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten eingehen, von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit die Rede. Vorliegend wurden bei einigen Leiden der Versicherten deren (allenfalls fehlenden) Folgen auf ihre Arbeitsfähigkeit von den Ärzten der IV-Stelle nicht ausreichend begründet.

E. 6.2

Da sich die Stellungnahmen der Ärzte der IV-Stelle als nicht umfassend und teilweise auch ungenau erweisen, ist die Sache zur neuerlichen Abklärung des Sachverhalts an die Vorinstanz zurückzuweisen. Da die Versicherte mittlerweile verstorben ist, kann sie selbst nicht mehr untersucht werden. Die Vorinstanz wird aber die vorhandenen Akten genau zu sichten, auf sämtliche (wesentlichen) Leiden der Versicherten einzugehen und insbesondere nachvollziehbar darzulegen haben, ob und, wenn ja, wie sich diese auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken. Dazu sind Spezialisten in den Fachgebieten, welche die Leiden der Beschwerdeführerin betreffen, beizuziehen. Anschliessend wird der IV-Grad allenfalls neu zu berechnen sein. Die Vorinstanz wird dabei allenfalls auch zu prüfen haben, ab welchem Zeitpunkt der Rentenanspruch beginnt (E. 2.5.1 f.).

E. 6.3

Unter diesen Umständen ist hier auf die Auflistung der einzelnen Leiden der Versicherten in den verschiedenen Rechtsschriften der Versicherten bzw. der Beschwerdeführenden nicht mehr einzugehen. Ob und, wenn ja, wie sich diese - teils schon vorbestehenden -

Leiden auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten auswirkten, wird die Vorinstanz zu beurteilen haben.

E. 7

Es bleibt, über die Kosten- und Entschädigungsfolgen zu befinden.

E. 7.1

Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 1 und 2 VwVG, Art. 6 Bst. b des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]), und es sind der von der Versicherten geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.-- sowie die zusätzlich einbezahlten Fr. 20.-- nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten den Beschwerdeführenden auszuführen.

E. 7.2

Als obsiegende Partei haben der Beschwerdeführenden Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihnen erwachsenen notwendigen Kosten (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 Abs. 1 und 2 VGKE). Im vorliegenden Fall hat der Rechtsvertreter der Beschwerdeführenden keine Honorarnote eingereicht, weshalb die Parteientschädigung aufgrund der Akten und nach Ermessen festzulegen ist (vgl. Art. 8 ff. und 14 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht des Umstands, dass es sich um einen eher aufwändigen Fall handelt, ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.-- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.-]) gerechtfertigt.

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