

# **BVGer C-4601/2007 vom 15. Februar 2010**

Bundesverwaltungsgericht, 2010-02-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4601\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4601_2007)

FR: TAF C-4601/2007 du 15 février 2010

IT: TAF C-4601/2007 del 15 febbraio 2010

## **Regeste**

Invalidenversicherung (IV)

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zuständig für die Beurteilung von Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, SR 172.021), sofern kein Ausnahmetatbestand erfüllt ist (Art. 31, 32 des Bundesgesetzes über das Bundesverwaltungsgericht vom 17. Juni 2005 [Verwaltungsgerichtsgesetz, VGG, SR 172.32]). Zulässig sind Beschwerden gegen Verfügungen von Vorinstanzen gemäss Art. 33 VGG. Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland ist eine Vorinstanz im Sinn von Art. 33 Bst. d VGG (vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG, SR 831.20]). Die angefochtene Verfügung ist als Verfügung im Sinn von Art. 5 VwVG zu qualifizieren, und eine Ausnahme nach Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist daher zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

### **E. 1.2**

Die Beschwerdeführerin ist durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung oder Änderung ein schutzwürdiges Interesse (Art. 48 Abs. 1 VwVG; vgl. auch Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1)). Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert.

### **E. 1.3**

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 VwVG; vgl. auch Art. 60 ATSG) und die Beschwerdeführerin hat den einverlangten Kostenvorschuss innert der gesetzten Frist bezahlt (Art. 64 Abs. 4 VwVG). Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

### **E. 1.4**

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Das VwVG findet aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG jedoch keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG anwendbar ist. Nach Art. 2 des ATSG sind die Bestimmungen des ATSG anwendbar, soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze des Bundes dies vorsehen. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a-26bis und 28-70f IVG) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

### **E. 1.5**

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

### **E. 1.6**

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann 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).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 7. Juni 2007. Aufgrund der Beschwerdebegehren streitig und damit zu prüfen ist vorliegend, ob die Vorinstanz der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 7. Juni 2007 zu Recht keine Invalidenrente zusprach. Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie könne wegen ihrer Gesundheitsschäden die Tätigkeiten im Haushalt nur noch teilweise ausführen. Sie benötige die Hilfe ihrer Familienangehörigen und von haushaltfremden Personen während ca. 20-30 Stunden pro Woche für die Besorgung des Haushaltes (act. 45).

#### **E. 2.1**

Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln sind in verfahrensrechtlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2), unter Vorbehalt der spezialgesetzlichen Übergangsbestimmungen. In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund des bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach der neuen Norm zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445). Vorab ist zu prüfen, welche materiellen Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren anwendbar sind.

#### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin ist Staatsangehörige von Bosnien und Herzegowina. Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 (SR 0.831.109.818.1) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 203 E. 2b, BGE 122 V 382 E. 1, BGE 119 V 101 E. 3). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien, Mazedonien), nicht aber mit Bosnien und Herzegowina neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für die Beschwerdeführerin, mit Wohnsitz in Bosnien und Herzegowina, findet demnach weiterhin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 Anwendung. Nach Art. 2 dieses Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten hinsichtlich der in Art. 1

genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, in ihren Rechten und Pflichten einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Betreffend die Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sind keine abweichenden Vorschriften auszumachen. Die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, bestimmt sich demnach allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

### **E. 3.1**

Für die Beurteilung eines Rentenanspruchs sind die Feststellungen des ausländischen Versicherungsträgers, der Ärzte etc. bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996 S. 177 E. 1).

### **E. 3.2**

Am 8. März 2006 (act. 42) ging das neue Gesuch der Beschwerdeführerin um Leistung einer Invalidenrente nach dem ablehnenden Einspracheentscheid vom 1. März 2005 (betreffend ihr erstes Gesuch aus dem Jahr 2004) bei der IVSTA ein, weshalb vorliegend die am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Bestimmungen des ATSG sowie die zugehörige Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar sind. Nicht anwendbar sind hingegen die Änderungen des ATSG vom 6. Oktober 2006 und der ATSV vom 28. September 2007 (5. IVG-Revision, AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155, in Kraft seit 1. Januar 2008), da die angefochtene Verfügung vor Inkrafttreten der entsprechenden Bestimmungen ergangen ist (vgl. auch Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich Basel Genf 2009, Art. 82 Rz. 5). Bezüglich der vorliegend auf Grund von Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG zu berücksichtigenden ATSG-Normen zur Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) und zur Bestimmung des Invaliditätsgrades (Art. 16) sowie zur Revision der Invalidenrente und anderer Dauerleistungen (Art. 17) hat das Schweizerische Bundesgericht (vormals: Eidgenössisches Versicherungsgericht) erkannt, dass es sich bei den in Art. 3-13 ATSG enthaltenen Legaldefinitionen in aller Regel um eine formellgesetzliche Fassung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den entsprechenden Begriffen vor Inkrafttreten des ATSG handelt und sich inhaltlich damit keine Änderung ergibt, weshalb die hierzu entwickelte Rechtsprechung übernommen und weitergeführt werden kann (vgl. BGE 130 V 343 E. 3). Auch die Normierung des Art. 16 ATSG führt nicht zu einer Modifizierung der bisherigen Judikatur zur Invaliditätsbemessung bei erwerbstätigen Versicherten, welche weiterhin nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs vorzunehmen ist (zu Art. 28 Abs. 2 IVG in der bis zum 31. Dezember 2002 in Kraft gestandenen Fassung vgl. BGE 128 V 29 E. 1, BGE 104 V 135 E. 2a und b).

### **E. 3.3**

Am 1. Januar 2004 sind die Änderungen des IVG vom 21. März 2003 und der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 21. Mai 2003 (SR 831.201; 4. IV-Revision, AS 2003 3837 bzw. AS 2003 3859) in Kraft getreten. Somit sind vorliegend für die Prüfung des geltend gemachten Anspruchs diese Fassungen des IVG und der IVV anwendbar. Die Änderungen des IVG vom 6. Oktober 2006 und der IVV vom 28. September 2007 (5. IV-Revision, AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155, in Kraft seit 1. Januar 2008) sind hingegen

nicht anwendbar, da der angefochtene Entscheid vor Inkrafttreten der entsprechenden Bestimmungen ergangen ist.

#### **E. 3.4**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes (ATSG/IVG) ist und beim Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG, in Kraft bis 31. Dezember 2007). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist.

#### **E. 3.5**

Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als eines Jahres Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet, so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist (Art. 36 Abs. 1 IVG).

#### **E. 3.6**

Meldet sich eine versicherte Person mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs an, so werden allfällige Leistungen der Invalidenversicherung lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangegangenen Monate ausgerichtet (Art. 48 Abs. 2 IVG, Fassung vom 6. Oktober 2000, in Kraft vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2007). Massgebend ist die Einreichung des Gesuchs beim Versicherungsträger (hier: 8. März 2006), weshalb allfällige Leistungen grundsätzlich frühestens ab dem 8. März 2005 ausgerichtet werden könnten.

#### **E. 3.7**

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts sind für die Bestimmung des rechtserheblichen Sachverhalts im Beschwerdeverfahren grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Verfügung massgebend (hier: 7. Juni 2007; vgl. BGE 132 V 368 E. 6.1 mit Hinweisen; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, § 74 N 20). Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung eingetreten sind, können im vorliegenden Beschwerdeverfahren daher grundsätzlich nicht berücksichtigt werden. Allerdings können Tatsachen, die den Sachverhalt seither verändert haben, unter Umständen Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 121 V 366 E. 1b mit weiteren Hinweisen).

#### **E. 3.8**

Im vorliegenden Beschwerdeverfahren ist daher zu prüfen, ob zwischen dem 8. März 2005 und dem 7. Juni 2007 ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente entstanden ist.

#### **E. 3.9**

Nach Abs. 1 des Art. 28 IVG (in Kraft vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007) hat ein Versicherter Anspruch auf eine Viertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40%, auf eine halbe Rente bei einem solchen von mindestens 50%, auf eine Drei-Viertel-Rente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% und auf eine ganze Rente bei einem solchen von mindestens 70%. Gemäss Art. 28 Abs. 1ter IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte

ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Nach der Rechtsprechung des Schweizerischen Bundesgerichts stellt Art. 28 Abs. 1ter IVG nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

### **E. 3.10**

Der Rentenanspruch entsteht grundsätzlich frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 Prozent bleibend erwerbsunfähig geworden ist (Art. 29 Abs. 1 IVG [Fassung vom 6. Oktober 2000, in Kraft vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2007] Bst. a) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig war (Bst. b). Eine bleibende Erwerbsunfähigkeit besteht vorliegend nicht; es handelt sich nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts vielmehr um ein labiles Krankheitsgeschehen, welches frühestens nach Ablauf der Wartezeit gemäss Art. 29 Abs. 1 Bst. b einen allfälligen Rentenanspruch begründen kann (Urteil des Bundesgerichts I 163/2005 vom 30. Mai 2005, BGE 119 V 98 E. 4a). Für die Beschwerdeführerin als Bürgerin von Bosnien und Herzegowina mit Wohnsitz in diesem Staat entsteht der Rentenanspruch nach Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG (Fassung vom 6. Oktober 2000, in Kraft vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2007) erst, wenn sie während eines Jahres durchschnittlich mindestens zu 50% arbeitsunfähig gewesen ist und der Invaliditätsgrad nach Ablauf der Wartezeit mindestens 50% beträgt (BGE 121 V 264).

### **E. 4**

Nach dem ATSG in Verbindung mit dem IVG ist der Begriff "Invalidität" nicht nach medizinischen Kriterien definiert, sondern nach der Unfähigkeit, Erwerbseinkommen zu erzielen (BGE 132 V 99 E. 4, BGE 110 V 275 E. 4a, BGE 102 V 166) oder sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Dabei sind die Erwerbs- bzw. Arbeitsmöglichkeiten nicht nur im angestammten Beruf bzw. in der bisherigen Tätigkeit, sondern auch in zumutbaren Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Nach Art. 8 ATSG (Fassung vom 6. Oktober 2000, in Kraft vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2007) ist die Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Art. 4 IVG führt dazu aus, dass die Invalidität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann; nach Abs. 2 dieser Norm gilt die Invalidität als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat.

#### **E. 4.1**

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG, Fassung vom 6. Oktober 2000, in Kraft vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2007). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

#### **E. 4.2**

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nicht erwerbstätig einzustufen ist - was je zur Anwendung einer anderen Methode der

Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt -, ergibt sich aus der Prüfung, was diese 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 Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 125 V 146 E. 2c, BGE 133 V 477 E. 6.3, BGE 133 V 504 E. 3.3, je mit Hinweisen).

#### **E. 4.3**

Die Vorinstanz hat die Beschwerdeführerin als Nichterwerbstätige (mit Aufgabenbereich Haushalt) qualifiziert und deshalb nur die Behinderung im Haushalt ermittelt. Dieses Vorgehen hat die Beschwerdeführerin nicht beanstandet. Den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bereits im ersten Gesuchsverfahren im Fragebogen für den Versicherten am 18. Mai 2004 angab, während der letzten 3 Jahre nur als Hausfrau tätig gewesen zu sein (act. 8). Die Vorinstanz hat demnach zu Recht die Beschwerdeführerin als Nichterwerbstätige, die im Haushalt tätig ist, qualifiziert.

#### **E. 4.4**

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, welche im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Mass sie behindert sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28 Abs. 2bis IVG, spezifische Methode des Betätigungsvergleichs). 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).

#### **E. 4.5**

Mit der 4. IV-Revision, welche per 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist, wurde der bisherige Art. 27 Abs. 1 IVV aus Gründen der formalen Gleichbehandlung erwerbs-, teilerwerbs- und nicht erwerbstätiger Personen grossmehrheitlich auf Gesetzesstufe gehoben. Eine materielle Änderung war damit aber nicht verbunden, weshalb die zu Art. 27 Abs. 1 IVV entwickelte Rechtsprechung nach wie vor Gültigkeit hat (vgl. in BGE 134 V 9 nicht publizierte E. 3.2 [Urteil I 246/05 vom 30. Oktober 2007] mit Hinweisen).

##### **E. 4.5.1**

Bei den im Haushalt tätigen Versicherten ist - wie bei den Erwerbstätigen - zunächst zu beurteilen, ob und in welchem Umfang die versicherte Person in ihrer Leistungsfähigkeit in qualitativer und/ oder quantitativer Hinsicht eingeschränkt ist. Ist die Arbeitsfähigkeit in qualitativer Hinsicht eingeschränkt, haben die medizinischen Sachverständigen dazu Stellung zu nehmen, welche Tätigkeiten aufgrund des Gesundheitsschadens aus medizinischer Sicht zumutbarerweise noch ausgeübt werden können (siehe E. 3.3.1). Anschliessend ist ein Betätigungsvergleich vorzunehmen, welcher auf hinreichenden medizinischen Unterlagen beruhen muss. Die Invalidität wird aufgrund eines Betätigungsvergleichs ermittelt, bei welchem die prozentuale Einschränkung in den

einzelnen Teilen des in Frage kommenden Aufgabenbereichs bestimmt wird, wobei die Summe der Einschränkungen den massgebenden Gesamtinvaliditätsgrad ergibt (vgl. Kieser, ATSG-Kommentar, a.a.O., Art. 16 Rz. 30). Zu beachten ist, dass in Befolgung der Schadenminderungspflicht die versicherte Person Verhaltensweisen zu entwickeln hat, welche die Auswirkungen der Behinderung im hauswirtschaftlichen Bereich reduzieren und ihr eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltsarbeiten ermöglichen. Der Umstand, dass diese Arbeiten nur mühsam und mit höherem Zeitaufwand bewältigt werden können, begründet nicht ohne weiteres eine Invalidität. Zudem wird eine Unterstützung durch Familienangehörige vorausgesetzt, welche weiter geht als im Gesundheitsfall (BGE 133 V 504 E. 4.2). Nach der Rechtsprechung stellt ein nach Massgabe der Verwaltungsweisungen des BSV (Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der IV [KSIH], Rz. 3090 ff.) eingeholter Haushaltabklärungsbericht (Bericht über eine Abklärung an Ort und Stelle, vgl. Art. 69 Abs. 2 IVG) eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung im Haushalt dar (Urteil BGer I 27/07 vom 24. Januar 2008 E. 6.1, Urteil EVG I 249/04 vom 6. September 2004, publiziert in Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2005 IV Nr. 21, E. 5.1). Bei im Ausland wohnenden Versicherten werden keine Abklärungen an Ort und Stelle durchgeführt. Die zuständige IVSTA holt bei den Versicherten mit einem Formular die Informationen über die tatsächlichen Verhältnisse ein und legt diese zusammen mit den übrigen Stellungnahmen ihrem medizinischen Dienst zur Beurteilung vor (vgl. Urteil BVGer vom 8. September 2008 [C-2764/2006] E. 5.7, Urteil EVG I 8/02 vom 16. Juli 2002 E. 2.4). Dabei ist auch zu beachten, dass bei psychisch bedingten Beeinträchtigungen den fachärztlichen Feststellungen der Behinderungen im Haushalt in der Regel mehr Gewicht zuzumessen ist, sofern diese nicht mit den Ergebnissen der Abklärung an Ort und Stelle übereinstimmen (BGE 133 V 450 E. 11.1.1 mit Hinweisen).

### **E. 5.1**

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet zum einen sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). Zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbeschrieben alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., Bern 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hiezu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts [vormals EVG] vom 20. Juli 2000, I 520/99).

### **E. 5.2**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdeverfahren das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes

ist es, den Gesundheitsschaden zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen die Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2, AHI-Praxis 2002 S. 62).

### **E. 5.3**

Die Verwaltung und das Gericht haben die medizinischen Unterlagen - wie auch alle anderen Beweismittel - nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung, d. h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass alle Beweismittel objektiv zu prüfen sind - unabhängig davon, von wem sie stammen - und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a, BGE 122 V 160 E. 1c mit Hinweisen; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a). Der erhöhte Beweiswert umfasst allerdings nur medizinische Fragen, zu deren Beantwortung Ärzte im Sozialversicherungsverfahren beigezogen werden, nicht aber weitere Fragen wie z.B. die wirtschaftliche Beurteilung.

### **E. 5.4**

Die Beschwerdeführerin rügte in ihrer Beschwerde und Replik eine ungenügende Feststellung und Beurteilung des rechtserheblichen Sachverhalts, insbesondere hinsichtlich der medizinischen Erhebungen der Vorinstanz. Sie machte geltend, die ausführliche medizinische Dokumentation in den Akten zeige auf, dass sie lange vor dem 4. September 2007 für sämtliche (schweren und leichteren) Tätigkeiten und so auch für Arbeiten im Haushalt zu mindestens 70% arbeitsunfähig sei.

### **E. 5.5**

Folgende ärztliche Gutachten und Berichte sind relevant und bildeten die Grundlage für die angefochtene Verfügung vom 7. Juni 2007: Dr. F. \_\_\_\_\_, Radiologe, führte in seinem Rapport vom 14. Februar 2006 (act. 50/51) aus, dass aufgrund diverser Röntgenaufnahmen Anzeichen einer deformierenden Spondylose bestünden. Im Vergleich zu anderen Verengungen sei der intervertebrale Bereich auf der Höhe von TH 4-5 mässig und zeige Anzeichen einer Diskopathie. Die Verengung auf der Höhe von L5-S1 korrespondiere mit einer Diskopathie Spina bifida S1. Die beiden Knie präsentierten sich regulär. Dr. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin Innere Medizin, Kardiologin, diagnostizierte am 27. Januar 2006/15. Februar 2006 (act. 53/54) eine arterielle Hypertonie, ein kompensiertes hyperthorisches Herz, Hypercholesterinämie (HLP), Adipositas, Asthma. Dr. H. \_\_\_\_\_, Facharzt Orthopädie, führte in seinem Bericht vom 16. Februar 2006 (act. 56/57) folgende Diagnosen auf: beginnende vertebrale, thorakale und lombale Spondylose, vertebrale Diskopathie L5/S1, Spina bifida S1, Radikulopathie Ls rechts, beginnende kollaterale

Läsion des linken Knies. Dr. I. \_\_\_\_\_, Neuropsychiater, Facharzt neuropathologische und psychotische Krankheiten, erstellte am 16. Februar 2006 (act. 62/63) einen ausführlichen Bericht über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, welche seit längerer Zeit unter seiner Kontrolle als Neuropsychiater stehe. Er diagnostizierte eine depressive Episode mittleren Grades, eine zervikale und lumbosakrale Spondylose, eine Diskarthrose L5-S1, eine chronische laterale Radikulopathie S1 rechts und ein beidseitiges Zervikobrachialsyndrom. Zum aktuellen Status führte der Arzt u.a. aus, dass das Verhalten der Patientin sowie ihre Kleidung auffällig seien. Die verbale Kommunikation könne leicht aufgebaut und aufrechterhalten werden. Was das Denken und die Wahrnehmung betreffe, würden keine psychopathologischen Phänomene bestehen. Die Aufmerksamkeit und die Konzentration seien reduziert. Sie habe das Selbstvertrauen verloren und zweifle an sich selbst. Die Patientin sei nicht funktionell und manifestiere eine permanente Schlafstörung und Müdigkeit. Gefühle der Angst, der Schuld und des Unwertes seien stark präsent. Die Evaluation der ausgefüllten Fragebogen habe eine Depression und Angststörungen seit 14 Tagen ergeben. Aufgrund der Antworten handle es sich um eine ernsthafte, andauernde depressive Episode. Die Beschwerdeführerin gab am 19. Mai 2006 (act. 45) im "Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten" an, sie benötige Hilfe zur Ausführung folgender Arbeiten: Küche, Fenster und Fussböden reinigen, Geschirr spülen, Betten machen, Wäsche besorgen (inkl. aufhängen, abnehmen, bügeln). Sie könne die Wäsche flicken, jedoch nicht stricken, nähen oder häkeln. Ebenfalls Hilfe benötige sie für die Gartenarbeit. Sie sei manchmal noch in der Lage, Gemüse und Früchte zu rüsten oder zu schneiden und Mahlzeiten zuzubereiten (mit Pausen). Selten sei sie in der Lage, Einkäufe mit dem Auto zu machen. Teilweise könne sie in der Haushaltsführung die Organisation und Kontrolle übernehmen. Vor Eintritt des Gesundheitsschadens habe sie sich zusätzlich zur Haushaltsführung mit der Besorgung eines Nutzgartens, Besorgung von Geflügel, Kleintieren usw. und mit Kleider Anfertigen oder Umändern beschäftigt. Heute könne sie keine dieser Arbeiten mehr verrichten. Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin, RAD, verwies in seiner Berichterstattung vom 22. November 2006/29. Dezember 2006 (act. 65/67) auf seine Stellungnahme zum ersten Gesuch der Beschwerdeführerin vom 11. November 2004 und hielt fest, dass sich das Beschwerdebild praktisch nicht verändert habe. Die Versicherte sei intermittierend in Behandlung bei Orthopäden und Psychiater, wonach jeweils die Symptomatologie nach sehr kurzer Zeit eine signifikante Besserung aufweise. Die Hauptdiagnosen seien: rezidivierende mittelschwere depressive Episoden, Spondylose der Hals- und Lendenwirbelsäule bei Diskopathie, Radikulopathie rechts. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien zu nennen: arterielle Hypertonie (medikamentös kompensiert), Asthma bronchiale bei Allergenexposition und Adipositas. Wegen der degenerativen Veränderungen des Achsenskeletts seien schwere Belastungen bei den wenigen diesbezüglichen Haushaltsarbeiten zu vermeiden. Das Beschwerdebild habe sich seit dem letzten Gesuch nicht verändert. Die Versicherte leide unter Schmerzen der Wirbelsäule, die mit degenerativen Veränderungen einhergingen. Das rezidivierende depressive Krankheitsbild sei nicht schwerer Natur und spreche sehr gut auf die adäquate Therapie an. Deshalb resultiere in diesem Fall keine längere Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen. Die Beschwerdeführerin sei zu 24% "arbeitsunfähig" für Arbeiten im Haushalt. Auf Nachfrage der IVSTA, wie die unterschiedliche Invaliditätsbeurteilung im Jahr 2004 und 2006 erklärbar sei, antwortete Dr. med. D. \_\_\_\_\_, dass eine Verschlechterung durch die medizinischen Unterlagen nicht ausgewiesen sei. Beim wechselhaften Verlauf und den Remissionen sei eine

unterschiedliche Beurteilung des Grades der Arbeitsunfähigkeit gerade nach der spezifischen Methode durchaus möglich und plausibel. Mit Einwand zum Vorbescheid reichte die Beschwerdeführerin neue medizinische Berichte ein. Die Beschwerdeführerin konsultierte seit Mai 2005 regelmässig ihre Hausärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_. Diese diagnostizierte am 12. Mai 2006 eine Arrhythmia extrasistolica supraventricularis und eine Lumboischialgie. Am 3. Juli 2006 hielt sie im Krankenblatt fest, die Patientin sei nervös, desinteressiert für ihre Umgebung, ermüde schnell, habe schlechte Laune, weine oft, habe keine Freude, vermeide sozialen Kontakt und ziehe es vor, alleine zu sein. Sie habe Angst, etwas Schreckliches werde geschehen, sie zittere und fürchte sich. Sie könne nicht einschlafen, habe Alpträume in der Nacht und erwache bei Angstsituationen. Sie habe alle Hoffnung verloren. Sie huste und es fehle ihr an Luft, sie schwitze mit häufigem Herzflattern. Nachdem eine Überweisung an einen Neuropsychiater erfolgt sei, habe dieser eine depressive Episode mit schweren Symptomen diagnostiziert (Eintrag vom 10. Juli 2006). Am 20. Juli 2006 stellte die Hausärztin fest, der Zustand der Patientin sei stationär und sie werde erneut an den Neuropsychiater überwiesen. Einen Monat später, am 15. August 2006, habe die Patientin über eine Verschlechterung geklagt, weshalb sie wieder zum Neuropsychiater geschickt werde. Dieser habe eine rezidivierende Depression schweren Grades festgestellt. Die Hausärztin bemerkte am 16. September 2006, dass sich der psychische Zustand der Patientin zu stabilisieren beginne. Die Schmerzen im Rücken und in den Händen würden sich manchmal intensivieren. Teilweise leide die Beschwerdeführerin an Herzflattern (act. 77-84). Dr. C. \_\_\_\_\_ äusserte sich in ihrer Beurteilung der medizinischen Akten vom 18. Januar 2007 (act. 88) zusammenfassend, dass keine Elemente einer signifikanten oder dauernden Verschlechterung ersichtlich seien. Auch die Antworten bezüglich der Arbeitsfähigkeit in Arbeiten im Haushalt seien gleich. Es liege eine Arbeitsunfähigkeit von 47% vor. Sie wiederholte die bekannten Diagnosen wie: moderate Depression, "cervicodorsolombalgie sur troubles dégénératifs étages", Diskarthrose L5-S1, Radikulopathie S1 rechts, Arrhythmie, Dystonie "neurocirculatoire", Status nach TVP rechts und TVP "fémoropolitée", HTA, Adipositas. Dr. I. \_\_\_\_\_, Neuropsychiater, führte in seinem Bericht vom 9. Februar 2007 folgende Diagnosen auf: rezidivierende nicht psychotische Depression schweren Grades (ICD-10: F33.2), zervikale Spondylose und lumbosakrale Diskarthrose L5-S1, zervikobrachiales Syndrom beidseits, chronische Radikulopathie S1 rechts. Der aktuelle psychische Status werde durch einen depressiven Affekt und eine depressive Ängstlichkeit dominiert. Weiter würden v.a. Verlust von Freude und Interesse, Traurigkeit, Gefühle der Ablehnung, Hoffnungslosigkeit und Unfähigkeit sich zu freuen, Abfallen von jeglicher Lebensdynamik, Energieverlust, Müdigkeit und Erschöpfung, Verlust des Selbstvertrauens, Schuldgefühle, Konzentrationsverlust, Ineffizienz, Unentschlossenheit und Unfähigkeit zu kommunizieren vorliegen. Zudem leide die Beschwerdeführerin an somatischen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Brechreiz, Atemproblemen, Schlaflosigkeit, Herzschmerzen und Bauchschmerzen (act. 76/86). Dr. med. E. \_\_\_\_\_, IV-Stellenarzt, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Aktenbericht vom 26. Mai 2007 fest, dass die zahlreichen somatischen Beschwerden der Beschwerdeführerin nicht mit den somatischen Diagnosen erklärbar seien. Der Psychiater Dr. med. I. \_\_\_\_\_ nenne als Diagnose sich wiederholende depressive Probleme, zurzeit mit einer schweren Episode (ICD-10: F 33.2). Die vorhergehenden Einschätzungen von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ würden jedoch von einem mittleren depressiven Zustand ausgehen. Die Beschwerdeführerin sei nicht hospitalisiert gewesen, habe keinen Suizidversuch gemacht und hege aktuell auch keine Suizidgedanken.

Vergleiche man den Bericht von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 16. Februar 2006 und denjenigen vom 16. März 2007 (recte: 9. Februar 2007), könne keine Verschlechterung erkannt werden, welche den Grad der Arbeitsunfähigkeit verändern würde (act. 92). Die behandelnde Ärztin, Dr. J. \_\_\_\_\_, hielt in ihrem Krankenblatt am 15. April 2007 fest, die Beschwerdeführerin klage über Bedrückung, Desinteresse für die Umgebung, Drücken in der Brust, Störungen in der Kommunikation mit der Umgebung, Herzklopfen trete jetzt seltener auf, aber die Schwere in den Beinen bestehe weiterhin. Die körperliche Untersuchung zeige, dass die Patientin aufgebracht und bedrückt sei. Bei der Herstellung eines Kontakts fange sie häufig an zu weinen. Die Herzaktivität sei schwach arrhythmisch (Replikbeilage BVGer act. 14). Dr. J. \_\_\_\_\_ stellte anlässlich einer Konsultation der Beschwerdeführerin am 14. Juni 2007 (Replikbeilage BVGer act. 14) aufgrund der Befunde des Physiotherapeuten folgende Diagnosen fest: chronisches Cervicothorakal- und Lumbosakrales-Syndrom, Fibromyalgie, "Spondylosis def. Vertebrae in toto", Karpaltunnelsyndrom rechts "Obs.", Enthesopathie pes Anserinus (Gänsefuss) beidseits. Status nach Thromboplebitis cruris rechts, arterielle Hypertensie. Anlässlich einer Kontrolluntersuchung vom 10. Juli 2007 wird festgehalten, die Patientin fühle sich nach der Physiotherapie subjektiv besser. Doch bereits am 2. August 2007 überwies die Ärztin die Patientin wieder an den Neuropsychiater, da diese über Schmerzen im Brustbereich, erschwerte Atmung, Herzklopfen, schlechten Schlaf und Alpträume klagte und die Zusammenarbeit erschwert sei (Replikbeilage BVGer act. 14). Der Neuropsychiater habe die Diagnosen "wie zuvor" gestellt. Am 4. September 2007 sei die Patientin in Begleitung ihres Sohnes und ihres Nachbarn in somnolentem Zustand erschienen. Die Beschwerdeführerin habe einen Selbstmordversuch unter Anwendung einer erhöhten Dosis Alprazolam unternommen und sei im Krankenhaus entgiftet worden. Der Patientin sei ein Krankenhausaufenthalt empfohlen worden, der von der Patientin aus materiellen Gründen jedoch abgelehnt worden sei. Bei einer Kontrolle am 10. September 2007 habe der Sohn über keine Besserung des Gesundheitszustandes berichtet. Nach Weiterführung der Therapie und Erhöhung der Medikamentendosis fühle sich die Patientin bei der Kontrolluntersuchung vom 21. Oktober 2007 subjektiv besser. Die angeordnete Therapie zeige ihren Effekt. Im November und Dezember 2007 blieb der Zustand der Beschwerdeführerin relativ stabil (Replikbeilage BVGer act. 14). Am 25. Januar 2008 konsultierte die Beschwerdeführerin in Begleitung ihres Sohnes die Ärztin erneut (Replikbeilage BVGer act. 14). Die Patientin sei schweigsam und nicht kommunikativ. Sie habe in den letzten Tagen die Dosis der Medikamenteneinnahme um die Hälfte reduziert, weil sie keine Mittel gehabt habe, diese zu kaufen. Im Februar überwies die Ärztin die Patientin erneut an den Neuropsychiater. Am 14. Februar 2008 (Replikbeilage BVGer act. 14) führte Dr. J. \_\_\_\_\_ erneut die bekannten Diagnosen auf: eine rezidive Depression schweren Grades, Rückkehr depressiver Störung schweren Grades, cervikale und lumbosakrale Spondylosis, Diskarthrose L5-S1, chronische Radikulopathie S 1 rechts. Dr. I. \_\_\_\_\_ bestätigte in seinem fachärztlichen Befund vom 12. Februar 2008 (Replikbeilage BVGer act. 14) die regelmässige Behandlung der Beschwerdeführerin wegen einer rezidiven schweren Depression mit erschwerter Symptomatik ohne psychotische Elemente (ICD-10: F 33.2). Die Patientin habe die gesamte Palette der Antidepressiva verwendet. Die Resultate seien jedoch eher schwach gewesen. Im September 2007 habe sich die Lage verschlechtert. Die Beschwerdeführerin habe einen Suizidversuch mit einer Überdosis Anxiolytika-Alprazolam unternommen. Nach der Behandlung sei ihr ein Krankenhausaufenthalt empfohlen worden, den sie aufgrund materieller Probleme

bezüglich der Behandlungskosten nicht angenommen habe, da sie über keine Krankenversicherung verfüge. Sie sei medikamentös behandelt worden und befinde sich weiterhin in einer Therapie. In den klinischen Bildern würde die Phänomenologie dominieren (Schlafstörungen begleitet von Albträumen, Schuldgefühle, vermindertes Selbstwertgefühl, vermindertes Interesse an der Lebensdynamik, verminderte bis nicht funktionsfähige Konzentration, Appetitlosigkeit, Retardation der Psychomotorik, soziale Isolation, Selbstmordgedanken und ein Selbstmordversuch). Bezüglich der Dauer der Beschwerden sei keine oder nur sehr selten eine Remission vorhanden. Es bestehe eine hohe Resistenz in Bezug auf die Therapie. Zudem bestünden Rückgratbeschwerden (Spondylosis cervicothoracal und lumbosacral, Diskarthrose L5-S1, chronische Radikulopathie S1 rechts), verursacht durch degenerative Veränderungen und vergrößert durch den allgemeinen psychischen Zustand. Dr. C. \_\_\_\_\_ beurteilte den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin am 22. April 2008 anhand der Akten und kam zum Schluss, dass der Zustand aufgrund der Arztberichte stationär sei. Im Zeitpunkt des ersten Gesuchs habe bereits eine moderate Depression vorgelegen, und diese werde auch aktuell noch diagnostiziert. Dr. I. \_\_\_\_\_ diagnostiziere einen rezidivierenden schweren depressiven Zustand ohne psychotische Phänomene. Gemäss somatischem Bericht sei die Situation unverändert und rechtfertige keine höhere Arbeitsunfähigkeit in ihrer Tätigkeit. Wie der Psychiater Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom RAD bereits festgehalten habe, könne aufgrund der Akten von einer Depression mittleren Grades ausgegangen werden, eine Verschlechterung des psychischen Zustandes könne nicht festgestellt werden. Im Beschwerdeverfahren seien neue medizinische Berichte (Dr. I. \_\_\_\_\_ vom 12. Februar 2008 und Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 20. November 2006 bis 14. Februar 2008) eingereicht worden, welche die Zeit nach der angefochtenen Verfügung betreffen. Aufgrund des Selbstmordversuchs und der Symptome, welche die Beschwerdeführerin präsentiere, könne von einer Verschlechterung seit dem 4. September 2007 ausgegangen werden. Somit sei ab dem 4. September 2007 eine Arbeitsunfähigkeit von 55% für Tätigkeiten im Haushalt festzustellen. Für die Zeit davor bestehe keine Änderung (act. 98).

### **E. 6.1**

Der behandelnde Arzt Dr. I. \_\_\_\_\_ erstellte am 16. Februar 2006 einen ausführlichen Arztbericht, in welchem er die Anamnese, den neurologischen Status und die Beschwerden der Beschwerdeführerin beschrieb. In diesem Zeitpunkt hielt der Neuropsychiater eine mittlere depressive Episode für gegeben. Ein Jahr später, am 9. Februar 2007, erstellte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ erneut einen längeren, begründeten Arztbericht. Er diagnostizierte nebst den bekannten somatischen Diagnosen eine rezidivierende nicht psychotische Depression schweren Grades (ICD-10: F33.2). Der Neuropsychiater beschrieb ausführlich und schlüssig die aktuellen psychischen und somatischen Symptome und Auswirkungen der schweren Depression. Aufgrund der im Beschwerdeverfahren eingebrachten medizinischen Unterlagen wird ersichtlich, dass für die Beschwerdeführerin eine enge ärztliche Betreuung stattfand, was auf eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Gesundheit hinweist. Im Weiteren hielt der Neuropsychiater fest, dass die Beschwerdeführerin die gesamte Palette an Antidepressiva versucht habe, die Resultate jedoch eher schwach gewesen seien. Die Arztberichte von Dr. I. \_\_\_\_\_ sind detailliert, nachvollziehbar, in sich widerspruchsfrei und die Schlussfolgerungen sind begründet. Sie erfüllen allerdings nicht die Anforderungen an ein objektives, von einem unabhängigen Experten erstelltes medizinisches Gutachten.

### **E. 6.2**

Der IV-Stellenarzt Dr. D. \_\_\_\_\_ kam in seinen Berichten vom 22. November und 29. Dezember 2006 zum Schluss, dass aufgrund der somatischen Leiden eine Arbeitsunfähigkeit von 24% bestehe. Aufgrund der psychiatrischen Beschwerden bestehe hingegen keine Arbeitsunfähigkeit. Die IV-Stellenärztin Dr. C. \_\_\_\_\_ berücksichtigte am 18. Januar 2007 bei der Auswertung des Haushaltsfragebogens eine mittelgradige Depression und ermittelte eine Invalidität von 47%. Ohne weitere Begründung fügte sie an, eine höhere Arbeitsunfähigkeit könne aufgrund der Akten nicht angenommen werden. Der IV-Stellenarzt Dr. E. \_\_\_\_\_ begründet in seiner Beurteilung vom 26. Mai 2007 das Vorliegen einer mittelgradigen statt einer schweren Depression einzig damit, dass die Beschwerdeführerin nicht hospitalisiert gewesen sei, keinen Suizidversuch unternommen habe und keine Suizidgedanken hege. Anlässlich einer erneuten Stellungnahme vom 22. April 2008 im Rahmen des Beschwerdeverfahrens kam Dr. C. \_\_\_\_\_ zum Schluss, dass aufgrund des Selbstmordversuchs und der beschriebenen Symptome von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin auszugehen sei und ab dem 4. September 2007 eine Arbeitsunfähigkeit von 55% für Tätigkeiten im Haushalt festzustellen sei. Der von der Beschwerdeführerin tatsächlich ausgeführte Suizidversuch im September 2007 erhärtet die Einschätzung des behandelnden Arztes Dr. I. \_\_\_\_\_, dass nicht erst seit dem Selbstmordversuch, sondern bereits früher eine schwere Depression bestanden hat. Das Argument, es könne keine schwere Depression vorliegen, da die Patientin nicht hospitalisiert worden sei, ist nicht haltbar. Den Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführerin die finanziellen Mittel für den Kauf von Medikamenten wie auch für einen Krankenhausaufenthalt fehlten. Dr. I. \_\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 12. Februar 2008 fest, dass der Patientin nach dem Selbstmordversuch empfohlen worden sei, sich stationär behandeln zu lassen, ein solcher Aufenthalt jedoch aus materiellen Gründen nicht durchgeführt werden können. Auch halbierte die Beschwerdeführerin im Januar 2008 offenbar die Medikamentendosis, da sie sich diese nicht länger leisten können. Aus Sicht des Bundesverwaltungsgerichts ist die vom Bericht des behandelnden Arztes Dr. I. \_\_\_\_\_ abweichende Diagnosestellung durch die IV-Stellenärzte und die Schlussfolgerung, es sei erst im September 2007 aufgrund des durchgeführten Selbstmordversuchs von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands auszugehen, nicht nachvollziehbar. Ebenfalls nicht nachvollziehbar sind die Betätigungsvergleiche der IV-Stellenärzte insofern, als sie beträchtlich voneinander wie auch von den Angaben der Beschwerdeführerin abweichen und auch keine Begründung für das Abweichen von den Angaben der Beschwerdeführerin enthalten. Das Bundesverwaltungsgericht kann bei dieser Sachlage nicht auf die Aktenberichte der IV-Stellenärzte abstellen (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009 8C\_653/2009, mit Hinweisen). Deshalb muss der Sachverhalt als unzureichend abgeklärt qualifiziert werden. Aus diesen Gründen ist die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen. Es gilt, die gesundheitliche Beeinträchtigung, insbesondere deren Beginn und Ausmass der Behinderung im Haushalt gutachterlich abzuklären. Dabei sind die psychiatrischen wie auch die somatischen Leiden zu berücksichtigen. Anschliessend ist erneut die Invalidität der im Haushalt tätigen Beschwerdeführerin zu bestimmen und insbesondere auch der Zeitpunkt der eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu beurteilen. Die Vorinstanz hat eine Neubeurteilung der Beeinträchtigung im Haushalt anhand eines neuen Betätigungsvergleichs vorzunehmen. Danach hat sie über den Rentenanspruch neu zu verfügen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist die Beschwerde daher teilweise gutzuheissen und die Sache ist an die Vorinstanz zu ergänzender Sachverhaltsabklärung im Sinne der Erwägungen zurückzuweisen.

## **E. 8**

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

### **E. 8.1**

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVG (in der seit dem 1. Juli 2006 gültigen Fassung) ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Die Verfahrenskosten sind gemäss dem Reglement vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) zu bestimmen. Der obsiegenden Beschwerdeführerin wie auch der Vorinstanz sind jedoch keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 und 2 VwVG). Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von CHF 400.- ist ihr aus der Gerichtskasse zurückzuerstatten.

### **E. 8.2**

Der Beschwerdeführerin ist gemäss Art. 64 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zuzusprechen. Die Parteientschädigung für Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere notwendige Auslagen der Partei. Die Parteientschädigung wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen, und der Stundenansatz für nichtanwaltliche Vertreter und Vertreterinnen mindestens CHF 100.- und höchstens CHF 300.- Franken (exkl. Mehrwertsteuer; Art. 64 VwVG in Verbindung mit Art. 7, Art. 9 und Art. 10 VGKE). Für den vorliegenden Fall erscheint eine Entschädigung inkl. Auslagen von CHF 1'100.- als angemessen (Art. 7 ff. VGKE).

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