

# **BVGer C-3041/2014 vom 28. September 2016**

Bundesverwaltungsgericht, 2016-09-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3041\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3041_2014)

FR: TAF C-3041/2014 du 28 septembre 2016

IT: TAF C-3041/2014 del 28 settembre 2016

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]; Art. 40 Abs. 1 Bst. b IVV [SR 831.201]) und die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 4. Juni 2014 einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

### **E. 2.1**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG; Benjamin Schindler, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.] Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zürich 2008, Rz. 1 ff. zu Art. 49).

### **E. 2.2**

Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212; vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2; 127 II 264 E. 1b).

### **E. 3.1**

Die Beschwerdeführerin ist Staatsangehörige von Bosnien und Herzegowina. In den Jahren von 1988 bis 1995 war sie in der Schweiz wohnhaft und erwerbstätig. Aktuell wohnt sie in Bosnien und Herzegowina. Da die Schweiz nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien mit Bosnien und Herzegowina noch kein neues Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen hat, bleibt das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 (SR 0.831.109.818.1, nachfolgend: Abkommen Schweiz-Jugoslawien) anwendbar (vgl. BGE 126 V 198 E. 2b, 122 V 381 E. 1 m.H.). Nach Art. 2 dieses Abkommens sind die Staatangehörigen der Vertragsstaaten in den Rechten

und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleichgestellt, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist. Entsprechend richtet sich der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung grundsätzlich nach schweizerischem Recht.

### **E. 3.2**

Die Sache beurteilt sich - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - nach denjenigen materiellen Rechtssätzen, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. BGE 130 V 329). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445).

### **E. 3.3**

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der Verwaltungsverfügungen in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Verfügungserlasses gegeben war (vgl. Urteil des BGer 9C\_549/2015 m.H. auf BGE 130 V 138 E. 2.1 und 129 V 1 E. 1.2).

### **E. 4.1**

Anspruch auf eine Rente haben laut Art. 28 Abs. 1 IVG 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 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). 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 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). 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). Volljährige, die vor der Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit nicht erwerbstätig waren und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, gelten als invalid, wenn eine Unmöglichkeit vorliegt, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Art. 7 Abs. 2 ATSG ist sinngemäss anwendbar (Art. 8 Abs. 3 ATSG).

### **E. 4.2**

Ob eine versicherte Person als ganzzeitig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, was je zur Anwendung einer andern Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich)

führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxismässig nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1; 125 V 146 E. 2c).

#### **E. 4.3**

Eine ordentliche Rente wird nur gewährt, wenn der Versicherte bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung vom 6. Oktober 2006). Der Rentenanspruch entsteht sodann frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs und die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (vgl. Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung vom 6. Oktober 2006).

#### **E. 4.4**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Letzteres gilt gemäss Art. 8 Bst. e des Abkommens Schweiz-Jugoslawien auch für Staatsangehörige von Bosnien und Herzegowina.

#### **E. 4.5**

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 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine

zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Schliesslich kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

## **E. 5**

Die Beschwerdeführerin hat die erforderliche dreijährige Mindestbeitragsdauer erfüllt (act. 32; Art. 36 Abs. 1 IVG). Ein allfälliger Rentenanspruch könnte sodann ausgehend von der ersten Geltendmachung des Leistungsanspruchs am 19. Januar 2009 (act. 8) frühestens am 1. Juli 2009 entstanden sein (Art. 29 Abs. 3 ATSG; Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG; BGE 138 V 475 E. 3.4). Nicht bestritten ist der Umstand, dass die Beschwerdeführerin seit ihrer Rückkehr nach Bosnien und Herzegowina im Jahr 1995 nicht mehr erwerbstätig war. Aus den Akten geht nicht hervor, dass sie die Arbeit infolge Krankheit aufgab. Nach Angaben der Beschwerdeführerin war der Grund für die Arbeitsaufgabe in der Schweiz vielmehr die Unmöglichkeit der Visumsverlängerung (act. 25). Bei der Bemessung der Invalidität ist daher nach der spezifischen Bemessungsmethode vorzugehen, d.h. es ist darauf abzustellen, in welchem Masse die Beschwerdeführerin unfähig ist, sich im Aufgabenbereich zu

betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG). 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). Während die Vorinstanz in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 15. Mai 2014 von einem Invaliditätsgrad von 40 % ausgeht, macht die Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 % geltend (vgl. zu den Vorbringen der Verfahrensbeteiligten E. B ff. vorstehend). Somit bleibt zu prüfen, in welchem Mass die Beschwerdeführerin unfähig ist, sich im Haushalt zu betätigen.

### **E. 5.1**

Ausschlaggebend für die Festsetzung der gesundheitlich bedingten Einschränkung im Aufgabenbereich Haushalt ist nicht die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit, sondern wie sich der Gesundheitsschaden in der nichterwerblichen Betätigung konkret auswirkt, was durch die Abklärung an Ort und Stelle (im Haushalt der versicherten Person) erhoben wird (Urteils des BGer 9C\_121/2011 vom 31. März 2011 E. 3.1.1 m.H.; Art. 69 Abs. 2 Satz 2 IVV).

### **E. 5.2**

Die von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort stellt für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehr zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar. Hinsichtlich des Beweiswertes der entsprechenden Berichterstattung ist wesentlich, dass sie durch eine qualifizierte Person erfolgt, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein sowie in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Zwar ist der Abklärungsbericht seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet. Prinzipiell jedoch stellt er auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, d.h. wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht. Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Urteile des BGer 8C\_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1 sowie 9C\_201/2011 vom 5. September 2011 E. 2 m.H.).

### **E. 5.3**

Es ist denkbar, dass bei im Ausland wohnenden Versicherten auf eine Haushaltabklärung an Ort und Stelle im Sinn von Art. 69 Abs. 2 IVV verzichtet werden kann. Diesfalls hat die Einschätzung der Invalidität im gewohnten Aufgabenbereich unter Mitwirkung eines Arztes zu erfolgen und dieser hat sich ausführlich und detailliert zu den von der versicherten Person angegebenen Einschränkungen zu äussern (vgl. Urteil des BGer I 733/06 vom 16.

Juli 2007 E. 4.2.2). Die Praxis der Vorinstanz, bei Versicherten im Ausland die erforderlichen Informationen über die tatsächlichen Verhältnisse an Ort und Stelle mit einem entsprechenden Fragebogen zu erheben und daran eine Beurteilung der eingeholten Auskünfte durch die Ärzte des medizinischen Dienstes anzuschliessen, wird vom Bundesverwaltungsgericht im Grundsatz geschützt und insbesondere damit begründet, dass die Invalidenversicherung ansonsten auf der ganzen Welt entsprechend qualifizierte und erfahrene Abklärungspersonen einsetzen müsste, was einen unverhältnismässigen Aufwand darstellen würde. Zu beachten ist allerdings, dass sich die Beurteilung der Ärzte auf substantiierte Erhebungen der tatsächlichen Verhältnisse zu stützen hat (vgl. Roland Hochreutener, IV-Leistungen für Versicherte im Ausland, in: Kieser/Lendfers [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht, 2016, S. 107 m.H. auf Urteile des BVGer C-7026/2013 vom 9. September 2015 E. 5.5.1; C-4491/2013 vom 4. Mai 2015 E. 6.9).

## **E. 6**

Da die Beschwerdeführerin in Bosnien und Herzegowina wohnt, wurde keine Abklärung vor Ort durch eine qualifizierte Person durchgeführt. Vielmehr hat RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, den Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin aufgrund der Aktenlage festgelegt. Die wesentlichen Dokumente werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt.

### **E. 6.1**

Im Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten vom 23. Juli 2010 (act. 25-3 ff.) und 2. Februar 2013 (act. 62-3 ff.) gab die Beschwerdeführerin an, ihr Haushalt setze sich aus drei Personen (zwei Erwachsene und ein Kind mit Jahrgang 1995) zusammen. Die Haushaltsführung könne sie nicht allein, sondern nur mit der Hilfe ihrer Tante, die mit ihr lebe, bewältigen. Gemüse und Früchte rüsten und schneiden könne sie nicht. Mahlzeiten zubereiten und Geschirr spülen könne sie nicht selbständig. Sie könne weder die Küche noch die Fussböden reinigen. Manchmal sei sie jedoch in der Lage, den Staubsauger zu verwenden. Betten machen und Fenster reinigen könne sie nicht. Die Einkäufe mache sie nur in Begleitung ihrer Tante, die auch das Auto habe. Die Wäsche könne sie ebenfalls nur mit Hilfe der Tante besorgen. Jedoch könne sie nicht die Wäsche aufhängen und abnehmen, bügeln oder flicken. Stricken, Nähen oder Häkeln sei nicht möglich. Vor Eintritt des Gesundheitsschadens habe sie sich neben der Haushaltsführung mit der Besorgung eines Nutzgartens und von Tieren beschäftigen können. Auch sei sie in der Lage gewesen, Kleider anzufertigen oder umzuändern und habe gemeinnützige oder andere Tätigkeiten ausüben können. All diese Tätigkeiten könne sie nun nicht mehr verrichten. Sie brauche rund um die Uhr Hilfe für alle schweren und mittelschweren Arbeiten sowie für einen grösseren Teil der leichten Arbeiten, bei denen sie sich unsicher fühle.

### **E. 6.2**

Das interdisziplinäre medizinische Gutachten vom 31. Oktober 2013 wurde von Dr. E.\_\_\_\_\_, Innere Medizin, Dr. F.\_\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie, PD Dr. G.\_\_\_\_\_, Neurologe, und Dr. H.\_\_\_\_\_, Psychiatrie, erstellt.

#### **E. 6.2.1**

Im Rahmen dieser Begutachtung gab die Beschwerdeführerin an, sie sei in der Hausarbeit deutlich eingeschränkt. Sie reinige Böden, sauge Staub, rühre in Pfannen und lege Gewaschenes zusammen. Die Zubereitung der Mahlzeiten übernehme die Tante, ebenso die Wäsche, das Bügeln, Nähen und Flickern. Die Einkäufe erledige sie gemeinsam mit der

Tante (act. 86-12). Zur Tagesstruktur befragt, erklärte sie, sie stehe um 6 Uhr auf, trinke Tee und schaue TV. Zwischen 8 und 9 Uhr bereite die Tante das Frühstück zu. Anschliessend gehe sie mit der Tante einkaufen oder erledige Hausarbeit. Um 13 Uhr esse sie zu Mittag, was die Tante gekocht habe. Nach dem Essen lege sie sich 15 bis 20 Minuten hin. Den Nachmittag verbringe sie auf dem Balkon oder am Fenster und vor dem Fernseher. Abends gehe sie eine halbe Stunde spazieren. Das Nachtessen werde von der Tante vorbereitet. Nach dem Essen führe sie Gespräche mit dem Sohn und schaue TV. Um 22 Uhr gehe sie zu Bett (act. 86-14). Sodann erklärte die Beschwerdeführerin, sie sei vergesslich und könne nicht schlafen. Auch sei sie durch ein Ameisenlaufen in Händen und Füssen geplagt sowie durch einen stechenden Schmerz in der Fusssohle. Die Kraft in den Händen sei vermindert, oft lasse sie Gegenstände fallen. Sie sei unsicher beim Gehen, schwanke und fühle sich benommen. Die thoracolumbalen Rückenschmerzen seien konstant vorhanden und verstärkten sich bei längerem Sitzen oder Gehen (act. 86-15). Zudem erklärte die Beschwerdeführerin, die Kraftverminderung an den oberen und unteren Extremitäten stelle eine Behinderung bei alltäglichen Verrichtungen dar. So sei sie bei Arbeiten über Kopf, beim Aufhängen der Wäsche etc., durch die Schwäche in den Armen behindert, indem diese nur kurze Zeit über Schulterhöhe gehalten werden könnten (act. 86-23).

#### **E. 6.2.2**

In allgemeinmedizinischer und internistischer Hinsicht stellte Dr. E. \_\_\_\_\_ einen Diabetes mellitus Typ II fest. Zudem hätten sich Diabetes-typische Komplikationen entwickelt, wobei eine periphere Polyneuropathie im Vordergrund stehe. Ferner bestätige die Blutuntersuchung die Verdachtsdiagnose einer Hashimoto-Thyreoiditis. Die übrigen Laborbefunde hätten jedoch eine Stoffwechsellage mit normaler Schilddrüsenfunktion ergeben. Aus rein internistischer Sicht liege kein invalidisierendes Leiden vor. Es wurde aber empfohlen die ungenügende Blutzuckereinstellung zu optimieren. Eine Therapiebedürftigkeit der Schilddrüsenerkrankung bestehe hingegen aktuell nicht (act. 86-17 f.).

#### **E. 6.2.3**

In orthopädischer Hinsicht wurde ein thoracolumbales Schmerzsyndrom diagnostiziert. Dr. F. \_\_\_\_\_ führte aus, die Beschwerdeführerin gebe Beschwerden vor allem im Bereich des thoracolumbalen Überganges an, wobei es zeitweise zu einer Schmerzausstrahlung ins rechte Bein, geringgradig auch ins linke Bein komme; der Schmerz strahle bis in die Ferse aus. Ein 1991 erlittener Treppensturz habe zu vorübergehenden Beschwerden in der Lendenwirbelsäule geführt, die dann aber wieder rasch gebessert hätten. Klinisch stellte Dr. F. \_\_\_\_\_ eine deutliche Klopf- und Druckdolenz im thoracolumbalen Übergang, ein leichter lumbaler Hartspann und ein Finger-Boden-Abstand von 30 cm fest. Der Lasègue-Test sei negativ. Die neuen Röntgenbilder von Brust- und Lendenwirbelsäule würden einen im Wesentlichen altersentsprechenden Befund zeigen. Somit könne die Versicherte heute einer leichten Tätigkeit ganztags vollschichtig nachgehen (act. 86-19 ff.).

#### **E. 6.2.4**

In neurologischer Hinsicht erklärte PD Dr. G. \_\_\_\_\_, insgesamt seien Reflexbefund und Pallhypästhesie vereinbar mit einer Polyneuropathie, welche auch durch die elektrophysiologischen Untersuchungsbefunde bestätigt werde. Diese dokumentierten eine sensomotorische Polyneuropathie mässiger Ausprägung, welche gegenüber der Voruntersuchung vom 29. Dezember 2010 deutlicher ausgeprägt sei. Hinweise auf eine

relevante axonale Schädigung würden sich keine ergeben, so dass eine vorwiegend demyelinisierende Polyneuropathie vorliege. Die geklagte Schwäche an oberen und unteren Extremitäten, welche auch proximale Abschnitte betreffe, sei im geschilderten Ausmass auf der Grundlage der Polyneuropathie schwer verständlich. Die neurologischen Befunde des nervus medianus rechts würden ein deutlich ausgeprägtes Carpaltunnelsyndrom belegen, obgleich diesbezüglich über typische Beschwerden nicht geklagt werde bzw. diese nicht abgrenzbar seien. Überwiegend wahrscheinlich müsse die Polyneuropathie als Komplikation des langjährigen Diabetes mellitus beurteilt werden. Dagegen könne elektromyographisch eine neurogene Läsion im Myotom L5 bzw. ein motorisches radikuläres Ausfallssyndrom L5 rechts nicht bestätigt werden. Eine solche gehe auch aus den elektromyographischen Befunden vom 30. März 2009 bzw. 29. Dezember 2010 von Dr. C.\_\_\_\_\_ nicht hervor, zumal die mittlere Dauer der Einheitenpotentiale als normal beschrieben werde. Auch klinisch fänden sich heute keine radikulären Reiz- und Ausfallssymptome an den unteren Extremitäten, so dass die in den Akten beschriebene "Radikulopathie L5/S1 bds." nicht bestätigt werden könne. Bemerkenswert sei die Tatsache, dass nach Angaben der Beschwerdeführerin Rückenschmerzen das aktuelle Beschwerdebild dominieren würden, welche distal thorokal und lumbal lokalisiert seien. Die Ausbreitung der Schmerzen ins rechte Bein sei aufgrund ihres Verteilungsmusters segmental schwer zuzuordnen und im Rahmen eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms zu interpretieren. Diesbezüglich und insbesondere im Hinblick auf die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei auf die Beurteilung des Orthopäden zu verweisen (act. 86-28 f.). Allein aufgrund der Polyneuropathie würden sich Einschränkungen ergeben, indem längeres Stehen und Gehen (maximal 30 Minuten ohne Pause) durch Ermüdbarkeit limitiert seien. Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten mit Sturzgefahr seien ungeeignet (Unsicherheit aufgrund der Afferenzstörung). Beim bestehenden Carpaltunnelsyndrom seien längerdauernde bzw. repetitive Tätigkeiten mit starker manueller Belastung (bzw. Belastung des Handgelenks) ungeeignet. Rückenadaptierte Tätigkeiten mit Wechselstellungen, ohne regelmässiges Heben und Tragen von Lasten über 5 kg seien möglich. Aus neurologischer Sicht schätzte PD Dr. G.\_\_\_\_\_ die Einschränkung in der Haushaltstätigkeit auf 25 % (act. 86-29 f.).

#### **E. 6.2.5**

In psychiatrischer Hinsicht führte Dr. H.\_\_\_\_\_ aus, die kognitive Leistungsfähigkeit sei klinisch-psychiatrisch nicht feststellbar eingeschränkt (act. 86-33). Zusammenfassend stellte er zwei psychopathologisch auffällige Ebenen fest. Zum einen würden multiple Klagen über psychosomatische Beschwerden und Symptome vorliegen, für die es von der Zusammensetzung und Charakteristik her keine andere Erklärung gebe. Zum anderen finde sich eindeutig eine depressive Symptomatik mit einer vorwiegend apathisch-gehemmt depressiven Stimmungslage, die kaum modulationsfähig sei. Begleitet werde diese von einem sozialen Rückzug, von einer Vita minima und in der Anamnese auch schweren depressiven Zuständen mit unter anderem Suizidversuchen und einer psychiatrischen Hospitalisation. Als Diagnosen nannte Dr. H.\_\_\_\_\_ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und eine rezidivierende depressive Störung bei gegenwärtig mittelschwerer Episode (ICD-10 F-33.1; act. 86-34).

#### **E. 6.2.6**

In der abschliessenden Konsenskonferenz beurteilten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Hausfrau aufgrund ihrer depressiven Störung und der

psychosomatischen Störung als zu 40 % eingeschränkt. Eine Addition der Arbeitsunfähigkeit infolge der Polyneuropathie und der psychiatrischen Problematik sei nicht angezeigt, vielmehr sahen sie eine gewisse Überlagerung der beiden Komponenten. Gesamtmedizinisch wurde die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Hausfrau aufgrund ihrer Polymorbidität auf 40 % geschätzt (act. 86-38).

### **E. 6.3**

Das Gutachten vom 31. Oktober 2013 wurde dem RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, unterbreitet. In seinem Bericht vom 3. Dezember 2013 erachtete er die Kumulierung der psychiatrischen Diagnosen einer mittelschweren rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F-33.1) und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) als problematisch, da man sich gemäss den Kriterien des ICD-10 für das eine oder andere entscheiden müsse. Es scheine aber, der Gutachter habe mit der Diagnose F45.4 die psychosomatischen Elemente der Depression der Beschwerdeführerin zum Ausdruck bringen wollen. Im Übrigen seien die im Gutachten gemachten klinischen Beobachtungen von guter Qualität und deren Würdigung erscheine nachvollziehbar, weshalb dem Gutachten zu folgen sei (act. 93-2 f.).

### **E. 7**

In seinem Bericht vom 5. Dezember 2013 ging Dr. J. \_\_\_\_\_ bei der Einschätzung des Invaliditätsgrades der Beschwerdeführerin in Anwendung der spezifischen Bemessungsmethode und des einschlägigen Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH) sowie insbesondere gestützt auf das Gutachten vom 31. Oktober 2013 und dem RAD-Bericht von Dr. I. \_\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2013 von folgenden Gewichtungen und Einschränkungen aus: In der Haushaltführung (Gewichtung 5 %) bestehe aufgrund der psychischen Beeinträchtigung eine Einschränkung von 40 %. In der Ernährung (Gewichtung 40 %) bestehe aufgrund der diabetischen Polyneuropathie eine Einschränkung von 40 %. In der Wohnungspflege (Gewichtung 20 %) bestehe aufgrund der diabetischen Polyneuropathie und dem Lendenwirbelsyndrom eine Einschränkung von 60 %. Beim Einkauf (Gewichtung 10 %) müsse beachtet werden, dass kein schweres Tragen und Heben möglich sei, weshalb eine Einschränkung von 20 % bestehe. Bei der Wäsche und Kleiderpflege (Gewichtung 20 %) bestehe aufgrund der Polyneuropathie und der depressiven Verstimmung eine Einschränkung von 40 %. Bei der Betreuung von Kindern (Gewichtung 0 %) sowie bei verschiedenen Tätigkeiten (Gewichtung 5 %) bestehe keine Einschränkung. Insgesamt resultiere daraus ein Invaliditätsgrad von 40 % (act. 93-7 f.).

### **E. 7.1**

Bei diesem Bericht handelt es sich um einen Bericht gemäss Art. 49 Abs. 3 IVV, der nicht auf eigenen Untersuchungen basiert, sondern Ergebnisse der medizinischen Untersuchungen zusammenfasst und eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht enthält. Solchen Berichten kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Sie sind vielmehr entscheidungsrelevante Aktenstücke (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 143/07 vom 14. September 2007 E. 3.3). Ein Aktenbericht ist jedoch nur zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses

Bild zu verschaffen (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95 E. 5d; Urteil des BGer 8C\_514/2008 vom 31. März 2009 E. 5). Ein Aktengutachten des RAD hat sich auf beweiskräftige Arztberichte abzustützen. Enthalten die Akten für streitige Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann eine interne ärztliche Stellungnahme keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

### **E. 7.2**

Soweit die Beschwerdeführerin den Beweiswert des interdisziplinären Gutachtens vom 31. Oktober 2013 und des RAD-Berichts von Dr. I. \_\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2013 anzweifelt, ist Folgendes festzuhalten: Das Gutachten beruht auf innermedizinische, orthopädische, neurologische und psychiatrische Untersuchungen durch entsprechend qualifizierte Fachärzte und wurde unter Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden und Einschränkungen, in Kenntnis der Vorakten sowie aufgrund einer gemeinsamen interdisziplinären Konsenskonferenz erstellt. Die Diagnosen und deren gegebenenfalls medizinisch-theoretischen einschränkenden Auswirkungen auf die funktionellen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin wurden anhand objektiver Befunde schlüssig und nachvollziehbar dargelegt. Sodann finden sich im Gutachten keine diskriminierenden Äusserungen, vielmehr wurde es mit der gebotenen Sachlichkeit abgegeben. Konkrete Anhaltspunkte für eine diskriminierende oder anderweitig voreingenommene Einschätzung sind nicht ersichtlich und werden von der Beschwerdeführerin auch nicht genannt. Auch der RAD-Bericht vom 3. Dezember 2013 des Psychiaters Dr. I. \_\_\_\_\_ ist nachvollziehbar begründet und nimmt im Wesentlichen Stellung zu den Ergebnissen des Gutachtens in psychiatrischer Hinsicht. Diskriminierende Äusserungen oder konkrete Indizien für eine Voreingenommenheit des berichtenden Arztes sind nicht ersichtlich. Wie bereits erwähnt, reicht die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht nicht aus, um auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit zu schliessen (vgl. E. 4.5 vorstehend). Damit ist sowohl dem Gutachten als auch dem RAD-Bericht vom 3. Dezember 2013 Beweiswert zuzuerkennen.

### **E. 7.3**

In inhaltlicher Hinsicht beanstandete die Beschwerdeführerin alsdann die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % und machte geltend, im Gutachten sei die Arbeitsunfähigkeit als Hausfrau trotz Einschränkungen von 25 % aus physischer Sicht und 40 % aus psychiatrischer Sicht "gesamtmedizinisch" auf nur 40 % geschätzt worden. Diesbezüglich ist vorweg festzuhalten, dass sich bei Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen die erwerblichen Auswirkungen in der Regel überschneiden, weshalb der Grad der Arbeitsunfähigkeit diesfalls aufgrund einer sämtliche Behinderungen umfassenden ärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen ist. Eine blosser Addition der mit Bezug auf einzelne Funktionsstörungen und Beschwerdebilder geschätzte Arbeitsunfähigkeitsgrade ist nicht zulässig (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 850/02 vom 3. März 2003 E. 6.4.1). Entsprechend wurde im Gutachten richtigerweise im Rahmen der Konsenskonferenz eine gesamtmedizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der Polyneuropathie und der psychiatrischen Störung vorgenommen. Hinzu kommt, dass die Schätzung der Arbeitsunfähigkeit notwendigerweise Ermessenszüge aufweist (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 561/05 vom 31. März 2006 E. 3.3, 3.4; Urteil des

BGer 9C\_406/2015 vom 19. November 2015 E. 2.1 m.H.). Angesichts der bestehenden Einschränkungen bei längerem Stehen und Gehen, bei Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten, bei länger dauernden bzw. repetitiven Tätigkeiten mit starker manueller Belastung und bei rückenbelastenden Tätigkeiten sowie unter Berücksichtigung, dass aus orthopädischer Sicht trotz Vorliegens eines thoracolumbalen Schmerzsyndroms die Beschwerdeführerin vollumfänglich einer leichten Tätigkeit nachgehen kann, die Polyneuropathie nur mässig ausgeprägt ist, die psychiatrischen Störungen als mittelschwer eingestuft wurden und Diabetes nach der Rechtsprechung grundsätzlich keine Invalidität zu bewirken vermag (Urteil des BGer 8C\_903/2014 vom 13. August 2015 E. 4.3 m.H.), erscheint die gutachterlich attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 40 % durchaus plausibel. Im Übrigen genügt das Gutachten - wie soeben in E. 7.2 ausgeführt - den bundesgerichtlichen Anforderungen an die Erstellung eines Gutachtens und es sind keine Gründe ersichtlich, weshalb von diesem ordnungsgemäss erstellten Gutachten abzuweichen oder gar ein Gerichtsgutachten einzuholen wäre.

#### **E. 7.4**

Sodann machte die Beschwerdeführerin unter Berufung auf die Arztberichte von Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 20. Mai 2014 sowie von Dr. D.\_\_\_\_\_ vom 8. April und 22. Mai 2014 geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich ständig verschlechtert (vgl. BVGer act. 3). Dazu führte RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 30. Juli 2014 aus, bei den von Dr. C.\_\_\_\_\_ genannten Lumbalgien mit Ausstrahlungen in die unteren Extremitäten, dem Verdacht einer Baker-Zyste und der Verstärkung der Schmerzen handle es sich nicht um neue gesundheitliche Beeinträchtigungen, zumal die Baker-Zyste gutartig und behandelbar sei und sich längerfristig nicht auf die Arbeitsfähigkeit bzw. die Fähigkeit sich im Haushalt zu betätigen auswirke. Weiter habe in psychiatrischer Hinsicht für Dr. D.\_\_\_\_\_ am 8. April 2014 ein unveränderter Zustand vorgelegen und am 22. Mai 2014 habe sie von der Begleitperson der Beschwerdeführerin zur Kenntnis genommen, dass eine soziale Isolation mit suizidalen Ideen gegeben sei. Insgesamt hätten sich die gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin nicht wesentlich verändert, sodass es keinen Anlass gebe, die Einschätzung der Fähigkeit, sich im Haushalt zu betätigen, anzupassen (BVGer act. 5). Diese Ausführungen sind schlüssig und nachvollziehbar begründet. Überdies ergeben sich aus den von der Beschwerdeführerin vorgelegten Arztberichten keine Hinweise, dass im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung am 15. Mai 2014 eine rentenrelevante, im Gutachten noch nicht berücksichtigte Veränderung ihres Gesundheitszustands vorgelegen hätte. Allfällig später eingetretene Veränderungen des gesundheitlichen Zustands würden Gegenstand einer neuen Verfügung bilden (siehe E. 3.3 vorstehend).

#### **E. 7.5**

Nach dem Gesagten erscheint die Beschwerdeführerin in medizinischer Hinsicht ausreichend abgeklärt. Ausschlaggebend für die Festsetzung der gesundheitlich bedingten Einschränkung im Aufgabenbereich Haushalt ist jedoch nicht die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit, sondern wie sich der Gesundheitsschaden in der nichterwerblichen Betätigung konkret auswirkt (vgl. E. 5.1 vorstehend). Da vorliegend zufolge Auslandswohnsitzes der Beschwerdeführerin keine Haushaltabklärung vor Ort im Sinn von Art. 69 Abs. 2 IVG durchgeführt wurde, kann die Einschätzung der Invalidität im gewohnten Aufgabenbereich gestützt auf substantiierte Erhebungen der tatsächlichen Verhältnisse durch einen Arzt erfolgen, der sich zudem ausführlich und detailliert mit den

von der Beschwerdeführerin angegebenen Einschränkungen auseinandersetzt (vgl. E. 5.3 vorstehend). Damit stellt sich die Frage, ob der RAD-Bericht vom 5. Dezember 2013 von Dr. J. \_\_\_\_\_ und insbesondere seine Einschätzung der Invalidität im Haushalt, welche er gestützt auf das Gutachten sowie den RAD-Bericht von Dr. I. \_\_\_\_\_ vornahm, diesen Anforderungen genügt.

#### **E. 7.5.1**

Im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung wurde die Beschwerdeführerin zwar dazu befragt, welche Arbeiten sie im Haushalt noch ausführen könne und wie ihre aktuelle Tagesstruktur aussehe. Jedoch geht aus dem Gutachten die konkrete Ausgestaltung der einzelnen Haushaltstätigkeiten weder in quantitativer noch in qualitativer Hinsicht hervor. Ebenso wenig finden sich Hinweise zur Gewichtung der verschiedenen, im Haushalt der Beschwerdeführerin anfallenden Tätigkeiten. Damit erweisen sich die erhobenen Angaben zu den tatsächlichen Verhältnissen als pauschal und nicht ausreichend substantiiert. Auch setzten sich die Gutachter nicht im Detail mit den von der Beschwerdeführerin angegebenen Einschränkungen im Haushalt auseinander. Entsprechend schätzten sie die im Haushalt verbliebene Leistungsfähigkeit nicht aufgrund der tatsächlichen Einschränkungen in den einzelnen Haushaltverrichtungen, sondern aufgrund der sich durch den festgestellten Gesundheitszustand medizinisch-theoretisch ergebenden Leistungseinbussen. Da die Invalidität im Haushalt jedoch gestützt auf die effektiven Auswirkungen der Gesundheitseinschränkungen zu beurteilen ist, kann die gutachterliche (bloss) medizinisch-theoretische Einschätzung der verbliebenen Leistungsfähigkeit im Umfang von 40 % nicht ohne Weiteres für die Beurteilung des Invaliditätsgrades übernommen werden.

#### **E. 7.5.2**

Ebenso wenig liefert der Bericht von Dr. I. \_\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2013 die für die Beurteilung des Invaliditätsgrades im Haushalt erforderlichen Grundlagen, zumal Dr. I. \_\_\_\_\_ weder eigene medizinische Untersuchungen noch Erhebungen hinsichtlich der tatsächlichen Haushaltsverhältnisse der Beschwerdeführerin vorgenommen hat.

#### **E. 7.5.3**

Sodann ist praxisgemäss vom Grundsatz auszugehen, dass einem Leistungsansprecher im Rahmen der Schadenminderungspflicht Massnahmen zuzumuten sind, die ein vernünftiger Mensch in der gleichen Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Entschädigung zu erwarten hätte. Für die im Haushalt tätigen Versicherten bedeutet dies, dass sie Verhaltensweisen zu entwickeln haben, welche die Auswirkungen der Behinderung im hauswirtschaftlichen Bereich reduzieren und ihnen eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltarbeiten ermöglichen. Kann die versicherte Person wegen ihrer Behinderung gewisse Haushaltarbeiten nur noch mühsam und mit viel höherem Zeitaufwand erledigen, so muss sie in erster Linie ihre Arbeit einteilen und in üblichem Umfang die Mithilfe von Familienangehörigen in Anspruch nehmen. Ein invaliditätsbedingter Ausfall darf bei im Haushalt tätigen Personen nur insoweit angenommen werden, als die Aufgaben, welche nicht mehr erfüllt werden können, durch Drittpersonen gegen Entlohnung oder durch Angehörige verrichtet werden, denen dadurch nachgewiesenermassen eine Erwerbseinbusse oder doch eine unverhältnismässige Belastung entsteht. Die im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei einer Hausfrau zu berücksichtigende Mithilfe von Familienangehörigen geht daher weiter als die ohne Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung (Urteil des BGer 8C\_91/2016 E. 5.2.3.1 m.H. auf BGE 133 V

504 E. 4.2). Laut Angaben der Beschwerdeführerin hat ihre Tante, die im selben Haushalt lebt, diverse Haushaltsarbeiten übernommen. So bereite die Tante die Mahlzeiten zu, besorge die Wäsche, das Bügeln, Nähen und Flickern; das Einkaufen würden sie gemeinsam erledigen (vgl. E. 6.1 und 6.2.1 vorstehend). Im Bereich Ernährung schätzte der RAD-Arzt die Einschränkung der Beschwerdeführerin mit 40 % ein, obwohl die Beschwerdeführerin sinngemäss ausgeführt hatte, gar keine Mahlzeiten mehr zuzubereiten. Bei dieser Sachlage bleiben zwei Fragen ungeklärt: Zum einen, ob die Delegation dieser Tätigkeit einem medizinischen Gebot entspricht; zum anderen, welche konkreten gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei der Mahlzeitzubereitung zu dieser Einschränkung von 40 % führen. Aus den Akten geht jedoch nicht hervor, ob die Delegation der Mahlzeitzubereitung, wie auch der übrigen Haushaltstätigkeiten, an die Tante aus fachmedizinischer Sicht tatsächlich geboten ist. Ebenso fehlen Angaben zu den konkreten Beeinträchtigungen, aus denen die Einschränkung von 40 % abgeleitet werden kann. Sollte die Delegation tatsächlich medizinisch geboten sein, wäre in einem nächsten Schritt zu prüfen, ob die Übernahme all dieser Tätigkeiten durch die Tante als noch im Rahmen der Schadenminderungspflicht erwartete Mithilfe von Familienangehörigen zu qualifizieren ist. Nur wenn der Tante zufolge ihrer Unterstützung nachgewiesenermassen eine Erwerbseinbusse bzw. eine unverhältnismässige Belastung entsteht, könnte bei der Beschwerdeführerin ein invaliditätsbedingter Ausfall angenommen werden. Allerdings erweist sich der Sachverhalt auch hinsichtlich dieser Frage als nicht ausreichend abgeklärt.

#### **E. 7.5.4**

Aufgrund unvollständiger Sachverhaltsangaben, namentlich zu den konkreten Einschränkungen der Beschwerdeführerin in Bezug auf die einzelnen Haushaltstätigkeiten sowie betreffend die Schadenminderungspflicht, fehlte es Dr. J. \_\_\_\_\_ für die Einschätzung der Invalidität der Beschwerdeführerin im Haushalt an wesentlichen Grundlagen, um zuverlässig zu beurteilen, in welchem Mass und in welchen Tätigkeiten des Haushalts die Beschwerdeführerin konkret eingeschränkt ist und ob die Unterstützung durch die Tante noch unter den Grundsatz der Schadenminderungspflicht fällt oder aber darüber hinaus geht. Vielmehr stützte er sich bei seiner Einschätzung der Invalidität auf die rein medizinisch-theoretische gutachterliche Beurteilung. Sein Bericht vom 5. Dezember 2013 kann deshalb nicht berücksichtigt werden. Bei dieser Sachlage kann schliesslich offen bleiben, ob die bei der Einschätzung der Invalidität gewählten Gewichtungen der Haushaltstätigkeiten einen Anhaltspunkt in den Akten haben.

#### **E. 7.5.5**

In der Folge ist die Sache wegen unvollständiger Sachverhaltsabklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Im Einzelnen ist unter Berücksichtigung der gegebenen medizinischen Einschränkungen abzuklären, welche Haushaltstätigkeiten der Beschwerdeführerin tatsächlich noch möglich sind und in welchem Umfang, und welche nicht mehr. Weiter sind Abklärungen zur Gewichtung der einzelnen Haushaltstätigkeiten sowie zur Schadenminderungspflicht vorzunehmen. Die Vorinstanz wird die Beschwerdeführerin bezüglich der offen gebliebenen Tatsachen zu befragen haben, idealerweise unter Beizug einer medizinischen Fachperson. Dabei liegt in ihrem Ermessen, ob die Befragung schriftlich, z.B. durch Beizug der Schweizerischen Botschaft in Bosnien und Herzegowina oder durch erneute Einladung der Beschwerdeführerin in die Schweiz erfolgen soll. Basierend auf das Abklärungsergebnis kann der RAD eine neue Einschätzung der Invalidität der Beschwerdeführerin im Haushalt vornehmen. Dabei ist auch dem Umstand Rechnung

zu tragen, dass ausgehend von der letzten Einschätzung des Invaliditätsgrads von 40 % die Annahme von nur leicht stärkeren Einschränkungen zu einer halben, exportierbaren Rente führen könnte. Vor diesem Hintergrund ist eine sorgfältige und nachvollziehbare Begründung der Invaliditätsbeurteilung angezeigt. Alternativ kann ein Haushaltsassessment in einer dafür spezialisierten Einrichtung angeordnet werden. Da es jedoch einer Abklärungsperson nur beschränkt möglich wäre, das Ausmass des psychischen Leidens der Beschwerdeführerin und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (vgl. E. 5.2 vorstehend), drängt sich die zuerst aufgezeigte Vorgehensweise auf.

## **E. 8**

Mit Eingabe vom 25. August 2014 reichte die Beschwerdeführerin weitere Arztberichte ein (BVGer act. 10, 12), die teilweise Veränderungen ihres gesundheitlichen Zustands nach Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 15. Mai 2014 betreffen (vgl. E. 7.4 vorstehend). Dem Bericht von Dr. C. \_\_\_\_\_ vom 19. August 2014 ist zu entnehmen, dass neben den bereits bestehenden Beschwerden starke Schmerzen im rechten Gesässbereich mit Ausstrahlung entlang dem Bein aufgetreten seien, was das Gehen ziemlich erschwere. Manchmal würden auch starke Schmerzen in der rechten Kniekehle, die entlang dem rechten Unterschenkel ausstrahlen, die alltäglichen Tätigkeiten ziemlich erschweren. Dr. D. \_\_\_\_\_ führte in ihrem Bericht vom 19. August 2014 hinsichtlich des psychischen Zustands der Beschwerdeführerin aus, die Symptome würden trotz medikamentöser Behandlung intensiver. Es handle sich um eine rezidivierende psychotische depressive und ausgesprochen therapieresistente Störung, die wegen ihrer langen Dauer zu einem teilweisen Abbau der sozialen und affektiven Funktionen geführt habe. Gestützt auf diese Arztberichte erachtete RAD-Arzt Dr. J. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 26. September 2014 eine psychiatrische Abklärung der Beschwerdeführerin als angezeigt. Ferner sei das Resultat der von Dr. C. \_\_\_\_\_ empfohlenen Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule einzuholen (BVGer act. 14). Mit Stellungnahme vom 1. Oktober 2014 nahm die Vorinstanz ausdrücklich zur Kenntnis, dass eine weiter abklärungsbedürftige Verschlechterung eingetreten sein könnte und es sich rechtfertige, die Eingabe vom 25. August 2014 als neues Leistungsgesuch zu betrachten (BVGer act. 14). Vor diesem Hintergrund ist die Eingabe der Beschwerdeführerin vom 25. August 2014 als neues Leistungsgesuch an die Vorinstanz zur Abklärung zu überweisen. Dabei würde sich anbieten, diese Abklärung zusammen mit den im Rahmen dieses Beschwerdeverfahrens erforderlichen weiteren Abklärungen (vgl. E. 7.5.4 vorstehend) vorzunehmen.

## **E. 9**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die konkreten Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Haushalt nicht genügend abgeklärt wurden, weshalb es nicht möglich ist, zuverlässig einzuschätzen, in welchem Mass und in welchen Tätigkeiten des Haushalts die Beschwerdeführerin rentenrelevant eingeschränkt ist. Damit liegt eine unvollständige Sachverhaltsabklärung vor (Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG). Die Beschwerde ist insoweit gutzuheissen, als dass die Verfügung vom 15. Mai 2014 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen der rechtserheblichen Tatsachen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. Des Weiteren ist die als neues Leistungsgesuch zu behandelnde Eingabe der Beschwerdeführerin vom 25. August 2014 der Vorinstanz zur Prüfung und Abklärung zu überweisen.

### **E. 10.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 137 V 57 E. 2.1 m.H.), sind der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Ihr ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 10.2**

Die obsiegende, nichtanwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-6173/2009 vom 29. August 2011 m.H.]; Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE) gerechtfertigt.

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