



Abteilung III
C-3119/2007
{T 0/2}

Urteil vom 22. September 2010

Besetzung

Richterin Vera Marantelli (Vorsitz), Richter Beat Weber,
Richter Marc Steiner;
Gerichtsschreiber Roger Mallepell

Parteien

A. _____,
vertreten durch (...),
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100,
1211 Genf 2,
Vorinstanz,

Gegenstand

Invalidenversicherung (Hilfsmittel); Verfügung der IVSTA
vom 19. April 2007 betreffend B. _____ sel.

wird festgestellt und in Erwägung gezogen:

dass B._____ (im Folgenden: die Versicherte), schweizerisch-britische Doppelbürgerin, geboren am (...) 1941 in (...) (GB), per (...) 1995 eine halbe und per (...) 1996 eine ganze IV-Rente zugesprochen (IV-Akt. 48, 53) erhielt,

dass die Versicherte Ende (...) 2000 die Schweiz verliess und in D. (GB) Wohnsitz nahm,

dass ab (...) 2000 daher die IV-Stelle für Versicherte im Ausland/IVSTA (im Folgenden: Vorinstanz) für die Auszahlung der ganzen IV-Rente zuständig war (IV-Akt. 58),

dass die Schweizerische Ausgleichskasse der Versicherten mit Verfügung vom (...) ab (...) 2004 eine auf der Rentenskala 43 berechnete ordentliche Teilaltersrente von Fr. 1'831.- pro Monat zusprach (IV-Akt. 61),

dass bei der Versicherten im Frühling 2003 ein metastasierendes Mamma-Karzinom diagnostiziert worden war,

dass die Versicherte die Vorinstanz am 19. März 2004 u. a. um die Übernahme für die Kosten eines Elektrorollstuhls (IV-Akt. 60, 65) ersuchte, da sie nur mit Hilfe von Krücken wenige Schritte gehen könne und es ihr wegen der Schäden am Rückgrat und am Brustbein nicht möglich sei, einen von ihr selbst angetriebenen Rollstuhl zu benutzen,

dass die Versicherte den fraglichen Elektro- resp. einen in einen solchen umgebauten Handrollstuhl bereits im Sommer 2002 erworben hatte (vgl. Bestellung vom [...] resp. Rechnung vom [...]), da sie schon zu dieser Zeit unter sehr starken Gelenkschmerzen, unter anderem auch in den Füßen und Händen, gelitten habe (IV-Akt. 74),

dass die Versicherte am (...) 2004 ihrem Krebsleiden erlag (IV-Akt. 75)

dass die Vorinstanz das den Elektrorollstuhl betreffende Leistungsbegehren mit einem an eine Tochter der Versicherten, A._____ (im Folgenden: Tochter oder Beschwerdeführerin), adressierten Vorbescheid vom 28. November 2006 abwies,

dass die Vorinstanz diesen Vorbescheid damit begründete, dass ein Elektrorollstuhl abgegeben werden könne, wenn ein Handrollstuhl nicht bedient werden könne und die selbständige Fortbewegung ohne den Elektrorollstuhl nicht möglich sei, dass gemäss den medizinischen Unterlagen diese Voraussetzungen zwar ab dem 9. September 2004 nicht jedoch im Zeitpunkt der Anschaffung des in einen Elektrorollstuhl umgebauten Handrollstuhls (...) erfüllt gewesen seien (IV-Akt. 84),

dass die Tochter sich mit Schreiben vom 27. Dezember 2006 gegen den Vorbescheid richtete, wobei sie erneut auf die Notwendigkeit eines Rollstuhls ab Sommer 2002 hinwies (IV-Akt. 85),

dass die Vorinstanz am 19. April 2007 eine im Sinne des Vorbescheids lautende Verfügung erliess (IV-Akt. 88),

dass die Tochter mit Eingabe vom 1. Mai 2007 an das Bundesverwaltungsgericht erklärte, sie erhebe Beschwerde gegen die Verfügung der Vorinstanz und werde diese genauer erläutern, sobald sie Akteneinsicht erhalten habe,

dass die Vorinstanz dem Bundesverwaltungsgericht am 14. Mai 2007 ein an sie gerichtetes Schreiben der Tochter vom 27. April 2007 übermittelte, in dem diese sich gegen den angefochtenen Entscheid richtet und unter Bezugnahme auf und Erläuterung der Krankengeschichte ihrer verstorbenen Mutter erneut um Übernahme der Kosten des Elektrorollstuhls ersuchte,

dass der damalige Instruktionsrichter mit Zwischenverfügung vom 23. Mai 2007 der Tochter mitteilte, die Eingabe vom 1. Mai 2007 enthalte keinen eindeutigen Beschwerdewillen, und ihr eine Frist bis zum 21. Juni 2007 setzte, um den Beschwerdewillen zu erklären sowie die Begründung zu ergänzen,

dass die Tochter am 17. Juni 2007 eine Beschwerdeergänzung einreichte, in der sie unter nochmaliger ausführlicher Darlegung des medizinischen Zustandes der Versicherten aus ihrer Sicht erneut um die Übernahme der Kosten für den Elektrorollstuhl ersuchte,

dass die Vorinstanz mit Vernehmlassung vom 23. Januar 2008 unter Bezugnahme auf die Beurteilung durch ihren ärztlichen Dienst die Abweisung der Beschwerde beantragte,

dass sich die Tochter am 11. März 2008 dahingehend vernehmen liess, dass sie an ihrer Beschwerde festhalte, und zudem auf einen aus ihrer Sicht bei der Übersetzung eines Arztberichtes vom 17. März 2003 entstandenen Übersetzungsfehler ("became so severe that she could not drive or weight bear") sowie darauf hinwies, dass bei korrekter Übersetzung mindestens ab dem 17. März 2003 Bedarf für einen Rollstuhl bestanden habe, und zudem um Akteneinsicht ersuchte,

dass die Vorinstanz mit Duplik vom 20. März 2008 festhielt, dass sich unabhängig vom geltend gemachten Übersetzungsfehler aus dem Arztbericht vom 17. März 2003 nichts ergebe, das die Notwendigkeit eines Rollstuhls bestätigen würde; weshalb für eine andere Beurteilung kein Anlass bestehe und weiterhin die Abweisung der Beschwerde beantragt werde,

dass der Tochter am 2. resp. 10. April 2008 ein Doppel der Duplik sowie eine Kopie der Akten der Vorinstanz zugestellt wurden,

dass die Tochter mit Vollmacht vom 4. April 2008 den Rechtsdienst (...) mit der Wahrnehmung ihrer Interessen in der vorliegenden Angelegenheit beauftragte,

dass die mittlerweile anwaltlich vertretene Tochter mit Triplik vom 30. Juni 2008 folgende Anträge stellen liess:

1. Die Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland vom 19. April 2007 sei aufzuheben und es sei den Erbinnen von B._____ sel. die Kosten für den im Herbst 2002 gekauften Elektrorollstuhl zurückzuerstatten.
2. Eventualiter sei die Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland vom 19. April 2007 aufzuheben und es sei den Erbinnen von B._____ sel. im Rahmen der Austauschbefugnis ein Betrag an den gekauften Elektrorollstuhl zu erstatten.
3. Unter Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

dass sie zur Begründung im Wesentlichen geltend machte, gestützt auf die in den IV-Akten liegenden medizinischen Berichte seien die Voraussetzungen für die Abgabe eines Elektrorollstuhls bereits ab Herbst 2002 erfüllt gewesen, schon im Sommer 2002 habe die Versicherte an so starken Fussbeschwerden gelitten, dass Dr. C._____ ihr im Herbst 2002 einen Rollstuhl empfohlen habe, aufgrund des behinderungs- und altersbedingt sehr geschwächten Allgemeinzustandes und der hügeligen Wohnsituation in D. sei sie nicht mehr in der Lage

gewesen, einen gewöhnlichen Rollstuhl zu bedienen und habe sich nur noch mit einem elektromotorischen Antrieb selbständig fortbewegen können, die medizinischen Berichte ab 2003 zeigten klar, dass sie unter anderem unter Arthritis, Osteoporose (mit vielen Frakturen) und metastasiertem Brustkrebs gelitten habe, dass sich der Gesundheitszustand von März bis Juli 2003 nochmals erheblich verschlechtert habe, weil sie sich Chemotherapien habe unterziehen müssen, dass sie ab Ende Juli 2003 hospitalisiert gewesen und später auf eine ganztägige Betreuung durch Dritte angewiesen gewesen sei, dass die Vorinstanz davon ausgehe, dass sie ab 30. Oktober 2003 einen Handrollstuhl und ab September 2004 einen Elektrorollstuhl benötigt habe, dass die Voraussetzungen für eine Rückerstattung gemäss Rz. 1026 allenfalls in Verbindung mit Rz. 1031 des Kreis-schreibens über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (KHMI) in der Fassung vom 1. Januar 2003 erfüllt wären, nachdem die Anmeldung im März 2004 erfolgt sei, dass eventualiter lediglich die Kosten für einen Handrollstuhl zu erstatten seien,

dass die Vorinstanz mit Quadruplik vom 1. September 2008 an ihrem Antrag auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerde festhielt,

dass die Vorinstanz mit Verfügung vom 17. Juni 2010 der Instruktionsrichterin eingeladen wurde, dem Bundesverwaltungsgericht mitzuteilen, ob die Versicherte sel. der freiwilligen AHV/IV-Versicherung beigetreten gewesen sei,

dass die Vorinstanz dies unter Beilegung der entsprechenden Dokumente mit Schreiben vom 18. Juni 2010 bejahte,

dass der Tochter am 24. Juni 2010 eine Kopie dieses Schreibens nebst Beilagen zugestellt wurde,

dass auf die dargelegten und weiteren Vorbringen und Eingaben der Verfahrensbeteiligten, soweit sie rechtserheblich sind, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen wird,

dass das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt, sofern keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt,

dass die IVSTA eine Vorinstanz im Sinne von Art. 33 Bst. d VGG ist,

dass die Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts zur Beurteilung von Beschwerden gegen Verfügungen dieser IV-Stelle zudem in Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) ausdrücklich vorgesehen ist,

dass sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG richtet, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG),

dass gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1) vorbehalten bleiben,

dass gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a-26^{bis} und 28-70) anwendbar sind, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht,

dass die Tochter der verstorbenen Versicherten die Beschwerde in ihrem eigenen Namen – d.h. nicht als (bevollmächtigte) Vertreterin des Nachlasses der Verstorbenen bzw. der Erbengemeinschaft – frist- und formgerecht eingereicht hat (vgl. Art. 38 ff. und Art. 60 ATSG),

dass die Tochter bzw. Beschwerdeführerin durch den angefochtenen Entscheid nach der Rechtsprechung auch als einzelnes Mitglied der Erbengemeinschaft im Nachlass der Versicherten berührt ist und auch selber ein schutzwürdiges Interesse an seiner Aufhebung oder Änderung hat (vgl. Art. 59 ATSG), da durch den Entscheid eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung verneint wird (vgl. in diesem Sinne die Urteile des Bundesgerichts 9C_194/2009 vom 15. Dezember 2009 E. 2.1.2 und 8C_146/2008 vom 22. April 2008 E. 1.2 f.; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich/Basel/Genf 2009, Art. 59 N. 12),

dass die Beschwerdeführerin somit auch selber berechtigt ist, Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht zu erheben, und die Beschwerdelegitimation der Beschwerdeführerin zu bejahen ist,

dass die Rechtsvertreterin sich rechtsgenügend durch schriftliche Vollmacht ausgewiesen hat (Art. 11 Abs. 2 VwVG),

dass der Kostenvorschuss innerhalb der angesetzten Frist geleistet wurde,

dass somit sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und daher auf die Beschwerde einzutreten ist,

dass gemäss Art.19 Abs. 3 VGG die Richter und Richterinnen des Bundesverwaltungsgerichts zur Aushilfe in anderen Abteilungen verpflichtet sind, vorliegend daher der Vorsitz im Beschwerdeverfahren auf die Abteilung II übergegangen ist,

dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Beschwerdeverfahren grundsätzlich für die Bestimmung des rechtserheblichen Sachverhalts die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Erlasses der strittigen Verfügung, vorliegend demnach der 19. April 2008, massgebend sind (BGE 132 V 368 E. 6.1 mit Hinweisen),

dass in zeitlicher Hinsicht weiter grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 130 V 329), für das vorliegende Verfahren deshalb das per 1. Januar 2003 in Kraft getretene ATSG anwendbar ist,

dass die darin enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit, der Invalidität und der Einkommensvergleichsmethode den bisherigen von der Rechtsprechung dazu entwickelten Begriffen in der Invalidenversicherung entsprechen, demzufolge die von der Rechtsprechung dazu herausgebildeten Grundsätze unter der Herrschaft des ATSG weiterhin Geltung haben (BGE 130 V 343),

dass bei den materiellen Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) und der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR. 831.201) auf die Fassung gemäss den am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Änderungen (4. IV-Revision) abzustellen ist, und die durch die 5. IV-Revision eingeführten Änderungen, welche am 1. Januar 2008 in Kraft getreten sind (AS 2007 5129), nicht zu berücksichtigen sind,

dass im Folgenden deshalb die ab 1. Januar 2004 (bis Ende 2007) gültig gewesenen Bestimmungen des IVG und der IVV zitiert werden,

dass Art. 8 Abs. 1 IVG hinsichtlich der Eingliederungsmassnahmen – worunter auch die Abgabe von Hilfsmitteln (Art. 21 f. IVG), wie dem hier zur Diskussion stehenden Elektrorollstuhl, zählen (Art. 8 Abs. 3 IVG), welche Sachleistungen im Sinne von Art. 14 ATSG darstellen (Art. 8 Abs. 4 IVG) – nebst der spezifischen Invalidität auch die Versicherteneigenschaft als Anspruchsvoraussetzung vorsieht,

dass nach Massgabe des IVG Personen versichert sind, die gemäss den Art. 1a und 2 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946 (AHVG, SR 831.10) obligatorisch oder freiwillig versichert sind (Art. 1b IVG),

dass nach Art. 1a AHVG unter anderem die natürlichen Personen mit Wohnsitz in der Schweiz (Abs. 1 lit. a) und die natürlichen Personen, die in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausüben (Abs. 1 lit. b) versichert sind,

dass seit dem 1. April 2001 in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union kein Beitritt zur freiwilligen AHV/IV mehr möglich ist und Auslandschweizerinnen und Auslandschweizer mit Wohnsitz in einem EU-Staat noch bis spätestens am 31. März 2001 der freiwilligen Versicherung beitreten konnten,

dass Schweizer Bürger mit Wohnsitz in den Mitgliedstaaten der europäischen Union, die bis zum 31. März 2001 der freiwilligen Versicherung beigetreten sind, längstens bis am 31. März 2007 versichert blieben; diejenigen, welche das 50. Altersjahr vor dem 1. April 2001 vollendet haben, bis zum Erreichen des gesetzlichen Rentenalters (Schweizer Revue Nr. 6 – Dezember 2000, Wichtige Änderungen für Rentenbezüger – Revision der freiwilligen AHV/IV-Versicherung; Schlussbestimmungen der Änderung des AHVG vom 23. Juni 2000, Abs. 1),

dass die Instruktion ergeben hat, dass die Versicherte der freiwilligen AHV/IV-Versicherung vor dem 31. März 2001 beigetreten ist und somit – nachdem sie das 50. Altersjahr vor dem 1. April 2001 vollendet hatte – grundsätzlich bis zum Erreichen des gesetzlichen Rentenalters versichert war,

dass die Eingliederungsmassnahmen in der Schweiz ausnahmsweise auch im Ausland gewährt (Art. 9 Abs. 1 IVG) werden,

dass der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen frühestens mit der Unterstellung unter die obligatorische oder die freiwillige Versicherung entsteht und spätestens mit deren Erlöschen endet (Art. 22^{quater} Abs. 1 IVV),

dass Art. 21 IVG für die Hilfsmittelberechtigung zwischen erwerblicher (Abs. 1) und nichterwerblicher (Abs. 2) Eingliederungswirksamkeit unterscheidet (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in: Murer/Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zürich 1997, S. 160 ff.),

dass der Bundesrat die ihm übertragene Kompetenz zur Bezeichnung der im Rahmen von Art. 21 IVG abzugebenden Hilfsmittel durch Art. 14 IVV an das eidgenössische Departement des Innern subdelegiert hat, welches seinerseits die Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung vom 29. November 1976 (HVI, SR 831.232.51) erlassen hat,

dass im Anhang zur HVI die Hilfsmittel aufgezählt werden,

dass die versicherte Person Anspruch auf Hilfsmittel hat, soweit diese für die Fortbewegung, die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge notwendig sind (Art. 2 Abs. 1 HVI),

dass ein Anspruch auf die im Anhang HVI mit (*) bezeichneten Hilfsmittel nur besteht, soweit diese für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder die Tätigkeit im Aufgabenbereich, für die Schulung, die Ausbildung, die funktionelle Angewöhnung oder die in der betreffenden Ziffer des Anhangs ausdrücklich genannte Tätigkeit notwendig sind (Art. 2 Abs. 2 HVI),

dass gemäss Ziff. 9.02 HVI ein Anspruch auf Elektrorollstühle für Versicherte besteht, die einen gewöhnlichen Rollstuhl nicht bedienen und sich nur dank elektromotorischem Antrieb selbständig fortbewegen können,

dass gemäss Art. 23^{ter} IVV die Versicherung die Kosten für Eingliederungsmassnahmen im Ausland nur dann übernimmt, wenn besondere Umstände dies rechtfertigen und die Massnahmen höchstwahrscheinlich dazu beitragen, dass die betroffene Person wieder eine

Erwerbstätigkeit ausüben oder sich im Aufgabenbereich betätigen kann,

dass der Terminus "Aufgabenbereich" entsprechend der Umschreibung in Art. 27 IVV auszulegen ist,

dass zum Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten gehören (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_315/2008 vom 3. Juni 2009 E. 3.3),

dass die Versicherte anlässlich ihrer erstmaligen Berentung per (...) 1995 (IV-Akt. 25) sowie auch anlässlich der Revision der halben IV-Rente auf eine ganze Rente per (...) 1996 (IV-Akt. 40, 48) als voll Erwerbstätige eingestuft wurde,

dass aber nicht generell argumentiert werden kann, dass eine versicherte Person, die im Rahmen der Invaliditätsbemessung als zu 100% erwerbstätig eingestuft wurde, keine relevante Tätigkeit im Aufgabenbereich bzw. im Haushalt ausübe,

dass gemäss Rz. 1022 des Kreisschreibens über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (Stand: 1. Januar 2003; KHMI) einer versicherten Person unabhängig davon, ob sie als erwerbstätig (Art. 16 ATSG) oder nicht erwerbstätig einzustufen ist (Art. 27 IVV), auch Hilfsmittel für ihre Tätigkeit im Aufgabenbereich abgegeben werden können,

dass der Anspruch auf Hilfsmittel für die Tätigkeit im Aufgabenbereich nicht voraussetzt, dass die versicherte Person den Haushalt überwiegend selbständig besorgt, es somit genügt, dass die Tätigkeit im Aufgabenbereich einen beachtlichen Umfang erreicht,

dass was als beachtlich zu gelten hat, sich aufgrund des konkreten Aufgabenbereichs unter Berücksichtigung der durch das Hilfsmittel möglichen Verbesserung der Leistungsfähigkeit bestimmt,

dass laut dem Urteil des Bundesgerichts I 133/06 vom 15. März 2007 E. 7.2.2 eine Tätigkeit im Aufgabenbereich anzunehmen ist, wenn die versicherte Person für regelmässige Verrichtungen im Aufgabenbereich verantwortlich ist (mit Verweis auf Rz. 1018 KHMI, vgl. zum

Ganzen auch das Urteil des Bundesgerichts 8C_961/2009 vom 17. Juni 2010 E. 4),

dass die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerdeergänzung vom 17. Juni 2007 selber darauf hinweist, dass die Versicherte im Sommer 2003 chemotherapeutisch behandelt worden und danach wochenlang bettlägerig gewesen sei, sich nie wieder richtig erholt und daher ständige Betreuung nötig gehabt habe, weshalb sie ab August 2003 von den englischen Social Services und dem Independent Living Fund bis zu ihrem Hinschied eine 24-Stunden Betreuung erhalten habe; die Versicherte habe sich nicht mehr selbst richtig waschen können, habe oftmals Hilfe gebraucht, um auf die Toilette zu gehen, und habe sich nicht einmal mehr selbst im Bett wenden können,

dass für das Bundesverwaltungsgericht unter diesen Umständen – d.h. angesichts der massiv eingeschränkten Selbständigkeit und 24-stündigen Pflegebedürftigkeit der Versicherten – nicht ersichtlich ist, inwiefern die Abgabe eines Elektrorollstuhls ab August 2003 noch in dem Sinne zu einer Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Versicherten hätte beitragen können, dass sich die Versicherte durch das Hilfsmittel höchstwahrscheinlich wieder im Aufgabenbereich hätte betätigen können (Art. 23^{ter} IVV),

dass Dr. E._____ in der medizinischen Stellungnahme vom 23. August 2008 zur Triplik vom 30. Juni 2008 in diesem Sinn zu Recht festhält, dass bei einer "hilflosen" Patientin, die ständig Pflegepersonal oder andere Hilfspersonen um sich hat, keine Möglichkeit für die Übernahme eines Elektrorollstuhls durch die Invalidenversicherung mehr besteht, da ein solcher nur den Pflegepersonen die Arbeit erleichtern würde (IV-Akt 96),

dass der Anspruch auf Abgabe eines Elektrorollstuhls für die Zeit nach August 2003 daher zu verneinen ist,

dass daher zu prüfen ist, ob die Versicherte anlässlich des Anschaffungszeitpunktes des Elektrorollstuhls im Jahre 2002 bzw. in der Zeit zwischen diesem und dem Eintritt der 24-stündigen Betreuung ab August 2003 auf einen Elektrorollstuhl angewiesen war,

dass sich zwar in den Akten eine Vielzahl medizinischer Gutachten befinden, die eindrücklich das ständige Fortschreiten der Brustkrebs-erkrankung der auch an Osteoporose und Arthritis leidenden Ver-

sicherten belegen und es menschlich als durchaus verständlich erscheinen lassen, dass die Beschwerdeführerin ihr Leben durch die Anschaffung eines Elektrorollstuhls erträglicher zu machen suchte, zumal die Versicherte zunehmend mit Schmerzen und ab Herbst 2003 auch mit verschiedenen Brüchen zu kämpfen hatte,

dass sich für die hier interessierende Frage der Mobilität in den Akten aber kaum Aussagen finden, aus denen sich auf eine rechtlich relevante Notwendigkeit der gemachten Anschaffung schliessen liesse,

dass aus dem einzigen, aus dem Jahre 2002 stammenden Bericht von Dr. F._____ vom 5. Juni 2002 an den Gastroenterologen Dr. G._____, zwar hervorgeht, dass die Versicherte eine signifikant reduzierte Knochendichte habe, ausserdem ein Status nach Bruch des Handgelenks bestehe, wichtig der Ausschluss eines allfälligen pathologischen Vitamin-D-Stoffwechsels sei, bevor mit der Bisphosphonat-Behandlung begonnen werde (IV-Akt. 65),

dass und inwiefern sie zu jenem Zeitpunkt einen Roll- oder Elektrorollstuhl benötigt hätte, aus diesem Bericht indessen nicht hervorgeht,

dass dasselbe im Wesentlichen auch für die Berichte aus dem Jahre 2003 gilt,

dass Dr. F._____ in seinem Bericht vom 17. März 2003 festhält, es seien Beschwerden am linken Fuss aufgetreten, so dass die Versicherte nicht mehr habe Autofahren und (gemäss der Übersetzung der Beschwerdeführerin) "ihr eigenes Gewicht" tragen können ("she could not drive or weight bear"), sie Krücken benutzt habe, nun aber ihre Abhängigkeit von diesen habe verringern können ("she has been using crutches, but has now been able to reduce her dependency on the crutch"), Röntgenuntersuchungen keine Frakturen hätten erkennen lassen,

dass der die Versicherte behandelnde Onkologe Dr. H._____ sich in seinem Bericht vom 6. Mai 2003 dahingehend äusserte, die Versicherte leide seit sechs Monaten an Schmerzen in beiden Füßen, insbesondere im Linken, die sich jedoch nach der Einnahme von Medikamenten gebessert hätten, so dass sie nun hauptsächlich unter dauernden Rückenschmerzen leide ("her main ongoing symptom is lower lumbar back pain"), die mit Dihydrocrocadin gemildert würden,

während der vorangegangenen 3-4 Wochen habe sie im Versuch ihre Schmerzen zu lindern, Krücken benutzt, weiter weist er zwar auf eine Paraesthesie, d.h. eine Sensibilitätsstörung, im linken Fuss der Versicherten hin, befindet im Übrigen aber, dass die neurologische Untersuchung bezüglich Kraft und Tonus normale Ergebnisse gezeitigt habe ("peripheral neurological examination revealed normal power and tone"),

dass Dr. C._____ am 2. Juli 2003 sich in einem Schreiben an das Occupational Therapy Departement vom (...) Hospital in D., wandte und um einen Beurteilungs- und Beratungstermin für die Versicherte ersuchte ("see her for assessment and advice"), da dauernde Rückenschmerzen die zudem an Brustkrebs leidende Versicherte bei der Verrichtung gewisser Aufgaben im Haushalt behindern würden,

dass sich das Department for Work and Pensions in D. am 9. Juli 2003 an Dr. C._____ wandte, da die Versicherte einen Antrag für Disability Living Allowance (DLA) gestellt hatte, und dabei in seinem Bericht vom 16. Juli 2003 Rückenschmerzen unbekanntem Ursprungs, möglicherweise im Zusammenhang mit Knochenmetastasen, metastasierendes Brustkarzinom sowie eine primäre biliäre Zirrhose diagnostizierte und ausführte, die Versicherte habe seit Ende März 2003 Rückenschmerzen, die sehr behindernd seien ("low back pain ist very disabling") und im Mai 2003 sei Brustkrebs diagnostiziert worden, die stattgefundenen Chemotherapie habe Schwäche, Übelkeit und Durchfall verursacht, im Übrigen zur Frage der Mobilität ("ability to get around") aber ausdrücklich festhielt, die Versicherte sei "mobile with pain" und könne Treppen mit Mühe meistern ("can manage stairs with difficulty"),

dass somit keine der wenigen aus der fraglichen Zeit stammenden Berichte, die überhaupt auf die Mobilität der Versicherten Bezug nehmen, sich zur Notwendigkeit, einen Roll- oder Elektrorollstuhl zu benutzen, äussern, sondern vielmehr aufzeigen, dass die Versicherte sich – wenn auch mit Mühe resp. unter Schmerzen und teilweise an Krücken – selbständig fortbewegen konnte,

dass sich ein Hinweis auf eine allfällige Notwendigkeit, einen Rollstuhl zu benutzen, erst und einzig in dem vom Oncology Center in D. am 20. August 2004 ausgefüllten Fragebogen sowie in zwei Schreiben von Dr. C._____ vom 28. Juni 2006 findet,

dass das Oncology Center in D. im erwähnten Fragebogen die Frage, ob die Versicherte Hilfsmittel benötige, bejahte und als Hilfsmittel u.a. einen elektronischen Rollstuhl anführte,

dass Dr. C._____ in dem ersten, von der Beschwerdeführerin am 4. Juni 2007 eingereichten, an "to whom it may concern" adressierten Schreiben festhält, er bestätige, dass die Versicherte im (...) Medical Centre Patientin gewesen sei, und als ihr Allgemeinmediziner ("GP") könne er auch bestätigen, dass sie an einer schweren Osteoporose gelitten habe, die sich anlässlich einer Reihe von Chemotherapien, die sie wegen Brustkrebs erhalten habe, verschlimmert habe, ein bei der Versicherten im Juni 2002 durchgeführter Knochendichte-Scan eine signifikante Verminderung der Knochendichte bestätigt habe, in deren Folge die Versicherte verschiedene Brüche, darunter im linken Knöchel und der rechten Hüfte, erlitten habe, ohne Gehbock die Versicherte nicht in der Lage gewesen sei, mehr als einige Schritte zu machen, sie nicht die Kraft gehabt habe, einen manuellen Rollstuhl zu bedienen, er daher bestätige, dass die Versicherte, um sich im Alltag zu bewegen, einen elektrischen Rollstuhl benötigt habe,

dass Dr. C._____ in einer auf denselben Tag (28. Juni 2006) datierten, von der Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Triplik am 30. Juni 2008 eingereichten weiteren Bestätigung dann präziser ausführt, die Versicherte habe ihn im Herbst und Winter 2002/2003 mehrmals wegen starker Fuss- und Knöchelbeschwerden, welche im Sommer 2002 begonnen hätten, in seiner Praxis aufgesucht, er habe sie zu verschiedenen Spezialisten geschickt, die jedoch vorerst den Grund für diese Beschwerden nicht gefunden hätten; da die Versicherte wegen ihrer schweren Schmerzen nur wenige Schritte mit einem Gehbock habe machen können, habe er arrangiert, dass sie einen Rollstuhl ohne motorischen Antrieb erhalten habe, allerdings sei sie darauf angewiesen gewesen, dass jemand diesen gestossen habe, da sie zu schwach gewesen wäre, um einen manuellen Rollstuhl zu bedienen, im Frühling 2003 sei ein metastasierendes Mammakarzinom diagnostiziert worden, die darauffolgende Chemotherapie habe die Osteoporose verschlimmert und die ohnehin schon fragile Konstitution der Versicherten noch weiter geschwächt, vom Onkologen der Versicherten, Dr. H._____, habe er gehört, dass die ursprünglichen Schmerzen in den Füßen und den Knöcheln wahrscheinlich durch den Krebs verursacht worden seien, im Herbst und Winter 2003/2004 habe die Versicherte mehrere Frakturen, darunter am Sternum, am

linken Knöchel und an der rechten Hüfte erlitten, er bestätige daher, dass diese vom Herbst 2002 bis zu ihrem Tod im September 2004 einen elektrischen Rollstuhl benötigt habe, um sich im Alltag zu bewegen,

dass zu diesen Berichten vorab festzuhalten ist, dass der Fragebogen vom 20. August 2004 auf einer Behandlung der Versicherten ab 4. Februar 2004 resp. Untersuchung vom 16. August 2004 basiert und auch die in den Schreiben von Dr. C. _____ erwähnten Frakturen, die allenfalls die Benutzung eines Rollstuhls als angezeigt zu begründen vermöchten, sich nicht auf den hier relevanten Zeitraum ab dem Anschaffungszeitpunkt des Elektrorollstuhls im Jahr 2002 bis zum Eintritt der 24-stündigen Betreuung ab August 2003 beziehen, somit zur Beurteilung der zu diskutierenden Rechtsfrage nichts beizutragen vermögen,

dass aus diesen auf denselben Tag datierten Berichten – wie im Übrigen auch aus den Ausführungen der Beschwerdeführerin sowie den zahlreichen weiteren medizinischen Unterlagen – zwar hervorgeht, dass die Versicherte unter Schmerzen litt, sich in Bezug auf die Gehfähigkeit derselben aber wiederum sehr wenig ergibt und sich die gemachten Aussagen zudem noch insofern als widersprüchlich erweisen, als im ersten Bericht erwähnt wird, die Versicherte habe nur wenige Schritte ohne Gehbock machen können, während im zweiten darauf hingewiesen wird, sie sei auf Grund starker Schmerzen nicht in der Lage gewesen, mit dem Gehbock mehr als einige wenige Schritte zu machen,

dass somit auch diesen Berichten nicht klar entnommen werden kann, dass und weshalb in der hier massgebenden Zeitspanne, Herbst 2002 bis Sommer 2003, für die Abgabe eines Elektrorollstuhls eine medizinische Indikation bestanden hätte,

dass der am 30. Juni 2008 eingereichte Bericht aus dem Jahre 2006 jedoch ausdrücklich festhält, dass für die Versicherte die Abgabe eines Handrollstuhls arrangiert wurde, und daher für das Bundesverwaltungsgericht kein Anlass besteht, von einem Anspruch auf Rückerstattung der Kosten für einen Handrollstuhl auszugehen, weshalb sich der gestellte Eventualantrag von vornherein als unbegründet erweist,

dass der Sozialversicherungsprozess vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht ist, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen hat,

dass dieser Grundsatz indessen nicht uneingeschränkt gilt und sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien findet (BGE 125 V 195 Erw. 2, 122 V 158 Erw. 1a, je mit Hinweisen),

dass der Untersuchungsgrundsatz die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig ausschliesst,

dass im Sozialversicherungsprozess mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern trifft, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte,

dass diese Beweisregel allerdings erst Platz greift, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 Erw. 3b mit Hinweisen),

dass sich im vorliegenden Fall auf Grund der dem Bundesverwaltungsgericht vorliegenden Akten und Ausführungen nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit schliessen lässt, dass bei der Versicherten in der hier massgebenden Zeitspanne die Abgabe eines Elektrorollstuhls medizinisch indiziert gewesen wäre,

dass auf Grund der Umstände im vorliegenden Fall nicht zu erkennen ist, dass und inwieweit die Anhandnahme weiterer Sachverhaltsabklärungen an diesem Schluss etwas zu ändern vermöchten,

dass daher die einen Anspruch geltend machende Beschwerdeführerin die Folgen der bezüglich der Notwendigkeit der Abgabe eines Elektrorollstuhls bestehenden Beweislosigkeit zu tragen hat,

dass sich somit auch der Hauptantrag der Beschwerde als unbegründet erweist und diese damit insgesamt abzuweisen ist,

dass gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG (in der seit dem 1. Juli 2006 gültigen Fassung) das Beschwerdeverfahren bei Streitig-

keiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht kostenpflichtig ist, und die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei, somit hier der Beschwerdeführerin, aufzuerlegen sind,

dass die Beschwerdeführerin als unterliegende Partei keinen Anspruch auf Ersatz der ihr erwachsenen notwendigen Kosten hat (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

Demnach verfügt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 400.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 400.- verrechnet.

3.

Es wird keine Parteientschädigung gesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde);
- die Vorinstanz (Ref.-Nr. 756.9698.9306.77);
- das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Vera Marantelli

Roger Mallepell

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [BGG, SR 173.110]). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (vgl. Art. 42 BGG).

Versand: