

BVGer C-1537/2014 vom 14. April 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-04-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1537_2014

FR: TAF C-1537/2014 du 14 avril 2016

IT: TAF C-1537/2014 del 14 aprile 2016

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 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.4

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (60 ATSG, Art. 52 VwVG und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2.1

Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (nachfolgend: Abkommen Jugoslawien, SR 0.831.109.818.1) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 198 E. 2b, 122 V 381 E. 1 mit Hinweis). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit mehreren Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Mazedonien), nicht aber mit Bosnien und Herzegowina, neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für die Beschwerdeführerin als Bürgerin von Bosnien und Herzegowina findet demnach weiterhin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 sowie die entsprechende Verwaltungsvereinbarung vom 5. Juli 1963 betreffend die Durchführung des Abkommens (SR 0.831.109.818.12) Anwendung. Nach Art. 2 dieses Abkommens

stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit - wie vorliegend - nichts anderes bestimmt ist (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 26. Mai 2014 C-3416/2013 E. 4.1). Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Abkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung besteht, bestimmt sich daher ausschliesslich aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften. Insbesondere besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil BVGer C-7557/2009 vom 29. November 2011 E. 4.2 mit Hinweis).

E. 2.2

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1 und 131 V 11 E. 1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

E. 2.3

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechts-sätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 27. Januar 2014) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329 E. 6, 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV respektive des ATSG und der ATSV ist auf die Fassungen abzustellen, die für die Beurteilung eines Rentenanspruchs jeweils relevant waren und in Kraft standen (Leistungsbegehren vom 6. Juli 2009 [IV 24.15]), weshalb insbesondere das IVG in der Fassung vom 6. Oktober 2006 (5. IV-Revision; AS 2007 5129) und die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201; in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Teilrevision) massgebend sind. Zu beachten ist für Ansprüche ab dem 1. Januar 2012 zudem das IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659] und die IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]). Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Sofern sich die einschlägigen Bestimmungen materiell nicht verändert haben, werden im Folgenden - falls nichts Gegenteiliges vermerkt - die Bestimmungen in der ab 1. Januar 2008 gültig gewesenen Fassung zitiert.

E. 2.4

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

E. 2.5

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungs-grundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet zum einen sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). Die behördliche und richterliche Abklärungspflicht erfasst jedoch nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit dem 1. Januar 2007: Bundesgericht] I 520/99 vom 20. Juli 2000). Das Risiko der Nicht-Beweisbarkeit, also die objektive Beweislast, trägt für leistungsbegründende Tatsachen die versicherte Person (BGE 139 V 547 E. 8.1), für anspruchshindernde oder -aufhebende Tatsachen hingegen die IV-Stelle (Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, N 1536 ff.).

E. 2.6

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d; 122 II 464 E. 4a; 120 Ib 224 E. 2b).

E. 3.1

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabebereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch

durchschnittlich zu mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c). Ausserdem muss eine versicherte Person beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Mindestbeitragsdauer von drei Jahren (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG, in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung [AS 2007 5129]) Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet haben. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Die Beschwerdeführerin hat unbestritten während mehr als drei Jahren Beiträge an die AHV/IV geleistet (vgl. IV 119), sodass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist. Zu prüfen bleibt demnach, ob die Beschwerdeführerin invalid im Sinne des Gesetzes ist.

E. 3.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG) und kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende, ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden, ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine solche liegt zudem nur vor, insoweit sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; siehe hierzu ausführlich das diesem Verfahren vorgehende Urteil C-8198/2010 E. 2.5).

E. 3.3

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. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch 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, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c).

E. 3.4.1

Vor der Berechnung des Invaliditätsgrades muss beurteilt werden, ob die versicherte Person als (teil-)erwerbstätig oder nicht erwerbstätig einzustufen ist, was entsprechenden Einfluss auf die anzuwendende Methode der Invaliditätsgradbemessung hat. Zu prüfen ist, was die versicherte Person bei im Übrigen unveränderten Umständen tun würde, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestehen würde. So sind insbesondere bei im Haushalt tätigen versicherten Personen die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxismässig nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im

Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausreicht (vgl. BGE 133 V 504 E. 3.3; BGE 133 V 477 E. 6.3; BGE 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

E. 3.4.2

Bei einer erwerbstätigen Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das diese nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, Art. 16 ATSG). Die Verweisungstätigkeit hat sich die Versicherte anrechnen zu lassen, wobei es unerheblich ist, ob sie ihre Restarbeitsfähigkeit tatsächlich verwertet oder nicht.

E. 3.4.3

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, insbesondere bei Hausfrauen, wird für die Bemessung der Invalidität darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (spezifische Methode des Betätigungsvergleichs, Art. 28a Abs. 2 IVG). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen, nicht erwerbstätigen Personen gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV).

E. 3.4.4

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode, Art. 28a Abs. 3 IVG).

E. 3.5.1

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 dabei, 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen).

E. 3.5.2

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen

Berichte (vgl. dazu das Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a).

E. 3.5.3

Bezüglich 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

E. 3.5.4

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen.

E. 3.5.5

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. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee; SVR 2003 UV Nr. 15 S. 45 E. 3.2.2, 1999 KV Nr. 22 E. 3b; AHI 2001 S. 115 E. 3b ee).

E. 4

Angefochten ist eine Verfügung der IVSTA, in welcher der Antrag der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente abgewiesen worden ist. Die Beschwerdeführerin rügt eine ungenügende Sachverhaltsermittlung und eine unkorrekte Anwendung des Sozialversicherungsrechts. Insbesondere seien die medizinischen Befunde im Gesamtzusammenhang ungenügend und

unvollständig bewertet worden. Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Voraussetzungen einer rentenbegründenden Invalidität erfüllt sind, was die Vorinstanz verneint. Insbesondere ist aufgrund der umfangreichen medizinischen Dokumentation aus Bosnien und Herzegowina und der Schweiz zu klären, ob der Sachverhalt - nach Rückweisung der Angelegenheit durch das Bundesverwaltungsgericht an die Vorinstanz am 25. September 2012 - rechtsgenügend abgeklärt und das anwendbare Recht gestützt auf die aus dem ermittelten Sachverhalt ergangenen Erkenntnisse korrekt angewendet wurde.

E. 4.1.1

Gemäss dem Urteil C-8198/2010 vom 25. September 2012 (IV 94) wurden in den zahlreich vorhandenen ärztlichen Unterlagen in psychisch-psychiatrischer Hinsicht eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2), eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: 33.1), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-33.2), vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale; ICD-10: 42.1), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10: F43), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: 43.1), eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), eine somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F45.9), eine Neurose, Kontaktanlässe mit Bezug auf bestimmte psychosoziale Umstände (ICD-10: Z64) sowie eine nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (ICD-10: F06.9) diagnostiziert. Weiter wurden in somatischer Hinsicht unter anderem die Diagnosen eines cervico-brachialen und lumbalen Schmerzsyndroms (ICD-10: M54.2 [Zervikalneuralgie] und M54.5 [Kreuzschmerz]), einer Hernia hiatalis oesophagei, einer Spondylarthrose, einer Angina pectoris, einer Kardiomyopathie, einer Herzinsuffizienz, einer Radiculopathie, eines Bluthochdrucks, einer chronischen Gastritis, einer hypotrophio musculorum extremitatis superioris sowie einer chronische Polyarthritits gestellt (vgl. C-8198/2010 E. 3.3.1 f.).

E. 4.1.2

Das Bundesverwaltungsgericht stellte in seinem Urteil bezüglich der festzustellenden Arbeits- beziehungsweise Erwerbs(un)fähigkeit der Beschwerdeführerin fest, dass die IVSTA im Wesentlichen auf die verschiedenen Beurteilungen der erwähnten psychiatrischen und somatischen (Fach)-Arztberichte aus Bosnien und Herzegowina durch Dr. F. _____ vom RAD Rhône abgestellt hatte (vgl. C-8198/2010 E. 3 f. und IV 48, 56, 63, 85, 91). Das Bundesverwaltungsgericht erwog, vorliegend sei weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht eine rechtsgenügende Expertise aktenkundig und darüber hinaus sei nicht eruierbar, über welche fachärztliche Qualifikation Dr. F. _____ verfüge, weshalb auf deren Beurteilungen nicht vorbehaltlos abgestellt werden könne und der Beizug entsprechend ausgebildeter Fachärzte unabdingbar sei. Es sei ausserdem aufgrund der Akten nicht möglich zu beurteilen, ob und wenn ja, für wie lange und in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin wegen ihrer somatischen und psychischen Beeinträchtigungen arbeits- respektive erwerbsunfähig gewesen war respektive sei (E. 3.2.1 ff.). Es erwog zudem weiter, dass im vorliegenden Fall zahlreiche physische und psychische Beeinträchtigungen zusammenwirkten, weshalb sich eine isolierte Betrachtung der somatischen und psychiatrischen Befunde nicht rechtfertigen lasse (E. 3.3.1 ff.). Im Wesentlichen aufgrund dieser Erwägungen hob das Bundesverwaltungsgericht die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache zur rechtsgenügenden Abklärung des

Sachverhalts und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurück.

E. 4.2

Im Nachgang zum Urteil vom 25. September 2012 hat die Beschwerdeführerin teilweise bereits aktenkundige und teilweise neue Beurteilungen und Verlaufsberichte ihrer behandelnden Ärzte eingereicht (IV 105 - 113). Neu sind acht Beurteilungen des seit Jahren (vgl. erster aktenkundiger Bericht vom 7. Dezember 2007, IV 34) behandelnden Dr. G._____, Neuropsychiater, Psychiatrische Klinik, Universitätsklinik Y._____, vom 27. Januar 2012 - 12. Februar 2013 (105.1 - 105.8 = 106 - 113). Er diagnostiziert darin eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F 33.2 am 27.01.2012, 28.03.2012, 30.05.2012, 19.07.2012, 20.09.2012), und im weiteren Verlauf eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F 33.3 am 21.11.2012, 18.01.2013 und 12.02.2013) sowie in allen Berichten eine somatoforme Störung (ICD-10 F 45.9).

E. 4.3.1

Die zweitägige Begutachtung vom 18. und 19. Juni 2013 bei der MEDAS C._____, (IV 118) bestand aus einer allgemeinmedizinischen Untersuchung durch Dr. H._____ (Facharzt Innere Medizin & Endokrinologie/Diabetologie FMH, Gutachter) mit Labor und medizinischer Bilddiagnostik (BWS und LWS a.p. seitlich stehend, Schwedenstatus rechte Schulter und AC-Gelenk a.p., beide Hände d.p. und Calcaneus beidseits seitlich, je am 19. Juni 2013); einem kardiologischen Teilgutachten (inkl. Echo-Dopplersonogramm vom 19. Juni 2013, Dr. I._____, Facharzt FMH für Kardiologie); einem rheumatologischen Konsilium (Dr. J._____, Facharzt FMH für Rheumatologie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM) und einer psychiatrischen Abklärung (Dr. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH). Vorab stand den Gutachtern das umfangreiche (medizinische und verfahrensrechtliche) IV-Dossier der Explorandin zur Verfügung (vgl. IV 114.1, 118 S. 2-8). Die Beschwerdeführerin brachte ausserdem zwei kardiologische Berichte vom 15. April 2013 und vom 3. Juni 2013 an die Begutachtung mit (vgl. IV 118 S. 28). Die Gutachter stellten als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41), mit leichter depressiver Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F 32.01) und chronifiziertem therapierefraktärem fibromyalgiformem Ganzkörperschmerzsyndrom ohne entsprechendes organisches Korrelat. Weiter führten sie als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, eine Nikotinabhängigkeit ICD-10 F 17.25 (gegenwärtiger Substanzgebrauch: 10 Zigaretten pro Tag, ca. 15 Pack pro Jahr) auf. Als Nebenfunde diagnostizierten sie unter anderem ein minimales Übergewicht, ein kleines Vorhofseptumaneurysma bei sonst normaler Echokardiographie, mit normaler Auswurfraction des linken Ventrikels von 74 %, Knick-Senk-Spreizfüsse, eine leichte Retikulozytose und mässige Thrombozytopenie, eine deutliche Hypopronteinämie, eine Hepatitis B-"Seronahe" (2010 entdeckt), einen Verdacht auf extrakardiale Thoraxschmerzen, bei wegen vorzeitigem Abbruch der Ergometrie (durch die Versicherte) nicht mit letzter Sicherheit auszuschliessender, aber sehr unwahrscheinlicher Koronaropathie, sowie Status nach (u.a.) 1992: Gastritis und Ulcus ventriculi (gastroskopisch), 1999: Panaritium rechter Daumen mit Lymphangitis am rechten Vorderarm, 2005: Unfallbedingte unklare Schwellung am linken Vorderarm (Lipom?),

2006: doppeltes Ulcus duodeni ("kissing ulcers"), 2007/2008: Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik, 2009: Operation eines retroaurikulären Atheroms links, und (2006, 2008 und 2010) jeweils tagesklinische Rehabilitationsaufenthalte (anamnestisch; vgl. IV 118 S. 18 f.).

E. 4.3.1.1

Dr. H._____, Facharzt für innere Medizin & Endokrinologie/Diabetologie FMH, der den Aktenauszug der Vorakten erstellte und die Explorandin am 18. Juni 2013 in allgemeinmedizinischer Hinsicht untersuchte, ermittelte drei Problemkreise, über die die Explorandin klagt. Die Hauptklage beruhe darin, dass sie "die Leute nicht mehr ertrage", was sich im Nachgang von Erbschaftsstreitigkeiten in ihrer Familie, vor allem mit ihrem Bruder, entwickelt habe und mit Schlafproblemen, Alpträumen und Ängsten äussere. Sie fühle sich depressiv und traurig. Weiter klagt sie über Herzbeschwerden, die aus heiterem Himmel entstünden und zu grosser Angst bis Todesangst führten, da beide Eltern an Herzproblemen verstorben seien. Weiter klagt die Explorandin über Nacken-Rücken- und Gelenkschmerzen, die seit mehr als zehn Jahren bestünden und in den letzten Jahren zugenommen hätten. Bei der körperlichen Untersuchung des Bewegungsapparats nahm er bei der Prüfung der Druck- und Klopfdolenz bei Druck ein künstlich wirkendes "Nachzucken" beziehungsweise eine gewisse Verdeutlichungstendenz wahr (IV 118 S. 1-15).

E. 4.3.1.2

Der Kardiologe Dr. I._____ äusserte sich in seinem Teilgutachten vom 26. Juni 2013 einleitend zu den spezialärztlichen Akten behandelnder Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie in Bosnien und Herzegowina (Dr. L._____, Dr. M._____ und Dr. N._____) aus den Jahren 2000, 2005 und 2006 sowie zu den mitgebrachten Berichten von Dr. O._____ vom 15. April 2013 und vom P._____ Center, Y._____, vom 3. Juni 2013. Er fand in der klinischen Untersuchung keine pathologischen kardiovaskulären Befunde, bei normalem Blutdruck. Im Ruhe-EKG gab es leichte unspezifische Erregungsrückbildungsstörungen. Bei der Belastungsprüfung habe die Explorandin nur 78 Watt geleistet, womit sie deutlich reduziert leistungsfähig sei, ohne Auftreten von subjektiven Beschwerden oder Rhythmusstörungen. Hinsichtlich einer koronaren Herzkrankheit sei der Test nicht diagnostisch. Im Echokardiogramm fänden sich normale Dimensionen der Herzhöhlen mit normaler linksventrikulärer Funktion ohne Hinweis für eine Motilitätsstörung beziehungsweise segmentale Veränderungen. Es finde sich ein kleines Vorhofseptumaneurysma ohne sicheren Shunt. Ferner bestünden leichte, nicht relevante Regurgitationen an der Mitral- und Tricuspidalklappe und kein Hinweis für eine pulmonal arterielle Hypertonie. Somit lasse sich aktuell kein pathologischer kardiovaskulärer Befund erheben, welcher eine Arbeitsunfähigkeit für leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeit erklären könne. Der Beruf als Köchin in einer modernen Küche müsse eher als leicht denn als mittelschwer belastend eingestuft werden. Die arterielle Hypertonie könne problemlos behandelt werden. Das Vorhofseptumaneurysma sei wohl vorhanden, habe jedoch keinen Einfluss auf die aktuelle Situation, bis anhin gebe es keine Anhaltspunkte, dass eine cerebrale Embolie aufgetreten wäre. Die Thoraxbeschwerden seien atypisch und das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit sei bei der erst 50-jährigen Frau, die erst zu Beginn der Menopause stehe und keine Hyperlipidämie oder Diabetes aufweise, eher unwahrscheinlich. Selbstverständlich sollte die Explorandin hinsichtlich der kardialen Langzeitprognose das Rauchen aufgeben und sich vermehrt körperlich aktivieren,

eine optimale Therapie der Depression sei wünschenswert. Die beiden genannten kardiologischen Beurteilungen vom 15. April 2013 und vom 3. Juni 2013 in ihrer Heimat hätten dieselben Ergebnisse hervorgebracht und würden keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Der Gutachter erachtete die Explorandin als zu 100 % arbeitsfähig als Köchin und in jeglicher Verweistätigkeit, welche leicht bis maximal mittelschwer sei. Was die Arbeitsfähigkeit im Haushalt angehe, sei auf Grund fehlender pathologischer kardialer Befunde nicht ersichtlich, weshalb ihr das Führen eines Vierpersonenhaushalts nicht zugemutet werden könne.

E. 4.3.1.3

Der Rheumatologe Dr. J. _____ diagnostizierte in seinem rheumatologischen Konsilium zusammenfassend eine organisch nicht begründbare, generalisierte Schmerzkrankheit ohne adäquates organisches Korrelat am Bewegungsapparat. Insbesondere schloss er eine Erkrankung aus dem entzündlich-rheumatologischen Formenkreis aus. Weiter konnte er relevante degenerative Veränderungen an Wirbelsäule und peripheren Gelenken klinisch und bildgebend nicht objektivieren und führte weiter aus, die leicht- bis höchstens mässiggradige Fehlstatik mit linkskonvexer Kyphoskoliose thorakal und lumbaler Hyperlordose erkläre das Beschwerdebild bei weitem nicht. Was die Arbeitsfähigkeit betreffe, finde er keine objektivierbaren Befunde, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hinsichtlich jeglicher Arbeit begründen würden. Er halte die Explorandin für die angestammte wie auch für jede anderweitige Tätigkeit ohne zeitliche oder leistungsmässige Einschränkung zu 100 % arbeitsfähig. Er empfiehlt eine aufbauende Konditionierung zur Verbesserung der muskulären Balance und zur Behebung der Dekonditionierung ein regelmässiges Aktivierungsprogramm, primär physiotherapeutisch angeleitet mit nachfolgender Langzeitdurchführung in eigener Regie. Von rheumatologischer Seite her bestehe keine Indikation für eine medikamentöse Behandlung (IV 118.40 f. Ziff. 5 ff.).

E. 4.3.1.4

Der Psychiater Dr. K. _____ hielt als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie eine leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01) fest. Weiter diagnostizierte er als Erkrankung ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.25). In seiner Beurteilung verweist er auf verschiedene belastende Ereignisse im Leben der Explorandin. Unter anderem sei die Explorandin zwar mit ihrem Ehemann und den beiden Kinder während dem Bosnienkrieg in der Schweiz gewesen, die anderen Angehörigen seien jedoch grösstenteils im Kriegsgebiet geblieben. Zudem bestehe mit dem Bruder ein langjähriger heftiger Streit. Am meisten belaste sie der Verlust der Aufenthalts- und Arbeitsbewilligung in der Schweiz, sodass sie in die wenig geliebte Heimat habe zurückkehren müssen, wo sie kaum Arbeit gefunden habe. Die Familie wohne in einem eigenen Haus, aber die finanziellen Mittel seien knapp. Dr. F. _____ äusserte sich weiter zu den umfangreichen Beurteilungen der behandelnden Psychiater in der Heimat der Beschwerdeführerin von 2006 - 2012, in welchen die Diagnosen psychosomatische Probleme, Somatisierungsstörung, psychosomatische Störung, Schmerzsyndrom sowie Fibromyalgie als rheumatologische Diagnose für chronische Schmerzen ohne adäquates somatisches Korrelat aufgeführt und beschrieben würden. Er legte die Unterschiede der Erkrankungen dieses Formenkreises dar und kam anhand seiner Erkenntnisse aus der Untersuchung und der Beschreibungen der

behandelnden Ärzte zum Schluss, in diesem Fall sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung wahrscheinlicher als eine nicht krankheitswertige Symptomausweitung. Weiter äusserte er sich zu den nicht deckungsgleichen Beurteilungen der behandelnden Psychiater (Diagnosen: Neurotische Störung, vor allem von anxio-depressivem Charakter oder schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome oder rezidivierende [schwere] depressive Episode ohne und zum Teil mit psychotischen Symptomen) oder rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode. Dr. G._____, der behandelnde Neuropsychiater, wiederum diagnostiziere jeweils eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode, ohne oder mit psychotischen Symptomen. Im Bericht vom 18. Januar 2013 schreibe er aber, der psychische Zustand habe sich etwas verbessert im Sinne einer schrittweisen Reduktion von Angst und Spannung sowie Verminderung der Depressivität, wenn auch ohne Besserung bezüglich der Willensanstrengung und Antrieb, und codiere dies mit einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen. Dr. Q._____ habe 2009 auch eine Anpassungsstörung diagnostiziert: diese sei aber zeitlich auf sechs Monate begrenzt und dürfe nicht für schwere Erkrankungen genannt werden; es habe als eine vorübergehende leichte Störung vorgelegen. Dies wecke Zweifel in der Beurteilung des Schweregrads der Depression (IV 118.48). Dr. K._____ äusserte sich weiter zu den Feststellungen aus seiner Untersuchung und kommt zum Schluss, dass vorliegend von einer chronischen (und nicht von einer rezidivierenden) Depression auszugehen sei, da keine Remissionen und spätere Rezidive dokumentiert seien. Eine chronische Depression zeige typischerweise gewisse Schwankungen im Schweregrad. Für die Beurteilung der anhaltenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei von einem durchschnittlichen Schweregrad auszugehen, das heisse hier von einer leichten bis mittelgradigen Depression; und zwar sei in Bezug auf die affektive Symptomatik von Dr. R._____ vom 14. November 2006 (IV 37) von einer deutlichen Verbesserung, und einer leichten Verbesserung verglichen mit dem Bericht der psychiatrischen Klinik Y._____ vom 10. Januar 2008 (IV 36 = 72), und einem in etwa unveränderten Gesundheitszustand verglichen mit dem Vorgutachten von Dr. Q._____ vom 24. Februar 2009 (IV 46) auszugehen, während ein Vergleich mit den Berichten von Dr. G._____ (vgl. Berichte vom 21. April 2009 bis 12. Februar 2013: IV 52, 61.1-4, 61.21 f., 61.25 f., 61.31 f.; 89.5, 89.8, 89.11-14, 106 - 113), wie diskutiert, nicht möglich sei. Allerdings sei das Bild weniger von einer depressiven, wenig veränderlichen Stimmung geprägt, als von einer grossen Verbitterung der Beschwerdeführerin über ihren Verlust der Aufenthaltsbewilligung und der Arbeitsstelle und die erzwungene Rückkehr in die Heimat, die sie als leidvoll und grau empfinde. Die Verbitterung selber könne nicht codiert werden. Da sich doch eine gewisse von den Schmerzen unterscheidbare depressive Symptomatik finde, könne die Diagnose einer leichten Depression gestellt werden, die auch die Verbitterung umfasse. Die Angstsymptomatik bilde Teil der Depression und sei nicht so ausgeprägt, dass eine eigene Diagnose gerechtfertigt wäre. Weiter fand der Gutachter keine Hinweise auf eine in der ICD-10 definierte Persönlichkeitsstörung (vgl. IV 118 S. 46 ff.). Zu den Auswirkungen der gesundheitlichen Störungen auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit führte er aus, die Explorandin könne sich subjektiv nicht vorstellen, mit ihren Schmerzen und der fehlenden Kraft wieder einer Arbeit nachzugehen. Grundsätzlich habe eine Depression nicht immer Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Eine leichte bis mittelschwere Depression könne durch die Konzentrationsstörungen, den Verlust an Antrieb, Interessen, Selbstvertrauen und an Durchhaltevermögen höchstens bei einer hochqualifizierten Arbeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % oder mehr bewirken. Die

bisherige Arbeit als Köchin und die aufgrund der Erfahrungen und Ausbildung in Frage kommenden Tätigkeiten stellten jedoch kaum Anforderungen einer solchen Arbeit. Die Depression könne die Leistungsfähigkeit vor allem durch die Konzentrationsstörungen, den Verlust an Antrieb, Interessen, Selbstvertrauen und an Durchhaltevermögen wenig einschränken. Hätte sie keine Schmerzen, würde aus therapeutischer Sicht auf eine Wiederaufnahme der Arbeit gedrängt, da dies Tagesstruktur, Bestätigung und Kontakte gebe, was die Heilung unterstütze. Im Haushalt habe die Depression hauptsächlich Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in den komplexeren Managementaufgaben. Die Schmerzstörung wirke sich vor allem durch die Konzentrationsstörungen, die Verlangsamung, die Schwankungen der Leistungsfähigkeit, die Schlafstörungen mit der erhöhten Tagesmüdigkeit und dem vermehrten Pausenbedarf auf die Arbeitsfähigkeit aus. Auch hier gelte, dass eine erfolgreiche und befriedigende Arbeit sich günstig auf den Gesundheitszustand auswirken würde, indem sie von den Schmerzen ablenke und auch die Schlafstörungen positiv beeinflussen würde. Im Moment könne die Explorandin aufgrund der psychischen Störungen zeitlich nur etwas eingeschränkt arbeiten, das heisse eine Präsenzzeit von 7,5 Stunden am Tag (90 %; vermehrter Pausen- und Erholungsbedarf) wäre möglich. Ihre Leistungsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht um etwa 20 % eingeschränkt. Zusammengefasst könne aus psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von etwa 25 % ausgegangen werden für die bisherige Tätigkeit als Köchin oder eine an ihre Schmerzen angepasste Tätigkeit. Im Haushalt sei sie vor allem bei komplexeren Aufgaben wie Administration, Planung und Einkäufen etwas eingeschränkt, vor allem durch Konzentrationsstörungen und Ermüdbarkeit. Diese Einschränkung betrage etwa 10 % (vgl. IV 118 S. 50 f.).

E. 4.3.2

Zusammenfassend schätzten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit der Explorandin für die angestammte Tätigkeit als Köchin auf 75 % der Norm, wofür die psychiatrischen Befunde die Grenzen setzten. Für alle anderen in Frage kommenden Verweistätigkeiten gelte ebenso das Gesagte zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, wogegen für den Haushalt die Arbeitsfähigkeit 90 % der Norm betrage. Als Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit empfahlen die Gutachter als medizinische Massnahmen die Weiterführung der Psychotherapie, Hilfe bei der Suche einer Beschäftigung, welche therapeutisch wirken würde (Tagesstruktur, Training), unter Vermeiden von körperlicher Schwerarbeit und Kälteexposition und eventuell die Erhöhung der Dosis von Sertalin (gemäss psychiatrischem Konsilium). Weiter empfahlen die Gutachter Physiotherapie zur aufbauenden Konditionierung der Muskulatur und zur Verbesserung der Balance (gemäss rheumatologischem Konsilium). Als berufliche Massnahmen wurde bei Motivation der Explorandin die schrittweise Wiedereingliederung in die Arbeitswelt durch die in Bosnien zuständigen Stellen empfohlen. Als mutmasslichen Beginn der reduzierten Arbeitsfähigkeit legten die Gutachter den 19. Juli 2013 (Datum der Schlussbesprechung) fest, da eine Rekonstruktion der Entwicklung anhand der spärlichen Daten unmöglich sei (IV 118 S. 19).

E. 4.4.1

Dr. D._____, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie FMH vom RAD Rhône stellte am 3. Oktober 2013 gestützt auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. K._____, in Berücksichtigung der weiteren Akten wie des Berichts von Dr. G._____, vom 12. Februar 2013 (IV 106) fest, dass das Gutachten sehr detailliert sei. Es berücksichtige ausführlich die subjektiven Beschwerden der Versicherten, verfüge über erhellende und

detaillierte objektive Beobachtungen der Beschwerdeführerin gemäss den Regeln der Kunst und man finde auch Erklärungen im Zusammenhang mit den Diagnosen. Das Gutachten entspreche einer guten medizinisch-rechtlichen Qualität. Es gebe keinen Grund, den Schlussfolgerungen des Gutachters nicht zu folgen. Er führte weiter aus, dass - auch wenn die Arbeitsunfähigkeit von 25 % in einer Erwerbstätigkeit (und von 10 % in der Haushaltstätigkeit) aus psychiatrischer Sicht ihn nicht überzeuge (es erscheine ihm, dass die Beschreibung keine Arbeitsunfähigkeit rechtfertige) - den Schlussfolgerungen des Experten zu folgen sei (vgl. IV 121.2 f.).

E. 4.4.2

Dr. E. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, zertifizierter Facharzt SIM vom RAD Rhône, führte zu Handen der IVSTA am 9. November 2013 abschliessend, gestützt auf das pluridisziplinäre Gutachten vom 23. August 2013, aus, in kardiologischer und rheumatologischer Hinsicht sei die Arbeitsfähigkeit der Versicherten für die Tätigkeit als Köchin uneingeschränkt, es bestehe nur eine Einschränkung für körperlich schwere Arbeiten. Aus psychischer Sicht sei dem Gutachter zu folgen, wonach von einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % im Allgemeinen und von 10 % bei der Tätigkeit im Haushalt auszugehen sei. Das Datum für den Beginn dieser Einschränkung sei schwierig festzulegen. Deshalb habe der Psychiater empfohlen, auf das Begutachtungsdatum abzustellen, das heisse spätestens auf den 19. Juni 2013 und frühestens drei Jahre früher (IV 121.4 ff.). Am 30. Oktober 2013 reichte Dr. E. _____ ergänzend seine Einschätzung der Invalidität im Haushalt zu den Akten, wobei er von einer jeweiligen 10 %-Einschränkung der verschiedenen Tätigkeiten im Haushalt ausging (IV 123.4).

E. 4.5

Weiter finden sich im Dossier folgende, von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichte Berichte.

E. 4.5.1

In psychiatrischer Hinsicht nahm Dr. G. _____ in seinen kurzen Kontrollberichten am 7. Juni 2013, am 24. Juli 2013, am 26. September 2013, am 23. Januar 2014, am 27. Februar 2014, am 13. März 2014 und am 30. Mai 2014 (B-act. 23.4, 23.2, 23.6, 23.8, 23.10, 23.14, 23.16) Stellung und stellte die Diagnosen ICD-10 F 33.3 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen) sowie ICD-10 F 45.9 (somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet). Er beschrieb in den verschiedenen Berichten die jeweils aktuelle Verfassung der Patientin, insbesondere, wenn sie ihn früher als innerhalb des vereinbarten Ein- respektive Zweimonatszyklus aufgesucht habe. Es wurde wiederholt Ängstlichkeit, ein depressiver Affekt, (Ein-)schlafprobleme mit Grübeln über das bisherige Leben und die soziale Situation, Zukunftsängste, Fixierung und Chronifizierung der Probleme, ein variabler psychischer Zustand mit häufigen Stimmungsabstürzen, einem instabilen psychischen Zustand, herabgesetzter Willenskraft, Interessensverlust, Ausweichen jeglicher Kommunikation und Rückzug beschrieben. Es wurde gleichzeitig festgehalten, dieser Zustand bestehe, obwohl die Patientin ihre Medikamente einnehme. In der Kontrolluntersuchung vom 9. Juli 2014 (B-act. 23.20) stellte Dr. G. _____ (neu) die Diagnosen ICD-10 F 33.2 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome) und unverändert ICD-10 F 45.9 (somatoforme Störung). Er führte darin aus, die Patientin sei bei der heutigen Untersuchung fixiert auf die somatischen Probleme, sie mache ständige

Schmerzen in den Gelenken geltend, die sie nur mit Mühe aushalten könne und die den psychischen Zustand belasteten. Sie klagte über Schlaflosigkeit, darüber, ängstlich und schlechter Stimmung zu sein, und fehlenden Willen. Gleichzeitig verwies er auf frühere Untersuchungen.

E. 4.5.2

Zur somatischen Situation reichte die Beschwerdeführerin einen (handschriftlich verfassten) Kurzbericht vom 13. März 2014 (B-act. 23.12) der Universitätsklinik Y._____, Klinik für innere Medizin (Name des unterzeichnenden Arztes unleserlich), ein, in der eine Polyarthrit (chr. rheumatica), eine Osteoarthritis generalisata, eine Osteoporose und kardiologische Probleme diagnostiziert wurden. Darin wurde festgestellt, dass die Patientin über Gelenkschmerzen, Typ degenerativer Rheumatismus, seit einigen Jahren klagte. Aktuell, seit einem Jahr, habe sie geschwollene kleine Gelenke der Hände und Füße und ein geschwollenes linkes Knie. Weiter wurden schwerwiegende degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und der Gelenke festgestellt. Im Dossier finden sich weiter Ergebnisse der Knochendichtemessungen vom 28. April 2014 (Lendenwirbelsäule und linker Hüftknochen) in der Universitätsklinik Y._____. (B-act. 13.1-4). In seinem Untersuchungsbericht mit Laborergebnissen vom 23. Juni 2014 (B-act. 23.18) beschrieb der Internist und Rheumatologe Dr. S._____, Y._____, Schmerzen am Bewegungsapparat und leichte Schwellungen des zweiten und dritten Fingers rechts und diagnostizierte eine chronische rheumatische Polyarthrit, eine Osteoarthritis generalisata, eine Periarthritis humeroscapularis rechts, eine Osteopenie, ein Zervicobrachialsyndrom und ein chronisches Lendenwirbelsyndrom.

E. 4.5.3

Dr. E._____ vom RAD Rhône nahm am 5. November 2014 nochmals Stellung. Aufgrund des Berichts des Internisten vom 26. Juni 2014 seien die Laborwerte in der Norm. Er beschreibe leichte Schwellungen der Finger, aber weder mit einem biologischen noch einem radiologischen Nachweis. Der Gesundheitszustand aus rheumatologischer Sicht habe keinen massgebenden ändernden Einfluss auf die frühere Beurteilung, in dem Sinne, dass die Arbeitskapazität ändern würde. Dasselbe gelte für die Berichte des Neuropsychiaters. Es gebe kein neues objektives medizinisches Element, das belegen würde, dass der psychische Zustand geändert hätte. Bezogen auf den Bericht vom 30. Mai 2014 werde eine depressive Symptomatik mit starker psychosomatischer Auswirkung beschrieben. Im Ergebnis sei anzunehmen, dass alle neuen Dokumente nicht geeignet seien, eine Änderung der Arbeitsfähigkeit in Bezug auf den Schlussrapport des RAD vom 30. Oktober 2013 zu rechtfertigen (B-act. 19a).

E. 5

Nachfolgend ist der Frage nachzugehen, ob und wenn ja, in welchem Mass der festgestellte und hiervor dargelegte Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin eine Invalidität bewirkt, in dem Sinne, als dass sich daraus ein Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente ergibt.

E. 5.1

Das Bundesverwaltungsgericht beanstandete im Urteil C-8198/2010 zum damals vorliegenden Sachverhalt unter anderem, eine isolierte Betrachtung der somatischen und psychischen Befunde bei der Beschwerdeführerin lasse sich nicht rechtfertigen, weshalb ein interdisziplinäres Gutachten einzuholen sei. Dieses Gutachten liegt nunmehr - wie in E. 4.3

ff. dargelegt wurde - vor.

E. 5.1.1

Einleitend ist festzuhalten, dass das Gutachten der MEDAS vom 18. und 19. Juni 2013 auf einer sehr ausführlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin beruht. Insbesondere in psychiatrischer Hinsicht ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Gutachter sich intensiv mit der Beschwerdeführerin und ihren Vorbringen zu ihrem gesundheitlichen Zustand und mit ihrer persönlichen Geschichte und Situation sowie ihrer Krankheit auseinandergesetzt hat. Auch in den Teilgutachten mit somatischen Fachrichtungen wurde auf die Explorandin eingegangen und sie konnte ihre Sicht und ihr Empfinden ihrer gesundheitlichen Situation einbringen. Die im Zeitpunkt der Begutachtung vorhandene umfangreiche Aktenlage aus Bosnien und Herzegowina wurde berücksichtigt (auch die Berichte, welche die Explorandin anlässlich der Begutachtung mitbrachte), wie auch die anlässlich der Begutachtung in der Schweiz erstellten neuen Abklärungen (Röntgen, Labor, etc.). Die körperlichen Untersuchungen durch die Gutachter sind umfangreich. Die Gutachter setzen sich ausführlich mit dem Zusammenspiel der festgestellten und geklagten Leiden auseinander und berücksichtigen das Zusammenwirken der psychischen und physischen Beeinträchtigungen. Insgesamt erweist sich das Gutachten in seinen zusammenfassenden Ergebnissen und in Berücksichtigung aller Teilgutachten - wie der RAD ausgeführt hatte - ohne weiteres als nachvollziehbar und plausibel. Es ist dem Gutachten deshalb volle Beweiskraft zuzuerkennen. Die von der Beurteilung der MEDAS-Gutachter (in Bezug auf die Diagnostik und Schwere der Beeinträchtigung) stark abweichenden beziehungsweise diesen widersprechenden (ohne weiterführende Begründungen) Kurzbeurteilungen der behandelnden Fachärzte in der Heimat der Beschwerdeführerin, welche im Begutachtungszeitpunkt vorlagen, vermögen die Schlussfolgerungen der MEDAS-Gutachter - welche den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und ihre damit noch verbundenen zumutbaren Möglichkeiten für die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit beziehungsweise der Haushaltstätigkeit ausführlich und umfangreich ermittelt haben - nicht umzustossen, zumal weder die Schweizer Sozialversicherungsbehörden noch die beurteilenden Schweizer Gerichte an die Beurteilung ausländischer Behörden gebunden sind und der Rentenanspruch anhand der vorliegenden Unterlagen zu beurteilen ist (oben E. 2.1, 3.5.1 ff.). Das Gutachten zeigt ein plausibles und nachvollziehbar klares Bild über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Juni/Juli 2013 und ihre vorhandenen Ressourcen sowie ihre verbleibende Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 4.3). Unter diesen Umständen ist vollumfänglich auf die Beurteilung der MEDAS-Gutachter abzustellen.

E. 5.1.2

Die Beschwerdeführerin verkennt mit ihrer Rüge, die Stellungnahme von Dr. E. _____ vom RAD Rhône beruhe nur auf einer (ungenügenden) allgemeinärztlichen Beurteilung und es seien alle fachärztlichen Beurteilungen zu berücksichtigen, dass die Begutachtung in der Schweiz am 18. und 19. Juni 2013 durch Fachärzte der Disziplinen Kardiologie, Rheumatologie, Psychiatrie und Innere Medizin & Endokrinologie/Diabetologie erstellt wurde, der genannte RAD-Bericht seine Ausführungen explizit auf die Folgerungen aus diesem Gutachten stützt und keine Zweifel in der Beurteilung aufkommen lässt. Dieser solchermassen verfasste Aktenbericht erweist sich - entsprechend der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (E. 3.5.5) - als voll beweiskräftig. Die Rüge der Beschwerdeführerin ist zudem insofern nicht nachvollziehbar, als dass sie an der Begutachtung teilnahm, der Sinn ihres Kommens im Rahmen der Begutachtung besprochen wurde und während der

Begutachtung auch eine Dolmetscherin zur Verfügung stand (vgl. IV 118 S. 9, 11). Daran ändert nichts, dass der Beschwerdeführerin das Gutachten von der Vorinstanz allenfalls nicht unaufgefordert übermittelt wurde.

E. 5.1.3

Was die von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichten (Kurz)beurteilungen betrifft (oben E. 4.5.1 f.), ist - in Übereinstimmung mit dem RAD (oben E. 4.5.3) - festzuhalten, dass aus diesen keine Hinweise ersichtlich sind, welche die Beurteilung der Gutachter in Frage stellen könnten. Was den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin betrifft, den Dr. G._____ je im Zeitraum vor dem Gutachten und danach bis im Juli 2014 dokumentiert, beschreiben die entsprechenden Berichte eine jahrelange Depression und eine somatoforme Schmerzstörung. Es wird darin über Jahre bestehend eine schwere rezidivierende Depression diagnostiziert beziehungsweise codiert. In Berücksichtigung der Beurteilung der Schweizer Gutachter, im Wesentlichen des Psychiaters Dr. K._____, der explizit auf die Beschreibungen von Dr. G._____ Bezug nimmt und diese abweichend beurteilt, erscheint indes der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin als nicht so schwerwiegend eingeschränkt, wie er von Dr. G._____ codiert wurde (siehe oben E. 4.3.1.4 S. 18 in fine und IV 118.48). Was den somatischen Teil der beiden nach der Begutachtung erstellten internistisch-rheumatologischen Berichte vom 13. März und 23. Juni 2014 betrifft, erweisen sich diese nicht als genügend begründet, als dass eine entsprechende Verschlechterung daraus ersichtlich wäre. Bezüglich der Diagnose einer chronischen rheumatischen Polyarthrititis ist festzustellen, dass diese Diagnose in den Akten aus Bosnien und Herzegowina schon zu früheren Zeitpunkten erscheint (vgl. Berichte der Dres. L._____/T._____ vom 6. November 1998 [IV 9.17 ff.], 11. Oktober 2000 [IV 9.15 f.] und 6. September 2004 [IV 14.1] sowie die Beschreibung von geschwollenen Finger- und Sprunggelenken in der Anamnese am 15. März 2006 [Praxis Dr. L._____, IV 8.1 ff.]). Demgegenüber wurde im Rahmen der MEDAS-Begutachtung eine Erkrankung aus dem entzündlich-rheumatologischen Formenkreis explizit und mit überzeugender Begründung ausgeschlossen (vgl. IV 118.40). Da im Übrigen die beiden Berichte von März und Juni 2014 stammen, das heisst nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2014 verfasst wurden, wäre eine für die Arbeitsfähigkeit massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ohnehin in einem neuen Verfahren zu beurteilen (siehe oben E. 2.3).

E. 5.2

Die MEDAS-Gutachter setzten den Beginn der festgestellten reduzierten Arbeitsunfähigkeit von 25 % in der bisherigen Tätigkeit als Köchin und andern in Frage kommenden Verweistätigkeiten sowie von 10 % im Haushalt auf den 19. Juli 2013, dem Datum ihrer Schlussbesprechung, fest.

E. 5.2.1

Der Psychiater Dr. K._____ führte zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus, aufgrund der Akten und der Anamnese könne keine genaue Aussage dazu gemacht werden, ob und wann der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und damit die Arbeitsfähigkeit sich verändert habe, sodass die aktuelle Einschätzung ab Untersuchungsdatum gelte. Es sei anzunehmen, dass sich der Gesundheitszustand seit ihrer Ausreise aus der Schweiz tendenziell leicht verschlechtert habe. Es sei nicht anzunehmen, dass die Arbeitsfähigkeit in

dieser Zeit für eine längere Periode mehr als 30% eingeschränkt gewesen sei (IV 118.52).

E. 5.2.2

Dr. E. _____ vom RAD führte im Nachgang zur MEDAS-Beurteilung zur Frage des Beginns der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus, der (begutachtende) Psychiater stütze sich als spätesten Zeitpunkt auf das Datum der Begutachtung (19. Juni 2013) und als frühesten Zeitpunkt auf drei Jahre früher ab. Zu berücksichtigen sei für die Einschränkungen der 19. Juni 2013 (IV 121.6).

E. 5.2.3

In Abweichung zur Beurteilung der Schweizer Gutachter hielten die zuständigen Ärzte der bosnisch-herzegowinischen Sozialversicherung bereits im Februar 2009 eine krankheitsbedingte Invalidität 1. Kategorie fest (IV 25.17 f. = 46 = 59.8 f.). Diese Beurteilung wurde im März 2010 bestätigt (IV 49.2 f.). Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend (zuletzt replikweise B-act. 13), es sei zu beachten, dass ihr Gesundheitszustand sich nicht verbessern, sondern nur verschlechtern könne.

E. 5.2.4

Die Beschwerdeführerin geht subjektiv von einer kontinuierlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands seit 2009 aus; die behandelnden Ärzte und die Sozialversicherung in Bosnien und Herzegowina haben der Beschwerdeführerin zudem eine Invalidität 1. Kategorie attestiert. Dennoch kann aus den Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschlossen werden, dass im Zeitraum zwischen der Anmeldung am 6. Juli 2009 und der Beurteilung durch die MEDAS-Gutachter am 19. Juli 2013 (bzw. der Teilbegutachtung durch den Psychiater am 19. Juni 2013) während mindestens eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch eine Einschränkung von mehr als 40 % der Arbeitsfähigkeit bestanden hätte. Dies ist einerseits daraus zu schliessen, dass die Gutachter im Jahre 2013 nur von einer massgeblichen Einschränkung in psychischer Hinsicht - mit Auswirkung auf das körperliche Schmerzempfinden (somatoforme Schmerzstörung) - ausgehen und in körperlicher Hinsicht, abgesehen von der psychisch bedingten Schmerzstörung ohne entsprechendes organisches Korrelat, keine somatischen Einschränkungen beziehungsweise Erkrankungen feststellen konnten (weder in rheumatischer noch in kardiologischer Hinsicht). Zum Begutachtungszeitpunkt wurde - wie oben dargelegt - keine rentenbegründende Invalidität festgestellt. Ausserdem ergeben sich - bis zum hier massgeblichen Zeitpunkt am 27. Januar 2014 (Verfügungszeitpunkt, siehe oben E. 2.3) - auch keine Anzeichen für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung durch die MEDAS im Juni 2013, in dem Sinne, dass sich der Gesundheitszustand in einem Mass verschlechtert hätte, dass ein Leistungsanspruch der Invalidenversicherung entstanden wäre (siehe hierzu auch hiervor E. 5.1.3 in fine). Es ist demnach für den in Frage stehenden Zeitraum höchstens von der von den Gutachtern geschätzten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 25 % in der bisherigen Tätigkeit als Köchin beziehungsweise einer entsprechenden leichten bis mittelschweren Verweistätigkeit sowie einer Einschränkung von 10 % im Haushalt ab Juni 2013 auszugehen.

E. 5.3

Das Bundesverwaltungsgericht beanstandete in C-8198/2010 ausserdem, dass die Vorinstanz ohne weitere Abklärungen von einem Statuswechsel der Beschwerdeführerin ausgegangen sei, obwohl sie in der Schweiz als Küchenhilfe und Alleinköchin gearbeitet

habe.

E. 5.3.1

Die IVSTA übermittelte der Beschwerdeführerin im Nachgang zum Urteil C-8198/2010 je einen Fragebogen zur versicherten Person, zu den Arbeits- und Lohnverhältnissen von Unselbständigerwerbenden (auszufüllen durch den Arbeitgeber) und für im Haushalt tätige Versicherte (IV 100). Die Beschwerdeführerin schickte die Fragebögen für den Versicherten und für im Haushalt tätige Versicherte (teilweise) ausgefüllt, den Fragebogen für den Arbeitgeber über die Arbeits- und Lohnverhältnisse von Unselbständigerwerbenden leer zurück. Sie führte darin sinngemäss aus, sie sei, seit sie aus der Schweiz in die Heimat zurückgekehrt sei, weder selbständig noch unselbständig erwerbstätig gewesen (IV 104.1 ff.). Im Rahmen der allgemeinmedizinischen Begutachtung am 18. Juni 2013 gab sie an, die Haushaltsarbeit werde hälftig geteilt, die eine Hälfte von den Töchtern erledigt, die andere zu je etwa 25 % von ihr und ihrem Ehemann. Zur Frage der Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit gab sie an, sie hätte zwar Lust, hier und da wieder zu kochen, habe aber feststellen müssen, dass es einfach nicht mehr gehe, insbesondere nicht unter Druck. Alternativ sähe sie sich höchstens in einer kleinen, im Sitzen getätigten Arbeit, sie wäre dafür zu haben, eine solche zu probieren, die 25 % Haushaltarbeit könne sie weiterhin bewältigen (IV 118.10 f.).

E. 5.3.2

Gemäss den Akten ist die Beschwerdeführerin im Jahr 1998 nach Bosnien und Herzegowina zurückgekehrt und hat gemäss übereinstimmenden Aktenangaben seither den Haushalt geführt, soweit es ihr nach ihren Angaben und mit Hilfe der Familienmitglieder gesundheitlich möglich war. In der Schweiz war sie an verschiedenen Stellen, zuerst als Küchenhilfe und später als Alleinköchin tätig. Zuletzt war sie in Teilzeitarbeit angestellt, kochte an den Freitagen des angestellten Hauptkochs und machte dessen Ferienvertretung (IV 102.22 ff.). Den Akten ist weiter zu entnehmen, dass sie vor ihrer Rückkehr nach Bosnien und Herzegowina ab November 1997 vollumfänglich krankgeschrieben war und ihre Arbeit nicht wieder aufnahm (IV 102.4, 102.24 f.).

E. 5.3.3

Ihren Antrag auf Leistungen der Schweizer Invalidenversicherung hat die Beschwerdeführerin im Juli 2009 gestellt (oben Bst. A.a), das heisst mehr als zehn Jahre nach ihrer Rückkehr nach Bosnien und Herzegowina im Jahr 1998. Gemäss ihren Angaben war sie in dieser Zeit nur im Haushalt tätig (IV 24.15, 104.1 ff.). Es finden sich in den Akten zwar Hinweise dazu, dass bereits bei der Rückkehr der Beschwerdeführerin in ihre Heimat jedenfalls temporäre gesundheitliche Einschränkungen orthopädisch-rheumatologischer Natur (Nacken-Halswirbelsäule, Schwäche des rechten Arms) vorlagen (vgl. IV 102.1 ff., 9.17 ff. = 18.18 f.). Dass diese Einschränkungen indessen verhindert haben, dass die Beschwerdeführerin in Bosnien und Herzegowina keine (Teilzeit)-Tätigkeit mehr aufgenommen hat, geht aus den Akten nicht ohne weiteres hervor.

E. 5.3.4

In Anbetracht dessen, dass die MEDAS-Gutachter sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Köchin als auch in einer vergleichbaren leichten bis mittelschweren Verweistätigkeit sowie der Tätigkeit im Haushalt (siehe oben E. 5.2) auf eine rentenausschliessende verbleibende Arbeitsfähigkeit schliessen, kann in antizipierter Beweiswürdigung (siehe oben E. 2.6 in fine) auf weitere Erörterungen zum Status der Beschwerdeführerin verzichtet werden, da

vorliegend - wie bereits ausführlich dargelegt wurde - keine invaliditätsrelevante gesundheitliche Einschränkung - weder als Erwerbstätige noch als Nichterwerbstätige im Aufgabenbereich (siehe oben E. 3.4 ff.) - vorliegt. Die Berechnung ihres Invaliditätsgrads nach der spezifischen Methode mit einer Einschränkung von zirka 10 % durch die Vorinstanz (beziehungsweise den RAD, IV 121.6), gestützt auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung der MEDAS-Gutachter (vgl. IV 118.51 [Einschränkung bei komplexeren Aufgaben wie Administration, Planung und Einkäufen]) ist demnach - über zehn Jahre nach ihrem Wechsel von einer beruflichen Tätigkeit in den Aufgabenbereich - nicht zu beanstanden, zumal - in Berücksichtigung einer geschätzten 25 %-igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in ihrem erlernten Beruf als Köchin oder einer anderen vergleichbaren Verweistätigkeit (vgl. IV 118.19) - nicht von einem massgeblichen IV-Grad von mindestens 50 % ausgegangen werden kann.

E. 5.4

Soweit die Beschwerdeführerin im Übrigen unter Bezugnahme auf das Diskriminierungsverbot gemäss Art. 8 Abs. 1 BV rügt, sie werde als Staatsangehörige von Bosnien und Herzegowina mit Wohnsitz im Heimatland diskriminiert, indem keine Renten mit einem IV-Grad von weniger als 50 % ausbezahlt würden, ist darauf zu verweisen, dass es sich bei der besonderen Anspruchsvoraussetzung in Art. 29 Abs. 4 IVG um eine Bestimmung auf formeller Gesetzesstufe handelt (siehe oben E. 3.3). Da vorliegend kein IV-Grad von mindestens 40 % festgestellt wurde, und die Beschwerdeführerin deshalb auch mit Wohnsitz in der Schweiz keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hätte, erweist sich die Rüge der Verletzung von Art. 8 Abs. 1 BV nicht als massgeblich.

E. 6

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin im zu beurteilenden Zeitraum trotz gutachterlich festgestellten Einschränkungen insbesondere in psychischer Hinsicht mit Auswirkungen auf ihre somatisch empfundenen Beschwerden nicht massgebend, das heisst nicht mindestens zu 40 %, invalid war beziehungsweise ist. Die Beurteilung der Vorinstanz ist nicht zu beanstanden. Insbesondere wurde der Sachverhalt zur hier interessierenden Frage der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im massgebenden Zeitraum rechtsgenügend abgeklärt und besteht - entgegen dem Antrag der Beschwerdeführerin auf Erstellung eines weiteren fachärztlichen Gutachtens - keine Notwendigkeit dafür, ein solches einzuholen. Die Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet und ist demzufolge abzuweisen.

E. 7

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 7.1

Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 400.- sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Sie werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

E. 7.2

Der Beschwerdeführerin ist bei diesem Ausgang des Verfahrens keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 VwVG und Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2] e contrario). Die IVSTA hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7

Abs. 3 VGKE).

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