

BVGer C-4325/2015 vom 27. September 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-09-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4325_2015

FR: TAF C-4325/2015 du 27 septembre 2016

IT: TAF C-4325/2015 del 27 settembre 2016

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Zu beurteilen ist die Beschwerde vom 2. Juli 2015 gegen die Verfügung der IVSTA vom 11. Juni 2015, mit welcher die Vorinstanz der Beschwerdeführerin weiterhin eine Viertelsrente zusprach, da sich der Gesundheitszustand nicht verschlechtert habe (BVGer act. 1).

E. 1.2

Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG (SR 172.021), sofern keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IVSTA, die mit Verfügungen über Rentengesuche befasst ist (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.3

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70 IVG) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.4

Nach Art. 59 ATSG ist zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen. Als Verfügungsadressatin ist sie durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse. Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.5

Die Beschwerdeführerin hat frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG; vgl. auch Art. 50 und Art. 52 VwVG) Beschwerde erhoben. Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht

geleistet wurde, ist auf das ergriffene Rechtsmittel einzutreten.

E. 1.6

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung und des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

E. 2

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

E. 2.1

Das Gericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 11. Juni 2015) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (Urteil des BGer 9C_101/2007 vom 12. Juni 2007 E. 3.1 mit Hinweis auf BGE 118 V 200 E. 3a; Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1). Medizinische Berichte und Gutachten, die nach Erlass der angefochtenen Verfügung vorgebracht werden und in einem engen Sachzusammenhang mit dem streitigen Leistungsanspruch stehen, sind daher zu berücksichtigen, soweit sie Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand zur Zeit des Verfügungserlasses zulassen (Urteile des BVGer C-3733/2014 vom 16. November 2015 E. 2.2 und C-2263/2014 vom 26. April 2016 E. 2.1).

E. 2.2

Weiter sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). 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-Regel; vgl. BGE 130 V 445).

E. 2.3

Damit finden vorliegend grundsätzlich jene materiellen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Juni 2015 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung des streitigen Sachverhalts im vorliegend massgebenden Zeitraum von Belang sind (für das IVG: ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision] sowie in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659; 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket]; die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in den entsprechenden Fassungen).

E. 2.4

Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7),

Invalidität (Art. 8) sowie der Revision der Invalidenrente und anderer Dauerleistungen (Art. 17) entsprechen den von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der 5. und 6. IV-Revision nichts geändert, weshalb im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

E. 3

Nachfolgend werden die für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache wesentlichen Bestimmungen und die von der Rechtsprechung dazu entwickelten Grundsätze dargestellt.

E. 3.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Nach Art. 4 IVG kann die Invalidität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Abs. 1); sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Abs. 2). 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 (vgl. 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 (vgl. Art. 7 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). Der Begriff der Invalidität ist demnach nicht nach medizinischen Kriterien definiert, sondern nach der Unfähigkeit, Erwerbseinkommen zu erzielen oder sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (vgl. BGE 110 V 273 E. 4a und BGE 102 V 165). Dabei sind die Erwerbs- bzw. Arbeitsmöglichkeiten nicht nur im angestammten Beruf bzw. in der bisherigen Tätigkeit, sondern - wenn erforderlich - auch in zumutbaren andern Bereichen, in sog. Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Der Invaliditätsgrad ist also grundsätzlich nach wirtschaftlichen und nicht nach medizinischen Grundsätzen zu ermitteln. Bei der Bemessung der Invalidität kommt es somit einzig auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen einer funktionellen Behinderung an, und nicht allein auf den ärztlich festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung (vgl. BGE 110 V 273; ZAK 1985 S. 459).

E. 3.2

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer, das heisst, während mindestens drei Jahren (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet, so dass die Voraussetzungen der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch

auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt sind.

E. 3.3

Versicherte haben Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid sind, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG [4. IV-Revision] respektive Art. 28 Abs. 2 IVG [5. IV-Revision]). Gemäss Art. 28 Abs. 1ter 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, was für Staaten der EU der Fall ist.

E. 3.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenversicherungsverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; BGE 132 V 93 E. 4; BGE 125 V 256 E. 4).

E. 3.5

Die IV-Stelle prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG, Art. 57 Abs. 3 IVG). Zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs stehen den IV-Stellen regionale ärztliche Dienste (RAD) bzw. medizinische Dienste zur Verfügung (Art. 59 Abs. 2bis Satz 1 IVG). Die IV-Ärzte setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis Satz 2 und 3 IVG).

E. 3.6

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen.

E. 3.6.1

Im Weiteren ist festzuhalten, dass die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4, AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch die aus dem Ausland stammenden Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute: Bundesgericht] vom 11.

Dezember 1981 i.S. D).

E. 3.6.2

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b, BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 3.7

Bezüglich des Beweiswertes eines Gutachtens ist entscheidend, ob es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; BGE 125 V 351 E. 3a). Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S.114 E. 3b; Urteil des EVG I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b).

E. 3.7.1

Dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte (vgl. Art. 44 ATSG), welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb, mit Hinweisen).

E. 3.7.2

Bei Stellungnahmen des RAD bzw. des medizinischen Dienstes der IVSTA ist hinsichtlich des Beweiswertes zu unterscheiden, ob es sich um Aktenberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 3 IVV oder um Untersuchungsberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 2. IVV handelt. Der Beweiswert eines Untersuchungsberichtes des RAD bzw. des medizinischen Dienstes der IV-Stelle ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten im Sinne von Art. 44 ATSG vergleichbar (vgl. E. 3.10.1 hiervor), sofern er den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügt und der IV-Arzt über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1; Urteile des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2, 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 und 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1). Bei einem Aktenbericht beurteilt der IV-Arzt die vorhandenen ärztlichen Unterlagen, fasst die medizinischen Untersuchungsergebnisse zusammen und gibt eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Versicherungsfalles aus medizinischer Sicht ab. Ein Aktenbericht erfüllt somit eine andere Funktion als ein medizinisches Gutachten,

weshalb er die inhaltlichen Anforderungen an medizinische Gutachten nicht erfüllen kann und muss. Dennoch wird ihm nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung aberkannt, vielmehr ist er ein entscheidrelevantes Aktenstück, sofern die vom IV-Arzt beigezogenen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (Urteil des BVGer C-135/2013 vom 22. September 2015 E. 4.3.4 mit Hinweisen; Urteile des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen; Urteil des EVG I 143/07 vom 14. September 2007 E. 3.3). Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme des IV-Arztbes in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 3.7.3

Bei der Beurteilung von Leistungsansprüchen kann auch auf die formalisierte Berichterstattung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie Spitäler abgestellt werden, da auch diese der freien Beweiswürdigung unterliegen. Sind daher keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermögen, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung ausser Acht zu lassen (unveröffentlichtes Urteil des EVG I 498/89 vom 19. April 1990; Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, § 25, Rz. 1741, 1747 mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und -ärzten darf und soll das Gericht aber der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt nicht nur für die allgemein praktizierenden Hausärztinnen und -ärzte, sondern auch für die behandelnden Spezialärztinnen und -ärzte (vgl. z.B. Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen). Im Streitfall dürfte deshalb eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Arztpersonen kaum je in Frage kommen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Allerdings dürfen im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der behandelnden Arztperson stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2). Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des EVG I 506/00 vom 13. Juni 2001 E. 2b) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Arztpersonen wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des EVG I 514/06 vom 25. Mai 2007 E. 2.2.1 mit Hinweisen) oder wenn die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird (BGE 135 V 465 E. 4.6; Urteil des BVGer

C-5186/2013 vom 9. Juni 2015 E. 4.4.6).

E. 3.8

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. auch Art. 87 Abs. 2 und 3, Art. 88a und Art. 88bis IVV). Anlass zur Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist daher nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann etwa revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben oder eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt (BGE 130 V 343 E. 3.5). Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (Ausgangszeitpunkt), mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides (Revisionszeitpunkt); vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. SVR 2010 IV Nr. 30 [9C_961/2008] E. 6.3; zum Ganzen: Urteil BGer 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1).

E. 4

Streitig ist vorliegend, ob die Vorinstanz zurecht eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Verfügungszeitpunkt vom 11. Juni 2011 der Beschwerdeführerin verneint und keine höhere Rente als eine Viertelsrente zugesprochen hat.

E. 4.1

Hinsichtlich des Ausgangszeitpunktes stellt sich die Frage, ob auf die Mitteilung der IVSTA an die Beschwerdeführerin vom 7. September 2010 (Vorakten 114) oder vom 2. April 2014 (Vorakten 138) abzustellen ist. Die Mitteilung der IVSTA vom 2. April 2014 (Vorakten 138) kann nicht als zeitlicher Anknüpfungspunkt gelten, da das Schreiben der Beschwerdeführerin vom 29. April 2014 (Vorakten 139) nicht, wie von der Vorinstanz angenommen, ein neues Revisionsgesuch darstellte. Vielmehr bezog sich die Beschwerdeführerin in ihrem Schreiben ausdrücklich auf die Mitteilung der IVSTA vom 2. April 2014 und hielt dazu fest, sie sei damit nicht einverstanden und lege medizinische Unterlagen ins Recht, um die Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes zu belegen. Die Beschwerdeführerin ging somit davon aus, dass sie sich noch innerhalb des laufenden Revisionsverfahrens, welches mit Schreiben der Vorinstanz vom 29. Oktober 2013 (Vorakten 124) eröffnet worden war, befand. Demzufolge ist davon auszugehen, dass sie sinngemäss eine Verfügung verlangte. Die Mitteilung an die Beschwerdeführerin vom 7. September 2010 (Vorakten 114), mit welcher die von der IVSTA am 11. Mai 2006 zugesprochene Viertelsrente (Vorakten 61) bestätigt wurde, ist damit als zeitlicher

Anknüpfungspunkt massgebend und einer ordentlichen rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (vgl. hierzu Urteil des BVGer C-6415/2010 vom 6. Februar 2013 E. 3).

E. 4.2

Zu beurteilen ist in der Folge, ob zwischen der Mitteilung vom 7. September 2010 (Vorakten 114) und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 11. Juni 2015 (BVGer act. 2) eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet war bzw. ist, den IV-Grad der Beschwerdeführerin in rentenrelevanter Weise zu beeinflussen.

E. 4.2.1

Im Ausgangszeitpunkt litt die Beschwerdeführerin an rezidivierender, depressiver Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (F33.0, F.33.1) mit Selbstverletzungen und Somatisierungstendenz mit Panalgie (Gutachten Dr. A._____, Psychiatrie Psychotherapie FMH, März 2005, Vorakten 43), schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (Arztbericht vom 1. Oktober 2009, Vorakten 66), Hypermobilitätssyndrom mit Polyarthralgien und Panvertebralsyndrom mit spondylogener Schmerzausstrahlung (leichtgradige Chondrose von LWK5/SKW1), anamnestisch Nephrolithiasis rechts, anamnestisch Hautausschlag unklarer Genese, Cholesteatom links (repetitive operative Eingriffe seit 1976), 02/03 Thrombophilie wegen Faktor V Defekt, Osteopenie, 1971, Tonsilektomie, 1982 und 1984 sectio cesarea, 1984 Tubenligaturen, 1993 Operation im Bereich des Sakrums wegen einer Zyste (Vorakten 43, 66, 76, 82, 85, 98, 111) und Rückenbeschwerden "Spondilodiscoartrosi" (E213, Vorakten 82), Reduktion der Knochendichte und Osteopenie (Gutachten Dr. B._____, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, vom 16. März 2005 S. 4, Vorakten 43/13), leichtgradige Chondrose von LKW5/SWK1 (Gutachten Dr. B._____ vom 16. März 2005 S. 4, Vorakten 43/13).

E. 4.2.2

Der Vorinstanz lagen im Verfügungszeitpunkt vom 11. Juni 2015 die folgenden ärztlichen Unterlagen datierend nach 7. September 2010 aus Italien vor: - Dr. G._____, Radiologe, hielt am 29. September 2010 fest (Vorakten 180, BVGer act. 1/53), das Röntgen des Kiefergelenks zeige auf der linken Seite Veränderungen des Kondylus und Einschränkungen der Amplitude. Am 14. März 2011 berichtete er (Vorakten 170, BVGer act. 1/51), die Untersuchung der Speiseröhre zeige eine Verengung derselben. Die Untersuchung der zervikalen Wirbelsäule zeige auf der Höhe C-5/C-6, C-7, C-2/C-3 und C-4/C-5 degenerative Veränderungen. Am 14. Oktober 2011 (BVGer act. 1/50) erkannte er degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und diffuse Osteoporose. Am 7. August 2014 (Vorakten 168, BVGer act. 1/48, BVGer act. 10/8, 10/31) diagnostizierte er Osteoporose und Arthrose beim Schultergelenk, beginnende Arthrose bei der Hand, Osteoporose und Arthrose beim Ellenbogen, beginnende Osteoporose und Cox-Arthrose beim Becken. Am 18. März 2015 (BVGer act. 1/49) wurde eine beginnende Gonarthrose beim Knie festgestellt. - Dr. H._____ führte am 2. Mai 2011 eine Echographie durch (BVGer act. 1/31) und hielt fest, der Brustultraschall zeige einige mässig vergrösserte Lymphknoten. Sie empfahl eine regelmässige Kontrolle. - Am 10. Mai 2011 (Vorakten 171, BVGer act. 1/52) bestätigte Dr. I._____, Radiologe, die strukturellen Veränderungen des Kondylus. - Unleserlicher handschriftlicher Bericht von Dr. J._____, Neurologe, vom 21. November 2011 (Vorakten 128). - Der Gehtest vom 27. Januar 2012 (BVGer act. 1/19) ergab eine schwere Dispnoe. Aufgrund der Lungenperfusionsszintigraphie vom 2. Februar 2012

(Vorakten 130,146, 174, BVGer act. 1/15) diagnostizierte Dr. K._____ eine Lungenembolie. - Unleserlicher Kurzarztbericht vom 31. Mai 2012 (Vorakten 177) des Spitals T._____. - Unleserliches Kurzattest des Spitals T._____ vom 5. Juni 2012 betreffend den Aufenthalt vom 31. Mai 2012 bis 5. Juni 2012 (Vorakten 178). - Dr. L._____ diagnostizierte am 5. Juni 2012 (Vorakten 131, 145, 176, BVGer act. 1/13) eine Hiatushernie, ein depressives Syndrom, eine Schilddrüsenunterfunktion und einen Status nach Lungenembolie. - Unleserlicher Kurzarztbericht vom 12. März 2013 (Vorakten 133, 147) des Hospital S._____. - Am 18. März 2013 (BVGer act. 10/2, 10/25) wurde im Spital T._____ eine Majore rezidivierende depressive Störung mit psychotischen Inhalten diagnostiziert. - Medikamentenrezepte vom 21. März 2014 (Vorakten 140, 164, BVGer act. 1/25), 26. Juli 2013 (BVGer act. 1/6), 18. November 2013 (BVGer act. 1/8), 8. Juli 2014 (Vorakten 162), 1. August 2014 (BVGer act. 1/24), 5. August 2014 (Vorakten 172) und 16. Juni 2015 (BVGer act. 1/26). - Unleserliche Berichte des Spitals U._____ vom 15. Mai 2013 (BVGer act. 1/9) und vom 18. November 2013 (Vorakten 142, BVGer act. 10/12, 10/34). - Am 1. Juli 2013 (Vorakten 126, 143, BVGer act. 1/14, 1/17) und 16. Mai 2014 (Vorakten 152, 161, BVGer act. 1/22) wurde im Spital V._____ eine Majore rezidivierende depressive Störung mit psychotischen Inhalten und Episoden von Selbstverletzungen diagnostiziert. - Unleserlicher rheumatologischer Kurzarztbericht von Dr. M._____ vom 11. September 2013 (Vorakten 134). - Unleserlicher neurologischer Kurzarztbericht von Dr. J._____ vom 25. September 2013 (Vorakten 127, 141, 167, BVGer act. 1/7, 1/10). - Der Neurologe, Dr. J._____, wies am 5. Mai 2014 daraufhin (Vorakten 150, 163, BVGer act. 1/23, BVGer act. 10/9, 10/32), bei der Versicherten bestünden schwere kognitive Störungen. Zudem sei sie örtlich desorientiert und erkenne die eigenen Familienangehörigen oft nicht. Weiter leide sie an einer Depression mit psychotischen Symptomen. Die Versicherte sei auf Hilfe im Alltag angewiesen. - Unleserlicher orthopädischer Kurzarztbericht vom 15. Juni 2014 von Dr. N._____ (Vorakten 169, BVGer act. 1/11). - Laborberichte vom 26. August 2014 (Vorakten 173/2) und vom 4. September 2014 (Vorakten 173/1). - Im Formular E213 des italienischen Versicherungsträgers vom 27. August 2014 (Vorakten 160) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin leide an depressiver Stimmung, Verlangsamung im Gespräch, erniedrigtem Selbstwertgefühl, Schuldgefühlen, verflachtem affektivem Rapport und leicht vermindertem Kurzzeitgedächtnis. Diagnostisch wurde eine Majore rezidivierende depressive Störung mit psychotischen Inhalten und Episoden von Selbstverletzungen beschrieben. Unter Ziffer 8 wurde angegeben, der Gesundheitszustand habe sich gegenüber 29. Januar 2010 verschlechtert. - Dr. O._____ berichtete am 2. März 2015 (Vorakten 192, BVGer act. 1/4, BVGer act. 10/13), die Beschwerdeführerin sei für jede Tätigkeit arbeitsunfähig und diagnostizierte am 1. Juli 2015 (Vorakten 197, BVGer act. 1/3, BVGer act. 10/6, 10/29) eine chronische zerebrale Vaskulopathie mit kognitiven Defiziten, eine Schilddrüsenunterfunktion, einen Status nach Lungenembolie, ein Depressives Syndrom mit psychotischen Störungen und eine beidseitige Zervikobrachialgie.

E. 4.2.3

Die Vorinstanz unterbreitete die medizinischen Unterlagen ihrem regionalen ärztlichen Dienst: - Dr. C._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 27. März 2014 Stellung (Vorakten 137). Die depressive Entwicklung sei anhaltend und werde mit einer milden Gabe von Antidepressiva behandelt. Seit langem bestünden zusätzlich Rückenprobleme, was in den neuen Arztberichten bestätigt würde. Das erwähnte Carpal-tunnelsyndrom sei operativ behandelbar. Dr. L._____ habe am 5. Juni 2012 die

Diagnosen "Ernia iatale, Sindroma depressiva, Noduli tiroidei normofunzionanti, progressa embolia polmonare" gestellt. Da die nächste Arztkontrolle vorgesehen sei, sei davon auszugehen, dass kein Zustand mit akuter Verschlechterung des Gesundheitszustandes bestanden habe. - Dr. E. _____, Allgemeinmediziner, nahm am 13. Juni 2014 zum neurologischen Kurzarztbericht vom 5. Mai 2014 Stellung und hielt fest (Vorakten 155), nach den Angaben des Neurologen bestünden bei der Versicherten seit September 2013 schwere kognitive Störungen und zudem sei sie örtlich desorientiert und erkenne die eigenen Familienangehörigen oft nicht. Damit habe sich der Zustand wesentlich und rentenrelevant verschlechtert. Eine neurologische/neuropsychologische Abklärung sei nach seiner Meinung bei dieser noch jungen Versicherten dringend indiziert. Die bisherigen Angaben seien eher vage und unvollständig. Am 24. Oktober 2014 führte er aus (Vorakten 185), im Formulararztbericht E213 werde den Aussagen des Neurologen vom 5. Mai 2014 widersprochen. Es bestehe eine unveränderte Arbeitsunfähigkeit. Die angeblichen und eventuell vorübergehenden mnestischen Störungen seien nicht mehr vorhanden. Er empfahl das Einholen eines Berichtes über den aktuellen Gesundheitszustand und die Durchführung von neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen, sowie die Erstellung eines Psychostatus. - Dr. F. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, wies am 3. Februar 2015 (Vorakten 187) daraufhin, er könne nur mit Mühe eine Stellungnahme abgeben, da lediglich zwei Medikamentenrezepte und das Formular E213 vorliegen würden. Das psychiatrische Arztzeugnis vom 16. Mai 2014 stelle einzig eine Diagnose, würde diese aber nicht mit entsprechenden Befunden belegen. Das Formular E213 sei widersprüchlich, da einerseits festgehalten werde, die Versicherte könne ihre bisherige und eine adaptierte Tätigkeit vollzeitig ausüben, andererseits eine Arbeitsunfähigkeit von 80% attestiert werde. Die angegebenen Diagnosen würden genau dem psychiatrischen Arztzeugnis vom 16. Mai 2015 entsprechen. Im Formular E213 würden einige Symptome genannt, welche zu einer Depression gehören könnten, jedoch würden diese nicht belegt. Mit einer Depression mit psychotischen Symptomen werde man normalerweise hospitalisiert. 25mg (Arzneimittel) sei keine adäquate Dosis für eine schwere Depression vielmehr seien 100mg und darüber indiziert. Die psychiatrischen Arztzeugnisse seien nicht nachvollziehbar, weil klinisch in keiner Art und Weise Befunde zu den gestellten Diagnosen beschrieben würden. Er schlage eine unveränderte Arbeitsunfähigkeit vor. Falls dagegen Einwand erhoben werde, schlage er eine psychiatrische Begutachtung in der Schweiz vor. Dr. F. _____ ergänzte am 5. Juni 2015 (Vorakten 195), das medizinische Dokument vom 2. März 2015 besage, dass die Versicherte für jede Tätigkeit arbeitsunfähig sei, ein Grund dazu werde nicht erwähnt (keine Befunde, keine Diagnose). Das Arztzeugnis habe keinen praktischen Aussagewert.

E. 4.2.4

Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens hielt Dr. E. _____ am 15. Oktober 2015 (BVGer act. 7/1) fest, die Aussagen aus Italien seien unprofessionell, vage widersprüchlich und kaum begründet, insbesondere was die neurologische Symptomatik betreffe. Bei einer Expertise in der Schweiz sei nicht nur eine psychiatrische sondern auch eine neurologische/neuropsychiatrische Untersuchung durchzuführen. Aus somatischer Sicht sei eine Verschlechterung nicht glaubhaft.

E. 4.2.5

Die Beschwerdeführerin legte im vorliegenden Beschwerdeverfahren insbesondere die folgenden neuen ärztlichen Unterlagen ins Recht: - Antikoagulantientherapie

(Blutverdünnung) vom 11. November 2015 (BVGer act. 10/14, 10/36). - Dr. P._____, Psychiaterin, diagnostizierte am 24. November 2015 (BVGer act. 10/1, 10/24) eine Majore rezidivierende depressive Störung mit psychotischen Inhalten. Die Beschwerdeführerin sei regelmässig in psychiatrischer Behandlung und nehme Antipsychotika, Antidepressiva und Stimmungsstabilisatoren. Sie sei im Jahr 2013 wegen Verschlimmerung der depressiven Symptome, Müdigkeit, Apathie, Angststörung, Konzentrationsstörungen, Gedächtnislücken und Schlafstörungen vorstellig geworden, was eine Änderung der Arzneimitteltherapie notwendig gemacht habe. Der aktuelle psychopathologische Status würde eine signifikante Beeinträchtigung der zwischenmenschlichen, sozialen Aktivitäten bedeuten und schränke die Arbeitsfähigkeit ein. - Beim Röntgen des Knies vom 9. Februar 2016 (BVGer act. 11/2) wurde die Diagnose einer beginnenden Gonarthrose bestätigt. - Das MRI des Gehirns und des Stammhirns vom 22. Februar 2016 (BVGer act. 11/1) zeigte kleine, isolierte weisse Flecken. - Die Knochendichtemessung vom 4. März 2016 (BVGer act. 11/3) ergab eine verminderte Knochendichte. - Unleserlicher rheumatologischer Bericht vom 7. April 2016 (BVGer act. 12) des Spitals W._____. - Am 9. Mai 2016 (BVGer act. 14) wurde im Spital U._____ eine Thrombophilie diagnostiziert. Der Rest des Berichtes ist unleserlich.

E. 4.2.6

Die unter E. 4.2.5 hiavor erwähnten ärztlichen Unterlagen wurden nach dem Verfügungszeitpunkt 11. Juni 2015 erstellt, da sie jedoch Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand im Verfügungszeitpunkt zulassen, sind sie vorliegend soweit leserlich zu berücksichtigen (vgl. E. 2.1 hiavor).

E. 4.3.1

In ihrer Vernehmlassung vom 22. Oktober 2015 (BVGer-act. 7) beantragte die Vorinstanz, die Rückweisung der Sache zur weiteren medizinischen Abklärung in psychiatrischer, neurologischer und neuropsychologischer Hinsicht, mit der Begründung, die medizinischen Unterlagen aus Italien seien widersprüchlich und ungenügend.

E. 4.3.2

Die Beschwerdeführerin hielt dagegen, die eingereichten ärztlichen Unterlagen seien ausreichend, um eine Beurteilung ihres Gesundheitszustandes vorzunehmen.

E. 4.3.3

Es liegen Behandlungsberichte, ein Formularbericht E213 und Aktenberichte des RAD vor (vgl. E. 4.2.2 - 4.2.5 hiavor).

E. 4.3.3.1

Bei den RAD-Stellungnahmen handelt es sich vorliegend um Aktenberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 3 IVV, welche eine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sofern die vom IV-Arzt beigezogenen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben, was - wie zu zeigen sein wird - nicht zutrifft, und diese Daten unbestritten sind. Vorliegend können sie somit nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. E. 3.7.2 hiavor).

E. 4.3.3.2

Wie der IV-Arzt Dr. F._____ zurecht vorbrachte, ist die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Formularbericht E213 widersprüchlich. Einerseits wird unter Ziffer 9 festgehalten, die Beschwerdeführerin könne schwere Arbeiten verrichten und unter Ziffer 11.4-11.6

angegeben, sie könne ihre angestammte Tätigkeit und eine leidensadaptierte Tätigkeit Vollzeit ausüben. Andererseits wird in Ziffer 11.7 festgestellt, die Beschwerdeführerin sei für die angestammte Tätigkeit zu 80% arbeitsunfähig. Aufgrund dieser Widersprüchlichkeit kommt diesem Bericht von vornherein kein voller Beweiswert zu.

E. 4.3.3.3

Behandlungsberichte erfüllen naturgemäss die Anforderungen an externe Gutachten (vgl. E. 3.7.1) nicht, können aber dennoch - wie vorliegend - entscheidrelevante Aktenstücke sein (vgl. E. 3.7.3). In somatischer Hinsicht sind die radiologischen Berichte von Dr. G. _____ zu beachten, welcher aufgrund von radiologischen Untersuchungen diverse degenerative Veränderungen und Osteoporose feststellte (vgl. Vorakten 168, 170, 180, BVGer act. 1/48, 1/50, 1/51, 1/53, BVGer act. 10/8, 10/31). Die Diagnose Osteoporose wurde mit der Knochendichtemessung vom 4. März 2016 (BVGer act. 11/3) bestätigt. Aus dem Gehstest vom 27. Januar 2012 (BVGer act. 1/19) und der Lungenperfusionsszintigraphie vom 2. Februar 2012 ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin eine Lungenembolie hatte. Von besonderer Bedeutung ist die von Dr. O. _____ diagnostizierte chronische zerebrale Vaskulopathie mit kognitiven Defiziten und die beidseitige Zervikobrachialgie (Vorakten 197, BVGer act. 1/3, BVGer act. 10/6, 10/29), sowie die von Dr. J. _____, Neurologe, am 5. Mai 2014 diagnostizierte Prosopagnosie (Vorakten 163, 150, BVGer act. 1/23, BVGer act. 10/9, 10/32). Hinsichtlich der psychiatrischen Diagnose Majore rezidivierende depressive Störung mit psychotischen Inhalten und Episoden von Selbstverletzungen (Vorakten 126, 143, 152, 160, 161, BVGer act. 1/14, 1/17, 1/22, BVGer act. 10/1, 10/2, 10/24, 10/25), hielt der IV-Arzt Dr. F. _____ fest, im Formular E213 würden einige Symptome genannt, welche zu einer Depression gehören könnten, jedoch würden diese nicht belegt. Dr. P. _____, Psychiaterin, berichtete am 24. November 2015 (BVGer act. 10/1, 10/24), die Beschwerdeführerin sei regelmässig in psychiatrischer Behandlung. Sie sei im Jahr 2013 wegen Verschlimmerung der depressiven Symptome, Müdigkeit, Apathie, Angststörung, Konzentrationsstörungen, Gedächtnislücken und Schlafstörungen vorstellig geworden. Aus dieser Schilderung ist nachvollziehbar, dass Dr. P. _____ die Diagnose Majore rezidivierende depressive Störung mit psychotischen Inhalten stellte.

E. 4.3.4

Aus den vorliegenden Akten ergeben sich die folgenden Leiden der Beschwerdeführerin im Verfügungszeitpunkt (11. Juni 2015): Verengung der Speiseröhre (Vorakten 170, BVGer act. 1/51), degenerative Veränderungen der zervikalen Wirbelsäule auf der Höhe C-5/C-6, C-7, C-2/C-3 und C-4/C-5 (Vorakten 170, BVGer act. 1/51), degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und diffuse Osteoporose (BVGer act. 1/50), Osteoporose und Arthrose beim Schultergelenk (Vorakten 168, BVGer act. 1/48, BVGer act. 10/8, 10/31), beginnende Arthrose bei der Hand (Vorakten 168, BVGer act. 1/48, BVGer act. 10/8, 10/31), Osteoporose und Arthrose beim Ellenbogen (Vorakten 168, BVGer act. 1/48, BVGer act. 10/8, 10/31), beginnende Osteoporose und Cox-Arthrose beim Becken (Vorakten 168, BVGer act. 1/48, BVGer act. 10/8, 10/31), beginnende Gonarthrose beim Knie (BVGer act. 1/49, BVGer act. 11/2), mässig vergrösserte Lymphknoten bei der Brust (BVGer act. 1/31), strukturelle Veränderungen des Kondylus (Vorakten 171, BVGer act. 1/52), Status nach Lungenembolie (Vorakten 130, 146, 174, 197, BVGer act. 1/3, 1/15, 1/19, BVGer act. 10/6, 10/29), Hiatushernie (Vorakten 131, 145, 176), depressives Syndrom (Vorakten 131, 145, 176), Schilddrüsenunterfunktion (Vorakten 131, 145, 176, 197, BVGer act. 1/3, BVGer act. 10/6, 10/29), Majore rezidivierende depressive Störung mit psychotischen Inhalten und

Episoden von Selbstverletzungen (Vorakten 126, 143, 152, 160, 161, BVGer act. 1/14, 1/17, 1/22, BVGer act. 10/1, 10/2, 10/24, 10/25), schwere kognitive Störungen und Prosopagnosie (Vorakten 150, 163, BVGer act. 1/23, BVGer act. 10/9, 10/32), chronische zerebrale Vaskulopathie mit kognitiven Defiziten (Vorakten 197, BVGer act. 1/3, BVGer act. 10/6, 10/29), Depressives Syndrom mit psychotischen Störungen (Vorakten 197, BVGer act. 1/3, BVGer act. 10/6, 10/29), beidseitige Zervikobrachialgie (Vorakten 197, BVGer act. 1/3, BVGer act. 10/6, 10/29), Osteoporose (BVGer act. 11/3), sowie Thrombophilie (BVGer act. 14).

E. 4.3.5

Ein Vergleich mit den Leiden im Ausgangszeitpunkt (vgl. E. 4.2.1 hiervor) lässt die Vermutung zu, dass sich die psychiatrischen Beschwerden verschlimmert haben könnten, wurde doch neu eine Majore rezidivierende depressive Störung mit psychotischen Inhalten diagnostiziert.

E. 4.3.6

Ebenso liegen Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes in neurologischer Hinsicht vor, denn als neue Diagnose wird eine Prosopagnosie gestellt. Während im neurologischen Bericht von Dr. Q. _____ vom 13. Oktober 2009 (Vorakten 132/1, 144, 165, 179, BVGer act. 1/12, 1/30, BVGer act. 10/7, BVGer act. 10/30) festgehalten wurde, es bestünden keine Defizite hinsichtlich der Erkennung von Objekten und Gesichter, wird im neurologischen Bericht vom 5. Mai 2014 ausgeführt (Vorakten 150, 163, BVGer act. 1/23, BVGer act. 10/9, 10/32), die Versicherte sei örtlich desorientiert und erkenne die eigenen Familienangehörigen oft nicht.

E. 4.3.7

Altersentsprechende degenerative Veränderungen der Hand lagen bereits im Ausgangszeitpunkt vor (Vorakten 43/13). Neu sind hingegen über das altersentsprechende Mass hinausgehende degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, der Knie, des Beckens, der Ellenbogen und des Kondylus (Vorakten 168, 171, BVGer act. 1/48, 1/49, 1/50, 1/52, BVGer act. 10/8, 10/31, BVGer act. 11/2). Ausserdem machte die Beschwerdeführerin geltend, sie könne ihren Arm nicht mehr richtig bewegen (Vorakten 139, BVGer act. 1). Hiermit hängt zusammen, dass die Beschwerdeführerin im Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten vom 2. Oktober 2014 angab, sie könne die Fenster nicht mehr reinigen und die Wäsche nur noch mit Hilfe einer anderen Person aufhängen (Vorakten 183). Hieraus ist eine funktionelle Einschränkung ersichtlich, gab die Beschwerdeführerin doch im Fragebogen vom 9. Juli 2010 (Vorakten 109) an, sie könne die Fenster mit Hilfe einer anderen Person reinigen und Wäsche aufhängen und abnehmen. Aus den aktenkundigen Arztberichten und den Fragebögen geht hervor, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Verschlechterung in orthopädischer und rheumatologischer Hinsicht vorliegt. Der gegenteiligen Ansicht des Allgemeinmediziners Dr. E. _____ vom 15. Oktober 2015 (BVGer act. 7/1) kann nicht gefolgt werden.

E. 4.4

Als Zwischenfazit ergibt sich, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwischen dem Ausgangszeitpunkt 7. September 2010 und dem Vergleichszeitpunkt 11. Juni 2011 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verschlechtert hat.

E. 5

Im Folgenden ist zu prüfen, ob, wie von der Beschwerdeführerin vorgebracht, die vorhandenen Akten ausreichen, um die Auswirkungen der gesundheitlichen Verschlechterung auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen.

E. 5.1

Wie erwähnt ist der Formularbericht E213 widersprüchlich (vgl. E. 4.3.3.2 hiervor), weshalb hierauf für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit nicht abgestellt werden kann.

E. 5.2

Dr. F. _____ wies am 5. Juni 2015 (Vorakten 195) zurecht daraufhin, dass das Arzteugnis vom 2. März 2015 (Vorakten 192, BVGer act. 1/4, BVGer act. 10/13), wonach die Beschwerdeführerin für jede Tätigkeit arbeitsunfähig sei, nicht begründet ist. Es enthält weder eine Diagnose noch Befunde, womit darauf nicht abgestellt werden kann.

E. 5.3

Dr. P. _____, Psychiaterin, hielt am 24. November 2015 fest (BVGer act. 10/1, BVGer act. 10/24), der aktuelle psychopathologische Status würde eine signifikante Beeinträchtigung der zwischenmenschlichen, sozialen Aktivitäten bedeuten und die Arbeitsfähigkeit einschränken. In welchem Rahmen diese Einschränkung vorliegt, bezifferte sie jedoch nicht.

E. 5.4

Die aktenkundigen Arztberichte enthalten somit keine hinreichenden Äusserungen zur Arbeitsfähigkeit. Eine Würdigung der geklagten Leiden und insbesondere der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin kann daher nicht vorgenommen werden.

E. 5.5

Hinzukommt, dass die Beschwerdeführerin an multiplen Beschwerden leidet. Beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen - wie vorliegend insbesondere internistische, orthopädische, rheumatologische, neurologische, neuropsychologische und psychiatrische Leiden - ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen und der Grad der Arbeitsfähigkeit jeweils aufgrund einer sämtliche Behinderungen umfassenden fachärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen (vgl. Urteile des Bundesverwaltungsgerichts C-921/2013 vom 28. April 2014 E. 6.3 mit Hinweisen und C-2949/2012 vom 15. Januar 2015 E. 7.1.2). Die aktenkundigen fachärztlichen Berichte beinhalten aber keine in diesem Sinne zuverlässige bzw. schlüssig und nachvollziehbar begründete Gesamtbeurteilung, vielmehr sind sie monodisziplinäre Expertisen.

E. 6.1

Als Ergebnis ist aufgrund des vorstehend Dargelegten festzuhalten, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin von der Vorinstanz nicht hinreichend abgeklärt wurde. Insbesondere kann noch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gesagt werden, welche Auswirkungen die festgestellten gesundheitlichen Verschlechterungen auf die Arbeitsfähigkeit und den Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin hatten bzw. haben. In den genannten Umständen liegt eine unvollständige Sachverhaltsabklärung (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG) vor. Eine Rückweisung der Sache in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung wie von dieser selbst beantragt wurde, ist angebracht, da sie in der notwendigen Erhebung der bisher weitgehend ungeklärten Frage

begründet liegt, ob und seit wann sich der Gesundheitszustand rentenwirksam verändert hat (vgl. BGE 137 V 201 E. 4.4.1.4).

E. 6.2

Gegen eine Begutachtung in der Schweiz brachte die Beschwerdeführerin vor, eine Reise in die Schweiz sei für sie nicht einfach und mit Kosten verbunden. Sie müsse jemanden finden der sie begleite. Ausserdem sei ihre Schwester Tag und Nacht auf Unterstützung angewiesen. Eine gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit für eine Reise in die Schweiz ist aus den aktenkundigen medizinischen Unterlagen nicht ersichtlich und wurde von der Beschwerdeführerin auch nicht substantiiert vorgebracht. Da die Beschwerdeführerin an Desorientiertheit und Prosopagnosie leidet, wird die Vorinstanz unter Beizug ihres regionalen ärztlichen Dienstes zu beurteilen haben, ob die Beschwerdeführerin auf eine Begleitperson angewiesen ist. Weiter ist die Notwendigkeit, Angehörige zu pflegen, kein Grund für die Annahme einer Reiseunfähigkeit, vielmehr wird die Beschwerdeführerin die Pflege ihrer Schwester für die Zeit ihrer Abwesenheit privat organisieren müssen (vgl. hierzu Urteil des BVGer C-1535/2014 vom 16. Dezember 2015 E. 6.2).

E. 7.1

Zusammenfassend ergibt sich, dass in Übereinstimmung mit dem Antrag der Vorinstanz, die angefochtene Verfügung vom 11. Juni 2015 aufzuheben und die Sache an diese zurückzuweisen ist. Sie hat ein pluridisziplinäres Gutachten in internistischer, orthopädischer, rheumatologischer, neurologischer, neuropsychologischer und psychiatrischer Hinsicht in der Schweiz einzuholen, danach eine umfassende Neubeurteilung vorzunehmen und über den Rentenanspruch neu zu verfügen.

E. 7.2

Aus den Akten ergibt sich des Weiteren, dass die Vorinstanz im Ausgangszeitpunkt den Invaliditätsgrad von 42% nach der gemischten Methode ermittelt hat, indem für die Erwerbstätigkeit ein Invaliditätsgrad von 55% und für die Haushaltstätigkeit ein solcher von 29% ermittelt wurde (vgl. Einspracheentscheid vom 11. Mai 2006, Vorakten 61). Die Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode bildete Gegenstand in einem vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) anhängig gemachten Verfahren. Die zweite Kammer erkannte, die beanstandete Invaliditätsbemessungsmethode verletze Art. 14 EMRK (Diskriminierungsverbot) und Art. 8 EMRK (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens). Das Urteil Di Trizio gegen die Schweiz vom 2. Februar 2016 (7186/09) ist am 4. Juli 2016 rechtskräftig geworden. Entsprechend wird die Vorinstanz vorliegend zusätzlich die Methode der Invaliditätsbemessung zu überprüfen haben (vgl. diesbezüglich: Rudolf Rüedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: René Schaffhauser / Franz Schlauri [Hrsg.], die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Seite 23).

E. 8

Die im vorliegenden Fall vorzunehmende Rückweisung beinhaltet im Übrigen keine Gefahr einer reformatio in peius, da die Viertelsrente auch von der Vorinstanz nicht in Frage gestellt wurde. Diese Viertelsrente ist bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 11. Juni 2015 abschliessend als ausgewiesen und begründet zu betrachten (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4). Es bleibt hingegen offen und wird von der Vorinstanz zu prüfen sein, ob sich die Verschlechterung des Gesundheitszustandes auf den IV-Grad (im Sinne einer Erhöhung) ausgewirkt haben könnte (vgl. hierzu Urteil des BVGer C-6415/2010 vom 6.

Februar 2013 E. 3).

E. 9

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

E. 9.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 137 V 57 E. 2.1 mit Hinweisen), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Dieser ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 9.2

Der nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

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