

# **BVGer C-5023/2018 vom 13. Juli 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-07-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5023\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5023_2018)

FR: TAF C-5023/2018 du 13 juillet 2020

IT: TAF C-5023/2018 del 13 luglio 2020

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

### **E. 1.2**

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist.

### **E. 1.3**

Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; sie ist durch die angefochtene Verfügung vom 4. Juli 2018 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert. Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

## **E. 2**

Die Beschwerdeführerin ist Staatsangehörige von Italien und hat dort ihren Wohnsitz. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen an den Verordnungen Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 zu beachten (siehe AS 2015 343, AS 2015 345, AS 2015 353). Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

### **E. 3.1**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG; Benjamin Schindler, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2. Aufl. 2019, Rz. 1 ff. zu Art. 49).

### **E. 3.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 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. In die Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind Viertelsrenten jedoch entgegen Art. 29 Abs. 4 IVG exportierbar (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

### **E. 3.3**

Die Behörde hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum - auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden - Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b, BGE 125 V 193 E. 2) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3, BGE 124 V 90 E. 4b; Urteil des BGE 8C\_392/2011 vom 19. September 2011 E. 2.2).

### **E. 3.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

### **E. 3.5**

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, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des

Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee und BGE 122 V 157 E. 1d).

### **E. 3.6.1**

Aufgabe des Regionalen Ärztlichen Dienstes (wie auch des medizinischen Dienstes der IVSTA) ist es, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C\_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Der ärztliche Dienst hat die vorhandenen Befunde nach Massgabe des schweizerischen Rechts aus versicherungsmedizinischer Sicht zu würdigen. Dessen Stellungnahme kommt insbesondere dann besondere Bedeutung zu, wenn keine Berichte von Sachverständigen vorliegen, die mit den nach schweizerischem Recht erheblichen versicherungsmedizinischen Fragen vertraut sind, sondern eine Vielzahl von Berichten behandelnder sowie vom heimatlichen Versicherungsträger beauftragter Ärztinnen und Ärzte (vgl. Urteil des BVer C-6027/2014 vom 8. Februar 2016 E. 3.2.1; vgl. auch Urteile des BVer C-5655/2015 vom 22. Juni 2017 E. 4.7 und C-7367/2016 vom 1. März 2018 E. 6.2.2).

### **E. 3.6.2**

Die Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (vgl. oben E. 4.5) genügen. Die Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteil des BGer 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a; Urteil des BGer 9C\_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2). Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Ärztinnen und Ärzte ihre Beurteilungen nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgeben, sondern lediglich die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen haben. Ihre Stellungnahmen können - wie Aktengutachten - beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 m.w.H.; vgl. auch Urteil C-7367/2016 E. 6.2.3). Auf deren Berichte kann allerdings nicht abgestellt werden und sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; Urteil des BGer 8C\_262/2016 vom 22. September 2016 E. 4.2 mit Hinweisen).

## **E. 4**

Im Streit liegt die Befristung der ganzen Invalidenrente bis 31. Juli 2017. Unbestritten sind zwischen den Parteien, dass die Beschwerdeführerin die Mindestbeitragsdauer nach Art. 36 IVG erfüllt (vgl. auch doc. 84), und der Rentenbeginn. Nicht (mit-) angefochten wurden zudem die mit Verfügung vom 6. August 2018 gewährten Zinsen auf dem rückwirkend zugesprochenen Rentenbetrag (doc. 272). Nachfolgend ist deshalb zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht die Rente per 31. Juli 2017 eingestellt hat.

#### **E. 4.1**

Vorliegend hat die Vorinstanz rückwirkend eine befristete Invalidenrente zugesprochen. Praxisgemäss und in Bestätigung der Ausführungen der Beschwerdeführerin bestimmt sich die Frage, ob per 17. April 2017 eine rentenrelevante gesundheitliche Änderung eingetreten ist, analog nach den Bestimmungen über die Rentenrevision (vgl. Urteile des BGer 9C\_687/2018 vom 16. Mai 2019 E. 2, 9C\_50/2009 vom 10. Juli 2009 E. 2 m.w.H.).

#### **E. 4.2.1**

Die Vorinstanz stützt sich zur Beurteilung der medizinischen Situation und der medizin-theoretischen Restarbeitsfähigkeit auf das Gutachten des E.\_\_\_\_\_ vom 8. November 2017 (doc. 158), gestützt auf eine persönliche Begutachtung der Beschwerdeführerin vom 10. bis 13. Juli 2017 in den Fachrichtungen Innere Medizin (Dres. H.\_\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_\_), Rheumatologie (Dr. J.\_\_\_\_\_; Teilgutachten in doc. 158 S. 33 ff.), Kardiologie (Dr. K.\_\_\_\_\_, Teilgutachten in doc. 158 S. 49 ff.) sowie Psychiatrie und Psychotherapie (Dr. L.\_\_\_\_\_, Teilgutachten in doc. 158 S. 57 ff.).

#### **E. 4.2.2**

Anamnestisch hielten die Gutachter unter anderem fest, die Explorandin sei Zweitgeborene von drei Kindern und habe immer in (...) in Italien gelebt. Sie habe keine weitergehende Bildung nach Schulabschluss aufgenommen. 1980 habe sie geheiratet, sei zu ihrem Ehemann in die Schweiz gezogen und habe - abgesehen von einem Unterbruch nach Geburt ihres Sohnes - bis 2009 eine Erwerbstätigkeit ausgeübt. Zuletzt (seit 1997) sei sie in der Textilindustrie bei der B.\_\_\_\_\_ AG in (...) beschäftigt gewesen. Im Juni 2009 sei sie zusammen mit ihrem Ehemann nach (...) in ein eigenes Haus zurückgekehrt. Nach der Rückkehr habe sie keine Tätigkeit mehr ausgeübt und ihren Ehemann gepflegt; dieser erhalte seit einem Unfall eine Rente der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) und der Invalidenversicherung. Am 7. August 2014 habe sie bei einem Sturz Schienbein (Tibia) und Sprungbein (Talus) gebrochen, der Bruch sei operativ versorgt worden. Später sei eine Gelenksarthrose festgestellt worden. Am 27. April 2015 sei die Titanplatte in Waden- und Schienbein rechts im Spital M.\_\_\_\_\_ versetzt worden, danach habe jedoch eine unveränderte Situation vorgelegen. Am 17. Oktober 2016 sei das Fussgelenk rechts mittels Arthrodesen versteift worden, danach habe sie bis Februar 2017 zwei Unterarmgehstöcke verwendet, bis März 2017 noch einen, danach habe sie sich eines Stockes bedient. Seit Jahren sei sie in Behandlung beim Kardiologen Dr. N.\_\_\_\_\_. Aktuell liege ein gut kompensierter Herzkreislauf vor, bei verbleibender Anstrengungsdyspnoe (NYHA II). Seit Februar 2014 sei sie in psychiatrischer Behandlung bei Dr. O.\_\_\_\_\_ im Zentrum P.\_\_\_\_\_ in (...). Gemäss den Berichten vom 15. Dezember 2014 und 25. Januar 2017 liege ein reaktives ängstlich-depressives Syndrom vor (gemäss letzterem Bericht: mit somatischem Problem), die Konsultationen fänden alle ein bis zwei Monate statt. Sie habe häufig Probleme beim Ein- und Durchschlafen. Den grössten Teil des Tages verbringe sie zuhause, dreimal in der Woche komme eine

Haushalthilfe zu ihr für die Erledigung schwerer Arbeiten, sie könne nur noch sehr leichte Aktivitäten ausüben. Die Einkäufe erledige ihr Ehemann. Sie arbeite häufig mit der Häkelnadel, lese gerne, gehe aber nicht mehr spazieren. Nach dem Abendessen sehe sie fern und gehe um zirka 23 Uhr schlafen.

#### **E. 4.2.3**

In der Allgemeinbefundung hielten die Ärzte unter anderem ein selbständiges Aufstehen, Liegen, Gehen sowie An- und Auskleiden fest. Der Lasègue-Test sei beidseits negativ, die Schultern in alle Richtungen frei beweglich. In der restlichen Untersuchung nannten sie keine pathologischen Befunde. Neue Laboruntersuchungen seien keine erfolgt. Es lägen vor: Röntgenberichte vom 26. Juli 2016 (zweimal), vom 3. und 6. September 2016 sowie vom 9. Februar 2017 und Magnetresonanztomographien vom 22. Juni und 4. Juli 2017. In seiner kardiologischen Untersuchung stellte Dr. K. \_\_\_\_\_ normale Befunde im Elektrokardiogramm (EKG) fest. Eine Ergometrie habe nicht durchgeführt werden können wegen Schwierigkeiten der Explorandin beim Gehen. Die Echokardiographie habe eine minimale exzentrische Hypertrophie des linken Ventrikels mit guter systolischer Funktion, eine diastolische Dysfunktion 1. Grades, eine minimale mitralische Insuffizienz und einen normalen rechten Ventrikel ergeben. In seiner Beurteilung hielt er fest, es liege eine leichte hypertensive Kardiopathie vor, bei eventuell nicht wirksamer Therapie bei aktuellem Blutdruck von 175/110 mmHg. Die Therapie solle um einen Kalziumantagonisten des Typs Amlodipina 5/10mg ergänzt werden und die weitere Gabe von anderen Blutdrucksenkern von Mal zu Mal geprüft werden, bis zum Erreichen normaler Blutdruckwerte. Die Explorandin habe zudem quasi spontan von einem neu auftretenden Belastungsangor berichtet. Eine Überprüfung sei nicht möglich gewesen, weil die Explorandin weder auf dem Ergometer habe pedalen noch auf dem Laufband habe laufen können. Es sollte deshalb ein Herzröntgen oder -MRI durchgeführt werden, um die Koronaräste zu prüfen. Das Vorhandensein einer Herzerkrankung sei aber gestützt einzig auf die klinische Untersuchung und die vergangenen Berichte wenig wahrscheinlich, jedoch ohne Möglichkeit einer aktuellen bildgebenden Überprüfung. Die beklagte Dyspnoe sei wahrscheinlich einer Dekonditionierung geschuldet, berichtete Palpitationen seien seines Erachtens aus einer jeweiligen Angstreaktion abzuleiten. Die lympho-thymische Reaktion vor sechs bis sieben Monaten sei auf eine neuro-kardiogene Reaktion zurückzuführen. Im Allgemeinen könne von einer mittelmässig guten Prognose ausgegangen werden in Anbetracht dessen, dass wenig wahrscheinlich eine Herzerkrankung vorliege. Die Arbeitsfähigkeit liege (aus kardiologischer Sicht) bei 80% in bisheriger Tätigkeit als Arbeiterin in einer Fabrik und bei 100% in angepasster Tätigkeit und im Haushalt. Der rheumatologische Gutachter führte aus, die Explorandin habe am 7. August 2014 beim Stürzen eine multifragmentäre Fraktur des unteren Drittels des Schienbeins rechts erlitten. Am 14. August 2014 sei die Fraktur mittels Osteosynthese bei innerer Fixation mit Knochenplatte und Schrauben operativ versorgt worden. Beim selben Sturz habe sie einen Bruch des Sprungbeins rechts erlitten, der konservativ mit Gipsverband behandelt worden sei. Der postoperative Verlauf sei eher negativ mit persistierenden Schmerzen am Knöchel rechts und Mühe beim Aufstützen auf den und Belasten des rechten Fusses erfolgt. Progressiv habe sich eine Arthrose des Fussgelenks und eine deutliche Behinderung beim Gehen entwickelt. Am 17. Oktober 2016 sei deshalb das (obere) Sprunggelenk rechts mittels Arthrodesese versteift worden (Operation durch Dr. Q. \_\_\_\_\_). Danach habe sich die Symptomatologie verbessert, die Explorandin habe den Fuss wieder belasten können. Einschränkungen beim Gehen persistierten aber, weshalb sie einen Stock habe benutzen

müssen; ein gewisses Hinken bleibe zurück. Zurückgeblieben sei eine Verkürzung des rechten Beines um zirka 2 cm, was ein Ungleichgewicht der Wirbelsäule mit Überlastung des linken Beines und des linken Knöchels zur Folge habe. Die Beschwerdeführerin habe nach den Eingriffen keine rehabilitative Physiotherapie weder für das rechte Bein noch die Wirbelsäule erhalten, sie verfüge auch nicht über angepasste orthopädische Schuhe. Als Befunde hielt er fest: leichte diffuse Schwellung im Bereich des rechten Knöchels, sich teilweise ausbreitend bis unterhalb des Knie. Die Versteifung sei vollständig, fixiert bei 90°. Eine Unsicherheit bestehe vor allem im Moment des Belastens des Fusses, mit eher deutlichem Hinken. Es liege keine Pseudoarthrose im Gelenk vor. Seit 17. Oktober 2016 liege eine günstige Entwicklung vor. Zur Hauptproblematik des rechten Beins kämen Störungen des muskulo-skelettären Apparates, diffusen Charakters, im Zusammenhang mit einer primären Fibromyalgie. Diese hätten bereits vor dem Unfall bestanden. Alle Tenderpoints seien vorhanden. Dazu gesellten sich verschiedene weitere funktionale Störungen wie Kopfweg, Schwindel, Schlafstörungen, chronische Müdigkeit und rasche Ermüdung. Es liege eine primäre Fibromyalgie in Verbindung mit einem ängstlich-depressiven Syndrom vor. An Halswirbelsäule und Knie beidseits lägen keine degenerativen Veränderungen vor. Die Schultern wiesen keine Impingement-Symptomatologie und keine Verletzung der Rotatorenmanschette auf. Jedoch seien Einschränkungen der Beweglichkeit der Wirbelsäule, Schmerzen bei Mobilisierung derselben und eine pluri-segmentale Discopathie vor allem auf Höhe der Wirbelkörper L4/5 und L5/S1 feststellbar. Es liege ein lumbovertebrales Syndrom ohne spondylogene Komponente und ohne radikuläre Ausstrahlung oder Sensibilitätsdefizit oder motorisches Defizit vor. Aus rheumatologischer Sicht liege die Arbeitsfähigkeit bei 70% in bisheriger Tätigkeit (Verkäuferin/Arbeiterin) und bei 80% in angepasster Tätigkeit und bei 70% im Haushalt. Der psychiatrische Gutachter hielt in seiner Untersuchung fest, trotz aktueller psychiatrischer Behandlung und seit Jahren durchgeführten psychopharmakologischen Therapien bleibe der Zustand wegen der zahlreichen noch beeinflussenden organischen Probleme unverändert, von denen die psychische Pathologie die Führung übernommen habe. Seit dem Unfall habe die Explorandin aufgehört, eine autonome, effiziente und aktive Person, die zudem ihren hilfebedürftigen Ehemann pflege, zu sein. Es habe schleichend ein Rollentausch stattgefunden, der in eine persistierende depressive Situation und Beschäftigung damit, wie früher zu funktionieren, gemündet habe. Es habe sich ein Verlust der früheren Leistungsfähigkeit eingestellt, die die Versicherte dazu gebracht habe, ihr Leben langsam und passiv an sich vorbeiziehen zu lassen, gravitierend in einem geschlossenen psychischen Raum, ihr früheres "brillant" geführtes Leben bedauernd, im Rahmen einer stimmungsmässigen Beugung, unterdessen chronischer Natur. Zur Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter fest, es liege ein ängstlich-depressives Syndrom vor, jedoch nicht von einer Tragweite, die Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Es habe nie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit vorgelegen. Interdisziplinär hielten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest: 1. Status nach Arthrodese des Gelenks Schienbein-Sprungbein rechts mit Schrauben und synthetischem Knochen wegen schwerer Arthrose im Fussgelenk rechts nach multifragmentärem Bruch des unteren Drittels des Schienbeins rechts am 7. August 2014, 2. Status nach Osteosynthese bei innerer Fixation mit Knochenplatte und Schrauben am 14. August 2014 und Fraktur des Talus rechts konservativ behandelt mit Gipsverband, 3. lumbovertebrales Syndrom bei degenerativen Veränderungen bisegmental der Wirbelkörper L4 bis S1, 4. primäre Fibromyalgie im Zusammenhang mit ängstlich-depressiver

Problematik, 5. leichte hypertensive Kardiopathie bei schlecht eingestelltem Blutdruck, 6. kardiovaskuläre Risiken: arterieller Bluthochdruck, familiäre Genese. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: 7. Zervikalgien bei beginnenden degenerativen Veränderungen und im Zusammenhang mit fibromyalgischem Rahmen, 8. beginnende Chondropathie der Knie beidseits, 9. Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom beidseits, 10. ängstlich-depressives Syndrom, 11. Übergewicht mit BMI 28 kg/m<sup>2</sup>. In der Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, die aktuelle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit liege bei 70%. Die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit lägen in der rheumatologischen und kardiologischen Beurteilung, begründet, aus psychiatrischer Sicht sei eine volle Arbeitsfähigkeit möglich in jeglicher Tätigkeit. Aus rheumatologischer Sicht schränkten die posttraumatische Pathologie am rechten oberen Sprunggelenk, die Störungen an der Lendenwirbelsäule als Folge der lumbovertebralen degenerativen Erscheinungen und die primäre Fibromyalgie die Arbeitsfähigkeit ein. Funktionelle Einschränkungen bestünden demzufolge in besonders schwerer, nicht ergonomisch für die Wirbelsäule, die während mehr als einer Stunde in statisch stehender Position, mindestens zwei Stunden in statisch sitzender Position und mindestens einigen Stunden in wechselnder Position auszuüben sei. Eine Einschränkung bestehe auch bei Tätigkeiten ständig auf beiden Beinen stehend, beim wiederholten Hinauf- und Hinuntersteigen von Leitern, bei wiederholtem Krümmen der Wirbelsäule und wiederholtem Heben von Lasten über 5 bis 7,5 kg. Sechs Monate nach dem letzten chirurgischen Eingriff am 17. Oktober 2016 beurteile Dr. J. \_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin in letzter Tätigkeit als Verkäuferin und Arbeiterin bei B. \_\_\_\_\_ AG als zu 30% arbeitsunfähig. Es handle sich um eine Ertragsminderung bei vollzeitlicher Ausübung der Tätigkeit. Zuvor, seit dem Unfall, sei sie zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Aus kardiologischer Sicht seien eine hypertensive Kardiopathie (leichte hypertensive Kardiopathie festgestellt während der Echokardiographie) und ein schlecht kontrollierter Bluthochdruck diagnostiziert worden. In letzter Tätigkeit habe sie in der Produktion von Nadeln für die Textilindustrie gearbeitet. Sie habe in der Nähe einer Maschine gearbeitet und pro Stunde zweimal Kassetten - gefüllt mit Nadeln mit variablem Gewicht bis max. 10-15 kg - holen müssen; dies sei unzumutbar zu 20%. Aus streng kardiologischer Sicht und unter Vorbehalt ausstehender Untersuchungen zum Ausschluss einer bedeutenden Herzerkrankung sei eine schwere physische Arbeit unzumutbar und die letzte Tätigkeit der Beschwerdeführerin zu 80% zuzumuten. Die verschiedenen Einschränkungen seien gesamthaft zu beurteilen, da sie sich überlagerten. Gesamthaft liege eine Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit von 70% vor (30% Einschränkung bei vollzeitlicher Tätigkeit), allfällige Pausen bereits eingerechnet. Ab dem Unfall im August 2014 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden, sechs Monate nach dem chirurgischen Eingriff vom 17. Oktober 2016 bestünden die in Ziff. 8.1.2 beschriebenen Arbeitsfähigkeiten von 70% in letzter Tätigkeit und 80% in angepasster Tätigkeit. Auch aus rheumatologischer Sicht bestehe in angepasster Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80%, bei vollzeitlicher Tätigkeit und 20% Ertragsminderung, um wiederholte längere Pausen einlegen zu können. Bei dieser Beurteilung sei auch die primäre Fibromyalgie mit chronischer Müdigkeit und rascher Ermüdung berücksichtigt worden. Aus kardiologischer Sicht bestehe - bei genanntem Vorbehalt - eine volle Arbeitsfähigkeit in leichten bis mittleren Tätigkeiten. In psychiatrischer Hinsicht bestehe volle Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit betrage somit 80%. Im Haushalt liege insgesamt eine Arbeitsunfähigkeit von 30% vor. Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin während den Hospitalisierungen in den Jahren 2014 und 2016 zu 100%

arbeitsunfähig gewesen (doc. 158 S. 25). Zwischen den beiden Eingriffen und bis sechs Monate nach der Operation vom 17. Oktober 2016 sei die Beschwerdeführerin zu 80% arbeitsunfähig gewesen. Nach diesem Zeitpunkt sei die Situation am Sprunggelenk rechts stabilisiert gewesen, mit guter Verknöcherung ohne Zeichen einer Pseudo-Arthrose, bei einer Arbeitsunfähigkeit von 30%, bei einem Zweipersonenhaushalt und einer Ertragsminderung. Eingliederungsmassnahmen könnten ab sofort geprüft werden. Dabei seien die Einschränkungen in Ziff. 8.1.1 (Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit) und 9.1.1 (Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit) des Gutachtens zu berücksichtigen.

#### **E. 4.3**

Aus dem Gutachten ergibt sich, dass es auf einer eingehenden persönlichen und beruflichen Anamnese beruht, die beklagten Beschwerden und umfangreiche Vorakten berücksichtigt, eine eingehende, auf persönlicher Untersuchung beruhende Befundung wiedergibt, klare Diagnosen mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nennt, sich mit abweichenden ärztlichen Beurteilungen auseinandersetzt, eine klare und überzeugende Beurteilung aus fachspezifischer und interdisziplinärer Sicht enthält und die hieraus resultierenden Arbeitsfähigkeiten in ihrem Verlauf nachvollziehbar aufzeigt. Zum vom kardiologischen Gutachter geäusserten Vorbehalt, er könne die anamnestic geäusserten, neu auftretenden Palpitationen, die einer koronaren Erkrankung im Sinne einer Angina Pectoris zuzuordnen seien, aufgrund der bisherigen Aktenlage und seiner eigenen Untersuchungen nicht bestätigen. Eine bedeutende kardiologische Erkrankung erachte er als wenig wahrscheinlich auch in Anbetracht dessen, dass in den bisher erstellten Arztberichten kein Angor (Engegefühl) genannt werde. Diese Beurteilung stehe jedoch unter dem Vorbehalt ergänzender aktueller Untersuchungen (Computertomographie [CT] des Herzens oder Herz-MRI). Dazu ist festzuhalten, dass die Vorakten weitere, von Dr. K. \_\_\_\_\_ gewünschte "zeitnahe" kardiologische Berichte enthalten, die erst nach der Begutachtung (Voraktennummerierung ab 159) eingereicht worden sind. Es sind dies eine Echokardiographie vom 10. Juni 2017, in welcher als Befunde eine leichte konzentrische Hypertrophie des linken Ventrikels mit diastolischer Dysfunktion, ein mitralisches Ventil mit leichter Insuffizienz, keine perikardische Ausschüttung und keine Zeichen einer pulmonären Hypertension genannt werden und in der Beurteilung eine leichte hypertensive Kardiopathie festgehalten wird (doc. 252 S. 4). Dr. N. \_\_\_\_\_, Kardiologe am Spital R. \_\_\_\_\_, hat im gleichentags erstellten Arztbericht in der Anamnese festgehalten, der Beschwerdeführerin gehe es gut, trotz Schwankungen beim Blutdruck und einer Dyspnoe (NYHA II). Sie verneine Angor (Engegefühl), Dyspnoe (Atemnot), Kardiopalm (Herzklopfen) und Lipothymie (Unbehagen ohne Verlust des Bewusstseins). Dieselben anamnestic Angaben sind bereits den Berichten desselben Arztes vom 28. November 2011, 25. März 2015 und 5. März 2016 zu entnehmen (doc. 2 S. 1; 73; 233 S. 1). Es kann daher mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass zwischenzeitlich (bis zur einen Monat später erfolgten Untersuchung im E. \_\_\_\_\_) in kardiologischer Hinsicht keine wesentliche Verschlechterung eingetreten ist. Nach diesem Zeitpunkt sind keine weiteren kardiologischen Berichte aktenkundig und eine Verschlechterung der Herzsituation wird von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Dem Gutachten und der gutachterlichen Würdigung der Arbeitsfähigkeit kann daher - unter Vorbehalt des in E. 4.6 Gesagten - voller Beweiswert (vgl. E. 3.5) zuerkannt werden.

#### **E. 4.4**

Die beiden Ärzte des medizinischen Dienstes, Dr. C. \_\_\_\_\_ (Allgemeinmediziner) und Dr. D. \_\_\_\_\_ (Psychiater und Psychotherapeut) haben sich in ihren Stellungnahmen vom 25. November und 20. Dezember 2017 vorbehaltlos der gutachterlichen Beurteilung angeschlossen (doc. 160, 164). Dr. C. \_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme fest, die Beschwerdeführerin habe am 7. August 2014 eine komplexe, ins Fussgelenk hineinreichende Fraktur des rechten Schienbeines erlitten, die operativ versorgt worden sei und dennoch zu einer Arthrose im Fussgelenk geführt habe. Deshalb habe am 17. Oktober 2016 das Gelenk zwischen Unterschenkel und Sprungbein operativ versteift werden müssen. Weitere Leiden seien Rückenschmerzen bei degenerativen Veränderungen, erhöhter Blutdruck und eine ängstlich-depressive Symptomatik. Vom 10. bis 13. Juli 2017 sei die Beschwerdeführerin im E. \_\_\_\_\_ begutachtet worden. Die Gutachter hätten die Vorakten eingehend gewürdigt, die Beschwerdeführerin gründlich befragt und untersucht sowie stringent beurteilt. Ab Datum des Unfalls liege eine vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor, ab sechs Monate nach Versteifungsoperation des rechten Fusses eine Arbeitsunfähigkeit von 30% für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sowie den Haushalt und eine solche von 20% für angepasste Tätigkeiten. Diese Beurteilung sei nachvollziehbar und zu übernehmen. Zur Arbeitsfähigkeit führte er weiter aus, die Arbeit sei ganztags zumutbar, möglich seien sitzende und abwechselnde Tätigkeiten. Es bestünden folgende Einschränkungen: Rumpffrotation, sich Bücken, Hocken/Knien, Heben von Gewichten bis max. 7.5 kg selten, Schwierigkeiten bei der Fortbewegung, maximale Gehzeit von zehn Minuten, kein Klettern auf Leitern/Gerüste, Treppensteigen, unebenes Gelände, Vermeiden verschiedener Einflüsse wie Kälte/Hitze/Feuchtigkeit, Schlechtwetter/Nacharbeit. Als Tätigkeiten hielt er fest: nicht qualifizierte Arbeiterin/Hilfsarbeiterin in einem Werk/in einer Fabrik/Produktionsstätte, kleine Lieferungen mit einem Fahrzeug, Reparatur von Kleingeräten/Haushaltsartikeln, Kassiererin, Billetverkäuferin, Registrieren/Klassieren/Archivieren. Die Invalidität im Haushalt gewichtete er wie folgt: 0% (keine Invalidität für) Haushaltführung, 7.5% Ernährung, 7.5% Wohnungspflege, 5% Einkauf, 10% Wäsche und Kleiderpflege; insgesamt liege eine Invalidität von 30% im Haushalt vor (doc. 160). Dr. D. \_\_\_\_\_ wiederum hielt in seiner Stellungnahme fest, aus dem Gutachten gehe hervor, dass die Beschwerdeführerin unter mehreren somatischen Problemen leide. In dieser Situation habe sie (nachvollziehbar) eine traurige und ängstlich-besorgte Verstimmung entwickelt, als normale Reaktion auf eine schwierige Situation. Die festgehaltenen Befunde seien allesamt leicht ausgeprägt und beeinträchtigten die Arbeitsfähigkeit nicht. Solchen Patienten könne eine stützende Psychotherapie helfen. In solchen Fällen treffe die gestellte Diagnose "Angst und depressive Störung, gemischt" (ICD-10: F41.2) zu, was auch mit dem genannten Psychostatus vereinbar sei. Diese Diagnose werde gestellt, wenn die Befunde derart leicht ausgeprägt seien, dass sie die einzelnen Diagnosen einer Depression oder Angststörung nicht zuließen. Dies treffe hier zu. Als Diagnose hielt er fest: Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2). Die Arbeitsunfähigkeit betrage 0%, seit jeher (doc. 164).

#### **E. 4.5.1**

Die Beschwerdeführerin rügt zum einen, es sei den Gutachtern nicht gelungen aufzuzeigen, dass per April 2017 eine revisionsrechtlich relevante Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei; die "aktuellen medizinischen Akten" bestätigten dies nicht. Zur revisionsrechtlich relevanten Verbesserung des Gesundheitszustandes ist dem

Gutachten und auch weiteren ärztlichen Berichten zu entnehmen, dass infolge der Entwicklung einer Arthrose am Fussgelenk rechts am 17. Oktober 2016 eine Versteifung mittels Arthrodesis durchgeführt wurde (doc. 242 S. 15, 242 S. 6, 245, 158). Der rheumatologische Gutachter des E. \_\_\_\_\_ hielt zur postoperativen Entwicklung nach Arthrodesis fest, es liege eine günstige Entwicklung vor: Nach Durchführung der Arthrodesis habe sich die Symptomatologie verbessert, die Beschwerdeführerin habe wieder den Fuss belasten können; Einschränkungen beim Gehen hätten aber persistiert, weshalb ein Stock habe benutzt werden müssen. Es blieben ein gewisses Hinken und eine Verkürzung des rechten Beines um zirka 2 cm zurück, was ein Ungleichgewicht der Wirbelsäule mit Überlastung des linken Beines und des linken Knöchels zur Folge habe. Die Beschwerdeführerin habe jedoch nach den Eingriffen keine rehabilitative Physiotherapie weder für das rechte Bein noch die Wirbelsäule erhalten; zudem verfüge sie nicht über angepasste orthopädische Schuhe. Eine Pseudoarthrose im Gelenk liege nicht vor. Aus rheumatologischer Sicht liege die Arbeitsfähigkeit bei 70% in bisheriger Tätigkeit (Verkäuferin/Arbeiterin), bei 80% in angepasster Tätigkeit und bei 70% im Haushalt (doc. 158 S. 18 ff.). Dieser Beurteilung ist grundsätzlich zu folgen: Die Anmeldung bei der Invalidenversicherung (sowohl in der Schweiz als auch in Italien) erfolgte wenige Monate nach Erleiden des Unfalles am 7. August 2014 und operativer Erstversorgung der Fraktur des rechten oberen Sprunggelenks am 14. August 2014; die Folgen des Unfalls standen damit bei der Anmeldung im Vordergrund, was sich auch aus den Vorakten ergibt: Bereits zuvor sind eine totale Hysterektomie Ende 1998 (doc. 94), belastungsabhängige Hand- und Armschmerzen sowie Schulterschmerzen beidseits in den Jahren 1999-2001 und 2013 f. (doc. 96, 50, 17), diverse Arbeitsunfähigkeiten in den Jahren 1998 bis 2004 (doc. 79 S. 11-13 und 15-33) und 2007 bis 2009 (doc. 79 S. 1-9), eine Septumkorrektur, Conchotomie, Kieferhöhlenfensterung und Ethmoidektomie im März 2004 wegen ausgeprägter Engstellen-Problematik im mittleren Nasengang links mehr als rechts (doc. 99, 100), im Jahre 2006 festgehaltene rezidivierende cervicovertebrale und lumbovertebrale Schmerzen seit vielen Jahren (doc. 102), am 25. Juni 2006 ein Sturz zuhause auf der Kellertreppe mit Kontusion der Lendenwirbelsäule (doc. 103, 105, 106) und eine hypertensive Entgleisung bei Stresssituation im Oktober 2007 (doc. 107, 109, 110) aktenkundig. Im Vordergrund der zeitlich befristeten Rentenzusprache standen und stehen jedoch die Beschwerden nach Erleiden des Unfalls im August 2014. Diesbezüglich hat der rheumatologische Teilgutachter des E. \_\_\_\_\_ nachvollziehbar und überzeugend aufgezeigt, dass sich mit der Versteifungsoperation im Oktober 2016 und nach Einbezug einer Rehabilitationsphase von sechs Monaten eine deutliche Verbesserung der Gelenksituation ergeben hat.

#### **E. 4.5.2**

Den neueren ärztlichen Berichten sind - entgegen der Rüge des Beschwerdeführers - keine Hinweise zu entnehmen, die eine dazu abweichende Beurteilung bedingen: Dem Arztbericht von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2018 ist zwar zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer an einem schweren reaktiven ängstlich-depressiven Syndrom erkrankt sei. Jedoch erfolgt diese Beurteilung in einem dem ausgebildeten Chirurgen ("Medico chirurgo") fachfremden Gebiet, zudem ohne Stellen einer entsprechenden (codierten) Diagnose und ohne Aufzeigen eines Verlaufs der Erkrankung. Diesbezüglich verweist er einzig darauf, dass die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren in regelmässiger Behandlung im Zentrum P. \_\_\_\_\_ in (...) in Behandlung sei und fortgesetzt Psychopharmaka sowie Benzodiazepin erhalte, ohne stabile Besserung bis zum Zeitpunkt der Berichtsabfassung. Zudem hält er fest, diese Erkrankung sei reaktiv auf die (besondere) allgemeine

medizinische Ausgangslage (in casu) und ernsthafte familiäre Probleme. Damit fusst seiner Aussage zufolge ein Teil der Erkrankung auf invaliditätsfremden Gründen, die im schweizerischen Verfahren nicht zu beachten sind (vgl. dazu beispielsweise Urteil des BGer 9C\_233/2017 vom 19. Dezember 2017 E. 4.2). Zudem diagnostizierte der E.\_\_\_\_\_-Gutachter Dr. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, rund ein halbes Jahr zuvor, aufgrund der von ihm erhobenen Befunde und in Kenntnisnahme der psychiatrischen Behandlung im Zentrum P.\_\_\_\_\_ in (...) (s. doc. 158 S. 59), ein ängstlich depressives Syndrom ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Aus dem Bericht von Dr. F.\_\_\_\_\_ wird schliesslich nicht ersichtlich, ob und inwiefern sich seit Juli 2017 eine veränderte Situation in psychiatrischer Hinsicht ergeben hat. Auf die Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_\_ kann deshalb nicht abgestellt werden. Dr. S.\_\_\_\_\_, Orthopädie, führt in seinem mit Beschwerde eingereichten Bericht vom 10. April 2018 aus, er habe die Beschwerdeführerin wegen Klagen über eine Coxalgie (Hüftschmerzen), Schmerzen am linken Knöchel und eine beidseitige Gonalgie (Knieschmerzen) untersucht. Nach kurzer Befundung nennt er als Diagnosen eine bilaterale Gonalgie mit Gonarthrose, eine lumbale Spondylodiskarthrose mit Diskopathie C5/6 und L5/S1 mit Foramenstenose wegen Osteophyten und arthrotischer Hypertrophie der Facettengelenke, eine Arthrodesese des rechten Knöchels sowie Zeichen einer Coxarthrose links. Zur Funktionalität ist einzig zu entnehmen, dass die Gelenke in ihrer Flexion eingeschränkt seien ("Articularità limitata in flessione"), was keine Rückschlüsse auf den Grad der verbleibenden Arbeitsfähigkeit in letzter und angepasster Tätigkeit zulässt (B-act. Beilage 3). Dasselbe gilt für den Bericht desselben Arztes vom 5. Juni 2018, in welchem er wortgleich dieselben Befunde festhält und als einzige Diagnose neu einen Teilabriss einiger Fasern des Soleusmuskels (Skelettmuskel des Unterschenkels) bei der Verbindung miotendinea (Übergang Muskel-Sehne) zur Achillesferse links nennt (B-act. 1 Beilage 4). Dr. C.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes hat hierzu mit Stellungnahme vom 25. Oktober 2018 überzeugend auf eine zeitlich beschränkte Muskelfaserzerrung geschlossen, die zu keiner von den Gutachtern abweichenden Beurteilung führt (doc. 278). Schliesslich verwies der Beschwerdeführer auf die Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, der mit Parteigutachten vom 6. September 2018 als Diagnosen nannte: 1. Spondylarthrosen CDL [cervical, dorsal, lumbal] mit multiplen zervikalen und lumbalen Diskopathien bei Gonarthrose mit geringer funktionaler Auswirkung, 2. Status nach Arthrodesese des Knöchels rechts mit bedeutender funktionaler Auswirkung, 3. hypertensive Kardiopathie, 4. schwere reaktive ängstlich-depressive Stimmung. In seiner Beurteilung führte er aus, es lägen (vorliegend für die Funktionalität zentrale) degenerative Erscheinungen arthrotischen Charakters vor. Betroffen seien die Wirbelsäule in all ihren Zügen mit multiplen Diskusprotrusionen und einer Reduktion der zervikalen und lumbalen Zwischenräume sowie der rechte Knöchel nach Operation im Jahre 2014. In klinischer Untersuchung seien Zeichen einer radikulären Ausstrahlung in die Beine, mit Hypomobilität des Rumpfes (Beweglichkeit zu 2/3), eine Kontraktur der paravertebralen Muskulatur, bei positivem Lasègue bei mittleren Graden beidseits, die Kniegelenke mit eingeschränkter Flexion, eine Versteifung des Fussgelenks rechts mit diffuser Druckempfindlichkeit bei Fingerdruck, eine Bewegungseinschränkung der linken Hüfte, ein vorsichtiges Gehen, schwierig (beim Gehen) auf Zehen und Fersen, feststellbar. Diese würden durch zahlreiche rheumatologische und orthopädische Berichte bestätigt. Aktuell persistiere eine Veränderung der Körperhaltung und der Gehfähigkeit, die einen bedeutenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Hinzu komme eine hypertensive Kardiopathie, an der die

Explorandin seit Jahren leide, und, im Besonderen, ein reaktives schweres ängstlich-depressives Syndrom, weswegen sie im Zentrum P. \_\_\_\_\_ in (...) mit einer spezifisch anxiolytischen und antidepressiven Therapie behandelt werde, jedoch bei geringem Erfolg. Es handle sich um eine Pathologie mit erheblichen psychischen Auswirkungen sowohl auf das berufliche Funktionieren als auch das Sozialleben. Zusammengefasst erscheine aufgrund der bedeutenden funktionellen Auswirkungen - welche eine festgestellte Arthrose, bedeutende Einschränkungen der Beweglichkeit des rechten Knöchels nach früher erfolgtem (chirurgischem) Eingriff sowie psychische und kardiovaskuläre Beschwerden umfassten - offensichtlich, dass die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsunfähig sei in jeglicher Tätigkeit, so auch in ihrer Tätigkeit im Haushalt (B-act. 8 Beilage 1). Festzuhalten ist dazu, dass im Bericht von Dr. G. \_\_\_\_\_ keine neuen Diagnosen genannt werden, die nicht bereits im E. \_\_\_\_\_-Gutachten Eingang gefunden haben. Die aufgeführte Spondylarthrose CDL mit multiplen zervikalen und lumbalen Diskopathien war Gegenstand der Prüfung durch die E. \_\_\_\_\_-Gutachter. Zur Gonarthrose führt der Parteigutachter an, diese habe nur geringfügige Auswirkungen auf die Funktionalität. Betreffend die Auswirkungen der Gelenksversteifung im Oktober 2016 geht er in Abweichung zum Gutachten davon aus, dass damit eine bedeutende Einschränkung der Funktionalität einhergehe. Worin diese bestehe, ist dem Parteigutachten nicht weiter zu entnehmen. Zudem nimmt Dr. G. \_\_\_\_\_ nicht ansatzweise Stellung dazu, welche Auswirkungen die Arthrodese auf den Vorzustand vor Oktober 2016 gehabt habe. In der einleitend aufgeführten Befundung nannte er zwar eine Ankylose (Steife) des Fussgelenks rechts mit diffuser Schmerzempfindung bei Fingerdruck, erwähnte in der Folge aber ein vorsichtiges Gehen (als möglich), schwierig sei dies aber auf den Zehenspitzen und auf der Ferse. Dr. G. \_\_\_\_\_ bestätigte weiter, dass die hypertensive Kardiopathie seit Jahren bestehe, übersieht in seiner Beurteilung aber, dass die Echokardiogramme vom 25. März 2015, 5. März 2016 und 10. Juni 2017 (doc. 74, 233 S. 3, 252 S. 4) nur eine leichte Kardiopathie bestätigen. Dementsprechend haben der kardiologische Gutachter des E. \_\_\_\_\_ und Dr. C. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes zurecht festgehalten, es liege eine leichte Pathologie vor, die in einer kardiologisch angepassten Tätigkeit (unter Ausschluss schwerer Tätigkeiten) und im Haushalt uneingeschränkt ausgeübt werden könne (doc. 158 S. 20 und 52, 160). Schliesslich bleibt bezüglich der Beurteilung der psychischen Einschränkungen ebenfalls festzuhalten, dass Dr. G. \_\_\_\_\_ als ausgebildeter Chirurg ("medico chirurgo") in fachfremden Gebiet eine Beurteilung abgegeben hat, diese auf einer nur rudimentär erhobenen eigenen Befundung basiert ("Lucida, orientata, facies ansiosa con marcato umore depresso"), er nicht ansatzweise erklärt, weshalb - in Abweichung zum E. \_\_\_\_\_-Teilgutachten im Fachbereich Psychiatrie - zum einen ein schweres ängstlich-depressives Syndrom vorliege und diese Diagnose auch nicht nach einem anerkannten Klassifizierungssystem codiert wurde (vgl. dazu Urteil des BGer 8C\_909/2017 vom 26. Juni 2018 E. 8). Der parteigutachterlichen Würdigung, wonach es aufgrund der aufgeführten Feststellungen "offensichtlich" sei, dass die Beschwerdeführerin in jeglicher Tätigkeit, so auch im Haushalt, zu 100% arbeitsunfähig sei, kann damit nicht gefolgt werden.

### **E. 4.5.3**

Weiter rügt die Beschwerdeführerin, es könne nicht auf das E. \_\_\_\_\_-Gutachten abgestellt werden, weil der Gutachter in Italien (Dr. T. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie) am 8. April 2016 zuhanden des Arbeitsgerichts in (...) eine Invalidität von 76% ausgewiesen habe (B-act. 1). Dr. T. \_\_\_\_\_ führt in seinem Gutachten auf, dass

die Wirbelsäule eine betonte Spondylodiscoarthrose zervikal und lumbal aufweise, mit mehreren Diskusprotrusionen (gemäss Röntgen und MRI); deren Auswirkungen auf Schmerz und Funktionalität erschienen diskret, mit Reduktion der globalen Beweglichkeit dieses Bereichs um einen Drittel. Hüften und Knie verzeichneten eine beginnende Arthrose mit Gelenkinnenhautentzündung und bescheidenen Auswirkungen auf Schmerz und Funktionalität. Die Schultergelenke zeigten in der Bildgebung eine Tendinopathie der Rotatorenmanschetten, mit einer Reduktion zu zirka einem Viertel der generellen Schulterbeweglichkeit. Die mehrere Gelenke betreffende Osteoarthropathie könne mit einer Invalidität von 40% bewertet werden. Die Einschränkungen am rechten Knöchel seien separat zu beurteilen und in Verbindung mit der Subankylose an Schienbein/Sprungbein zusammen mit 11% zu werten. Die hypertensive Kardiopathie mit guter Kompensierung des Herzkreislaufes sei mit 21% zu bewerten. Das reaktive ängstlich-depressive Syndrom werde pharmakologisch behandelt und bewirke eine Invalidität von 25%. Schliesslich, unter Berücksichtigung einer Hysterektomie mit 35 Lebensjahren, sei eine Invalidität von zusätzlichen 25% zu berücksichtigen. Die berücksichtigten Pathologien seien dieselben, wie sie von der IV-Kommission festgehalten worden seien; auch die Codes seien identisch. Total liege eine Invalidität von 76% ab Zeitpunkt der Gesuchstellung (Dezember 2014) vor, genügend für eine Invalidenrente (doc. 236). Diesbezüglich ist mit der Vorinstanz zum einen festzuhalten (vgl. Stellungnahme von Dr. C. \_\_\_\_\_ vom 1. März 2018 sowie Vernehmlassung vom 28. November 2018), dass im italienischen Invalidenversicherungsverfahren festgelegte Invaliditätsgrade für die schweizerische Invalidenversicherung nicht bindend sind (BGE 130 V 253 E. 2.4). Zum anderen sind die beiden Systeme nicht vergleichbar: Dr. T. \_\_\_\_\_ ordnet den einzelnen Diagnosen verschiedene, amtlich festgelegte Invaliditätsgrade zu. Im schweizerischen Invalidenversicherungsrecht ist jedoch in gesamtheitlicher Sicht (nicht additiv) die verbleibende Restarbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Verweistätigkeit (oder im Aufgabenbereich) und der hieraus resultierende Erwerbsverlust im Vergleich zur bisherigen Tätigkeit zu ermitteln. Aus der Zuerkennung eines Invaliditätsgrades von 76% in Italien kann deshalb nichts für das schweizerische Invalidenverfahren abgeleitet werden. Festgehalten werden kann zudem, dass selbst der italienische Gutachter eine Polyarthrose mit geringen Auswirkungen auf Schmerz und Funktionalität festhält und in seiner Beurteilung des Weiteren von diskreten Auswirkungen der Spondylodiscoarthrose zervikal und lumbal auf Schmerz und Funktionalität, bescheidenen Auswirkungen der beginnenden Arthrose an Hüften und Knie sowie einem gut kompensierten Herzkreislauf spricht. Nicht ansatzweise wird im Gutachten schliesslich dargelegt, weshalb das reaktiv ängstlich-depressive Syndrom eine Invalidität von 25% bewirke und inwiefern die im Alter von 35 Jahren durchgeführte Hysterektomie heute eine eingeschränkte Funktionalität in einer angepassten Verweistätigkeit (von 25% nach italienischem Recht) bewirke.

#### **E. 4.5.4**

Schliesslich bleibt darauf hinzuweisen, dass die blosser Berufung auf eingenommene Medikamente (B-act. 1: "Die aktuelle Medikation lautet: Condrionil Complex, Xanax 0.5mg, Baclofene 25mg, Lioresal 25mg, Eskim 1000, Diclofenac 100mg, Songar 0.375mg pro ml, Diclorem 75 mg pro 3ml, Nobistar 5mg, Triplian 10mg, Alonop 5mg, Coaprovel 300mg, Deltacortene 25mg") weder über die Schwere einer Erkrankung noch deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit Aussagen zulässt, zumal nur die klinische Untersuchung und Würdigung (vgl. Urteil des BGer 9C\_410/2016 vom 15. September 2016 E. 2.2.1; Urteil des BVer C-4828/2017 vom 16. Mai 2018 E. 9.4) in Verbindung mit einer

Prüfung, ob die angegebenen Medikamente auch tatsächlich eingenommen werden (sog. Compliance [BGE 141 V 281 E. 4.4.2]), aussagekräftige Rückschlüsse auf die Arbeitsfähigkeit zulassen.

#### **E. 4.6.1**

Zuletzt kritisiert die Beschwerdeführerin die gutachterliche Prüfung der Standardindikatoren. Namentlich führt sie mit der Replik aus, es fehle insbesondere eine Prüfung der ressourcenhemmenden Wirkung der aktenkundigen depressiven Entwicklung. Die Haushaltsbeurteilung mit ihrer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden widerspreche zudem der in BGE 141 V 281 geforderten gesamtheitlichen Beurteilung der Einschränkungen und verbleibenden Leistungspotenziale (B-act. 8 S. 3).

#### **E. 4.6.2**

Festzustellen ist hierzu, dass das E. \_\_\_\_\_-Gutachten keine Indikatorenprüfung enthält. Die E. \_\_\_\_\_-Gutachter haben zwar verschiedene Fragen der auftraggebenden Vorinstanz beantwortet, jedoch decken diese nicht den Katalog an Standardindikatoren ab, den es seit BGE 141 V 281 für die Prüfung der Relevanz von Schmerzerkrankungen auf die Arbeitsfähigkeit zu beachten gilt. Weder der psychiatrische noch der rheumatologische Gutachter haben sich zum Einfluss der diagnostizierten primären Fibromyalgie und - bei Konstellationen wie hier - zur Frage nach Einschränkungen und verbleibenden Ressourcen im Sinne von BGE 141 V 281 und zur verbleibenden Restarbeitsfähigkeit geäußert. Diese Prüfung ist auch bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich vorzunehmen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Ausschlussgründe im Sinne von E. 2.2 des obgenannten Grundsatzurteils wurden von den Gutachtern explizit verneint und deren Vorhandensein von der Vorinstanz auch nicht geltend gemacht, weshalb die Prüfung der Standardindikatoren zwingend zu erfolgen hatte. Damit leidet das Gutachten trotz Erfüllen der übrigen Voraussetzungen an die Beweiskraft (vgl. E. 3.5) an einem tatsächlichen Mangel und ist die Sache (bereits aus diesem Grund) an die Vorinstanz zu ergänzenden Abklärungen zurückzuweisen. In Anbetracht der Prozessgeschichte und des Zeitablaufs seit erstmaliger Begutachtung im E. \_\_\_\_\_ ist vorliegend eine neue Begutachtung in denselben Fachdisziplinen wie im Juli 2017 (vgl. E. 4.2.1) zu veranlassen. Diese hat in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. diesbezüglich statt vieler Urteil des BVGer C-5204/2017 vom 25. März 2019 E. 10.2). Vorgängig wird mit dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zu klären sein, ob die Begutachtung - gegebenenfalls unter Beizug eines Dolmetschers - in deutscher Sprache erfolgen kann. Bei diesem Urteilsausgang ist auf die Rüge der Beschwerdeführerin, die Vorinstanz habe bei der Beurteilung des Arztberichts von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2018 zu Unrecht keine neue psychiatrische Stellungnahme eingeholt, weshalb das rechtliche Gehör verletzt sei (B-act. 8 S. 2), nicht weiter einzugehen.

#### **E. 5**

Zu überprüfen bleiben die Erwerbssituation (inkl. Statusfrage; E. 5.1 ff.) und der aus einem allfälligen Erwerbsverlust resultierende Anspruch auf eine Invalidenrente, vorliegend umstritten ab August 2017 (E. 6).

#### **E. 5.1**

Die Beschwerdeführerin macht betreffend ihren Erwerbsstatus geltend, die B. \_\_\_\_\_ AG habe ihr aus gesundheitlichen Gründen gekündigt. Ohne die Kündigung wäre sie auch heute noch zu 100% arbeitsfähig und hätte für die Betreuung und Pflege ihres invaliden

Ehemannes "jemanden" angestellt (B-act. 1; B-act. 8).

### **E. 5.2**

Ob eine versicherte Person als ganztägig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. 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 praxisgemäss 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 (Urteile des BGer 9C\_701/2016 vom 1. März 2017 E. 3.1 und 8C\_843/2011 vom 29. Mai 2012 E. 4.1 m.w.H.).

### **E. 5.3**

Dazu ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nach der Geburt des Sohnes von 1983 bis 1985 als Hausfrau tätig gewesen sei. 1985 habe sie die Arbeit wiederaufgenommen und während einigen Jahren in Teilzeit bei der U. \_\_\_\_\_ in (...) als Aushilfe gearbeitet. Seit 1997 habe sie als Arbeiterin vollzeitlich bei der B. \_\_\_\_\_ AG in (...) gearbeitet. Ende 2008 sei ihr wegen Einstellung der Tätigkeit der Arbeitgeberin gekündigt worden (doc. 158 S. 6: "Da 1997 lavora come operaia [...] a tempo pieno presso la ditta B. \_\_\_\_\_ AG a [...] [che si è poi trasferita a [...] nel Canton V. \_\_\_\_\_]: è stata licenziata verso la fine del 2008 per chiusura della ditta"; doc. 158 S. 59: "[...] e la fabbrica in cui l'A. lavorava da anni è stata chiusa", sowie doc. 78 S. 2: "Auflösung des Arbeitsverhältnisses wegen Einstellung der Firmenaktivität"). Die behauptete Kündigung aus gesundheitlichen Gründen ist somit aktenwidrig. Gemäss weiterer Aussage während der E. \_\_\_\_\_-Begutachtung habe der 1990 nicht mehr erwerbstätige Ehemann nach (...) zurückkehren wollen (doc. 158 S. 6). Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend, sie habe sich nach ihrer Rückkehr nach Italien im Juni 2009 intensiv um die Pflege ihres an Morbus Parkinson-erkrankten Ehemannes kümmern müssen ("dauernde Pflege und Überwachung"; B-act 1 S. 3, s. auch doc. 158 S. 59: "[...] occupandosi da quel momento [2009] in avanti a tempo pieno del marito [...]"). Das Ehepaar habe in (...) ein eigenes Einfamilienhaus mit 6 Zimmern bezogen und lebe von der Rente des Ehemannes, die er von der SUVA und der schweizerischen Invalidenversicherung beziehe. Der 1983 geborene Sohn sei verheiratet und lebe in (...), Kanton W. \_\_\_\_\_ (doc. 158 S. 6 und 59).

### **E. 5.4**

Die Umstände der Arbeitsaufgabe in der Schweiz, die Lebensumstände nach der Rückkehr nach Italien und die familiäre sowie finanzielle Situation sprechen insgesamt gegen die behauptete Weiterführung einer vollen Erwerbstätigkeit. Der Beschwerdeführerin kann deshalb nicht darin gefolgt werden, dass sie heute noch zu 100% berufstätig wäre. Eine nähere Begründung ihres Antrags (betreffend Berücksichtigung des Status als vollzeitlich Berufstätige) liegt weder in der Beschwerde noch in der Replik vor. Die Vorinstanz ist

damit zu Recht von einer (ausschliesslich) zu berücksichtigenden Tätigkeit im Haushalt ausgegangen.

## **E. 6**

Die Vorinstanz hat vorliegend den Invaliditätsgrad anhand der sog. spezifischen Methode ermittelt, was aufgrund des in E. 5 Gesagten zu bestätigen ist.

### **E. 6.1**

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann (Art. 5 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 3 ATSG), wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Artikel 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (seit 1. Januar 2008: Art. 28a Abs. 2 IVG). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten gilt die übliche Tätigkeit im Haushalt sowie die Pflege und Betreuung von Angehörigen (Art. 27 IVV, in Kraft seit 1. Januar 2018). Ausschlaggebend ist nicht die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit, sondern wie sich der Gesundheitsschaden in der nichterwerblichen Betätigung konkret auswirkt, was durch die Abklärung an Ort und Stelle zu erheben ist (vgl. Urteil des BGer 9C\_25/2008 vom 30. Juni 2008 E. 4.2). Diese erstreckt sich im Haushalt auch auf den zumutbaren Umfang der Mithilfe von Familienangehörigen, welche im Rahmen der Schadenminderungspflicht zu berücksichtigen ist und weiter geht als die ohne Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung (BGE 133 V 504 E. 4.2 m.H.). Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts Haushalt ist wesentlich, dass er auf einem Betätigungsvergleich beruht und von einer qualifizierten Person verfasst wurde, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat (vgl. zum Ganzen Urteil 9C\_25/2008 a.a.O.). Das Bundesverwaltungsgericht hat in seiner Rechtsprechung festgehalten, dass bei im Ausland wohnhaften Versicherten die Praxis akzeptiert habe, dass auf eine Haushaltsabklärung vor Ort verzichtet werde und die Vor Ort-Abklärung durch eine Abklärung mittels einem der versicherten Person unterbreiteten Fragebogen und einer daran anschliessenden ärztlichen Beurteilung ersetzt werde (vgl. Urteil des BVGer C-6210/2017 vom 30. März 2020 E. 4.6.2 m.H.). Das Bundesgericht hat dazu festgehalten, dass die in einer solchen Situation statt einer qualifizierten Person im obgenannten Sinne beigezogene Arztperson sich ausführlich und detailliert über die von der versicherten Person geäusserten Einschränkungen zu äussern habe (Urteil I 733/06 vom 16. Juli 2007 E. 4.2.2).

### **E. 6.2**

Die Beschwerdeführerin rügt diesbezüglich unter anderem (vgl. E. 5.4), dass keine Haushaltsabklärung vor Ort durchgeführt worden sei, die gemachten (gesundheitlichen) Einschränkungen und die Pflegesituation betreffend ihren invaliden Ehemann in den einzelnen Aufgabenbereichen nicht berücksichtigt worden seien und die Vorinstanz den Gesamtinvaliditätsgrad ab 04/2017 willkürlich und in Verletzung des rechtlichen Gehörs auf 30% festgelegt habe. Mit Replik vom 21. Januar 2019 beantragte sie zudem die Berücksichtigung einer korrigierten Beurteilung "Haushalt" (B-act. 1 S. 5 und 8).

### **E. 6.3**

In ihrer Gesamtbeurteilung vom 8. November 2017 haben die Gutachter des E. \_\_\_\_\_ zur Restarbeitsfähigkeit im Haushalt (Ziff. 9.1.4) festgehalten, dass aus globaler Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70% bestehe. Diese sei aus rheumatologischer Sicht (Einschränkungen

gemäss Ziff. 8.1.1 des Gutachtens: posttraumatische Einschränkungen am rechten Knöchel, Störungen wegen degenerativer Veränderung der Lendenwirbelsäule und primäre Fibromyalgie; schwere Arbeiten seien deshalb auszuschliessen) während der Spitalaufenthalte in den Jahren 2014 und 2016 vollständig aufgehoben gewesen sei. Sechs Monate nach Versteifung des Fussgelenks mittels Arthrodeese am 17. Oktober 2016 könne eine stabilisierte Situation am rechten Knöchel mit guter Verknöcherung ohne Zeichen einer Pseudoarthrose berücksichtigt werden. Aus kardiologischer Sicht seien zudem keine schweren Arbeiten zuzumuten. Die Arbeitsunfähigkeit (im Haushalt) liege seither bei 30%; es handle sich um eine Ertragsminderung (von 30%; doc. 158 S. 25). Dr. C. \_\_\_\_\_ führte daraufhin in seiner Stellungnahme vom 25. November 2017 zur Tätigkeit im Haushalt (einzig) aus, "Auf Grund einer eingehenden Würdigung der Vorakten, einer gründlichen Befragung und Untersuchung der Versicherten und einer stringenten Beurteilung geben die Gutachter ab Datum des Unfalls zunächst eine vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten an und ab sechs Monaten nach der Versteifungsoperation des rechten Fusses eine Arbeitsunfähigkeit von 30% für die zuletzt ausgeübt berufliche Tätigkeit sowie für Tätigkeiten im Haushalt und eine 20%-ige Arbeitsunfähigkeit für angepasste Tätigkeiten. Diese Beurteilung ist nachvollziehbar und zu übernehmen" (doc. 160 S. 3). Der späteren Stellungnahme vom 1. März 2018 sind bezüglich Tätigkeit im Haushalt keine spezifischen Aussagen zu entnehmen (doc. 261 S. 3). In Beilage IV zu beiden Stellungnahmen hielt Dr. C. \_\_\_\_\_ folgende Invaliditätsgrade im Haushalt fest (doc. 160 S. 7, doc. 261 S. 8):

No.	Tätigkeit	Anteil Invalidität	Min.	Max.	Gewichtung (%)	Behinderung (%)
G. x B. 1	Haushaltführung	2	5	5	0	0
2	Ernährung	0	2			

#### **E. 6.4**

Diese vorinstanzliche Ermittlung des Invaliditätsgrades im Haushalt vermag in dreierlei Hinsicht nicht zu überzeugen: Zum einen legt Dr. C. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes in seiner Beurteilung Haushalt die einzelnen Invaliditätsgrade ohne spezifische Begründung fest. Einzuräumen ist zwar, dass es sich dabei um eine Schätzung handelt, die von einem gewissen Ermessen des Versicherungsmediziners getragen wird. Jedoch enthält die Beurteilung keinerlei Hinweise darauf, wie und mit welcher Begründung die von den Gutachtern gesamthaft festgehaltenen 30% Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt auf die einzelnen Posten übertragen worden sind. Zum anderen wird im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eine neue Beurteilung aufgelegt, ohne dass die Änderungen begründet werden: Die geänderten Minimal- und Maximalgewichtungen sind zwar der Verwendung der aktualisierten Fassung des Kreisschreibens BSV über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH, gültig ab 19. Januar 2018) geschuldet. Und neu wurde offensichtlich die (beschwerdeweise gerügte) Betreuung des Ehemannes berücksichtigt. Die gleichzeitig vorgenommenen Änderungen in den Spalten "Gewichtung" und "Behinderung" der Tabelle vom 28. Februar 2019 sind jedoch für das Gericht nicht ansatzweise nachvollziehbar. Es scheint, als ob es gegolten habe, den bisher ermittelten (und die gutachterliche Würdigung stützenden) Invaliditätsgrad von 30% zu bestätigen; entsprechend wurden andere Haushaltsbereiche ohne ersichtlichen Grund in "Gewichtung" und "Behinderung" gekürzt. Das Bundesgericht hat jedoch festgehalten, dass die ärztliche Beurteilung nicht Vorrang hat vor der Haushaltsbeurteilung, die zu ermitteln hilft, "wie sich der Gesundheitsschaden in der nichterwerblichen Betätigung konkret auswirkt, was durch die Abklärung an Ort und Stelle zu erheben ist" (vgl. Hinweis in E. 6.1). Solches ist auch der KSIH nicht zu entnehmen. Schliesslich enthalten weder die frühere noch die spätere Beurteilung "Haushalt" des medizinischen Dienstes eine Auseinandersetzung mit den

gutachterlich attestierten funktionellen Einschränkungen und inwiefern sich diese im jeweiligen Teilbereich niederschlagen. Auch den Stellungnahmen der Vorinstanz sind diesbezüglich keine Erklärungen zu entnehmen. Keine Auseinandersetzung findet auch mit den diametral entgegenstehenden Aussagen der Beschwerdeführerin im Fragebogen Haushalt statt (doc. 45 S. 8 ff.).

#### **E. 6.5**

Bei dieser Sachlage kann der Festlegung der Restarbeitsfähigkeit im Haushalt auf 30% nicht gefolgt werden. Diesbezüglich sind ergänzende Abklärungen erforderlich, welche die oben genannten Mängel auszuräumen haben.

#### **E. 6.6**

Hinzuweisen bleibt jedoch an die Adresse der Beschwerdeführerin, dass (zumindest) unstimmtig erscheint, dass sie seit 2009 im geltend gemachten Ausmass ihren an einer Schulterverletzung und an Morbus Parkinson leidenden Ehemannes pflege (B-act. 1: "Notwendigkeit der Betreuung ihres invaliden Ehemannes"; B-act. 8: "Es wird geltend gemacht, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu 100% erwerbstätig wäre und für die Betreuung und Pflege ihres invaliden Ehemannes jemanden angestellt hätte"; "Im Übrigen wurde nicht berücksichtigt, dass die Beschwerdeführerin für die Pflege und Betreuung eines invaliden und hilflosen Ehemannes zuständig ist bzw. wäre"). Die Pflege einer hilflosen Person bringt eine bedeutende zeitliche und körperliche Anstrengung mit sich, welche die Beschwerdeführerin gemäss Angaben im Fragebogen für im Haushalt tätige Personen vom 16. April 2015 (doc. 45 S. 8 ff.) nicht imstande scheint, leisten zu können: In besagtem Bericht erklärte sie nämlich, sie führe im Haushalt nur Kontrollarbeiten aus, schäle und schneide kein Gemüse und Obst, bereite keine Gerichte zu, putze die Küche nicht, ebenso wenig die Böden, sie könne den vorhandenen Staubsauger nicht benutzen, mache keine Betten, putze die Fenster nicht, mache keine Einkäufe, mache keine Wäsche, hänge die Wäsche nicht ab und sammle sie nicht ein, bügeln nicht, flicke die Wäsche nicht, stricke, häkle und nähe nicht und baue kein Gemüse an. Zum Unterhalt des Haushaltes und des Hauses benötige sie eine Haushaltshilfe während 15 Stunden pro Woche. Diese Situation sei gesundheitlich bedingt. Aufgrund der dargestellten Unfähigkeit der Beschwerdeführerin, grundlegende Haushaltstätigkeiten auszuführen, ist zumindest fraglich, ob es ihr gelingen kann, die notwendige Pflege für ihren invaliden und hilflosen Ehemann zu erbringen, die gemäss Antrag in der Replik mit 70%, gewichtet zu 40%, ergebend einen Teilinvaliditätsgrad von 28%, im Bericht "Haushalt" zu berücksichtigen wäre. Ungeklärt bleibt auch, ob der Beschwerdeführerin, der mit Urteil des Arbeitsgerichts in (...) am 7. November 2016 eine Invalidenrente ab 23. Dezember 2014 zugesprochen worden ist (doc. 236 S. 9), ein staatlich gewährter Anspruch auf Betreuung ihres hilflosen Ehemannes zusteht, der im Rahmen der Beurteilung "Haushalt" einzufließen hätte. Entsprechende Abklärungen sind nicht aktenkundig.

#### **E. 6.7**

Die Abklärungen im Haushalt sind im Sinne der obenstehenden Ausführungen zu ergänzen und der Invaliditätsgrad bei Aktivitäten im Haushalt neu zu ermitteln. Die Sache ist dementsprechend (und auch diesbezüglich) an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen und zu neuem Entscheid zurückzuweisen.

#### **E. 6.8**

Aufgrund der (zutreffenden) Ermittlung der Invalidität anhand der spezifischen Methode kann darauf verzichtet werden, auf die Rügen der Beschwerdeführerin zum Einkommensvergleich nach der allgemeinen Methode, zur Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und zur Berücksichtigung eines Leidensabzugs näher einzugehen (B-act. 1 S. 5 f.; B-act. 8 S. 3 f.). Dies gilt aufgrund der angeordneten Rückweisung zu weiteren Abklärungen im Bereich Haushalt auch für die replikweise geäußerte Rüge, dass der Haushaltsbericht, wie er für Versicherte im Ausland heute erstellt wird, der in BGE 141 V 281 geforderten gesamtheitlichen Beurteilung entgegenstehe (vgl. dazu E. 4.6); dazu wird sich die Vorinstanz im Rahmen des neuen Rentenentscheides zu äussern haben. 7. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der angefochtene Entscheid zwar auf einer umfassenden Prüfung der Aktenlage beruht und sich hinsichtlich der medizinischen Beurteilung und der Statusfrage grundsätzlich als zutreffend erweist, jedoch hinsichtlich der medizinischen Prüfung der Restarbeitsfähigkeit gestützt auf eine Indikatorenprüfung gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung und hinsichtlich der Abklärungen im Haushalt mit Mängeln behaftet ist. Der angefochtene Entscheid ist daher aufzuheben und die Sache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen 4.6 und 6 und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz erweist sich bereits deshalb als zulässig, weil die ausstehenden Abklärungen im Haushalt nicht durch ein Gerichtsgutachten abgedeckt werden können. In diesem Sinne und im Sinne des Subeventualantrags ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. 8. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. 8.1 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 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der Beschwerdeführerin ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). 8.2 Die teilweise obsiegende und anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 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) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Der Anwalt hat keine Kostennote eingereicht, weshalb das Gericht die Höhe der Parteientschädigung aufgrund der Akten festsetzt (Art. 14 Abs. 2 VGKE). Vorliegend erachtet das Bundesverwaltungsgericht - unter Berücksichtigung des notwendigen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Beschwerdeverfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigung - eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inklusive Auslagen; Mehrwertsteuer ist nicht geschuldet [vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG {SR 641.20} und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE]), als angemessen. (Dispositiv: siehe nächste Seite)

**E. 10**

50 50

**E. 15**

7.5% 3 Wohnungspflege 5

**E. 20**

10 50 5% 5 Pflege und Betreuung von Kindern und/oder Angehörigen 0 50 40 45 18%  
Verschiedenes 0 50 0 0 5% TOTAL 100 0-100 30%

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