

# **BVGer C-2544/2018 vom 29. Januar 2019**

Bundesverwaltungsgericht, 2019-01-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2544\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2544_2018)

FR: TAF C-2544/2018 du 29 janvier 2019

IT: TAF C-2544/2018 del 29 gennaio 2019

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem die Beschwerdeführerin den ihr auferlegten Kostenvorschuss fristgerecht überwiesen hat (BVGer act. 12), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 Bst. a ATSG).

### **E. 2**

Zuständig zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen von Grenzgängern ist die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland erlassen (Art. 40 Abs. 2 IVV). Die Beschwerdeführerin wohnte im Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit und der IV-Anmeldung in (...) (DE), wo sie heute noch lebt, und war als Grenzgängerin in den Kantonen M. \_\_\_\_\_ und B. \_\_\_\_\_ erwerbstätig (act. 27, S. 1; act. 49, S. 32). Die Zuständigkeit der IV-Stelle zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung sowie der Vorinstanz zum Erlass der Verfügung ist dementsprechend gegeben.

### **E. 3**

Streitig und zu prüfen ist der Renten- und Eingliederungsanspruch der Beschwerdeführerin. Zunächst sind im Folgenden die gesetzlichen Grundlagen sowie massgebenden Grundsätze der Rechtsprechung darzulegen.

#### **E. 3.1**

Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich auch im Anwendungsbereich des FZA (SR 0.142.112.681) und der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; bzw. bis 31. März 2012 Verordnung [EWG] Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971) sowie (EG) Nr.

987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11) nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 mit Hinweisen; Basile Cardinaux, § 7 Beweiserhebung im Ausland, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 281 Rz. 7.23; Urteile des BVGer C-2816/2014 vom 12. Februar 2016 E. 2.1 und C-5263/2014 vom 6. Juli 2016 E. 2, je mit Hinweisen).

### **E. 3.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität 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 Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7.3). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

### **E. 3.3**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU/EFTA und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU/EFTA Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

#### **E. 3.4.1**

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, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind

die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2).

#### **E. 3.4.2**

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 352 E. 3a).

#### **E. 3.4.3**

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG nicht erfasst werden, weshalb die in dieser Norm enthaltenen Verfahrensregeln bei der Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung entfalten (BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258 ff.; Urteil des BGer 8C\_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist nach der Rechtsprechung mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219 f.). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte gehören - kann bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit nicht abgestellt werden (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; Urteil des BGer 8C\_839/2016 vom 12. April 2017 E. 3.2).

#### **E. 3.5**

In einem am 3. Juni 2015 ergangenen Grundsatzentscheid (BGE 141 V 281) hat das Bundesgericht seine langjährige Praxis zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. dazu die Übersicht im Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, KSIH [gültig ab 1. Januar 2015], Rz. 1017.4 1/14) einer eingehenden Prüfung unterzogen und in wesentlichen Teilen geändert. Danach gilt insbesondere die Überwindbarkeitsvermutung im Sinne der bisherigen Schmerz- und Überwindbarkeitspraxis (vgl. dazu BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352) nicht mehr. Die Frage, ob ein psychosomatisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, stellt sich nun nicht mehr im Hinblick auf die Widerlegung der Ausgangsvermutung. Anhand eines Katalogs von Indikatoren erfolgt neu vielmehr eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer

Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.5 und 3.6). Das bisherige Regel-Ausnahmemodell (Überwindbarkeitsvermutung; BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50) soll demnach in Weiterführung der Rechtsprechung (BGE 139 V 547) durch ein sogenanntes (durch Indikatoren) strukturiertes Beweisverfahren ersetzt werden. Unter dem Aspekt des funktionellen Schweregrades sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz und Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsstruktur, Persönlichkeitsentwicklung und -störungen, persönliche Ressourcen) und "Sozialer Kontext" (Abgrenzung psychosozialer und soziokultureller Faktoren einerseits und Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds andererseits) zu prüfen. Die auf diesem "Grundgerüst" beruhenden Folgerungen müssen schliesslich einer Konsistenzprüfung standhalten, welche einerseits die Teilfragen der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereich und andererseits den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck umfasst (BGE 141 V 281 E. 4.1.3; vgl. dazu auch Jörg Jeger, Die neue Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern, in: Jusletter vom 13. Juli 2015, Rz. 30 ff.; Thomas Gächter/Michael E. Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter 29. Juni 2015, Rz. 32 ff.).

### **E. 3.6**

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach dieser Entscheidung verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6). In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8).

### **E. 3.7**

In einem EU-Staat wohnhafte Versicherte können aus dem FZA keinen (unbedingten) Anspruch ableiten, in der Schweiz begutachtet zu werden; eine Entscheidung kann grundsätzlich auf im Wohnsitzstaat gefertigte ärztliche Berichte abgestützt werden. Gleichzeitig besteht keine Regel, wonach abschliessend auf im Wohnsitzstaat ausgefertigte ärztliche Berichte abzustellen wäre. Da sich der Leistungsanspruch nach dem materiellen Recht des Vertragsstaats bestimmt, leitet sich auch aus dem einzelstaatlichen Recht ab, welche Fragen der ärztlichen Klärung bedürfen, welche Anforderungen an den Nachweis des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts gestellt werden und mit welchen Mitteln dieser Nachweis geführt wird (Urteil des BGer 9C\_952/2011 vom 7. November 2012 E. 2.4). Es ist mithin nicht von vornherein unzulässig, einzig auf im Wohnsitzstaat des Versicherten erstellte ärztliche Berichte abzustellen (Urteile des BGer 9C\_818/2013 vom 24. Februar 2014 E. 4.1.2 und 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 5.1).

## **E. 4**

Nachfolgend ist vorab zu prüfen, ob die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG rechtsgenügend nachgekommen ist.

### **E. 4.1**

Im Hinblick auf die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 16. März 2018 liegen insbesondere die folgenden medizinischen Stellungnahmen und Arztberichte vor: -Als Folge einer diagnostizierten Zervicobrachialgie (bei Steilstellung) sowie einer beginnenden Spondylarthrose der Halswirbelsäule und chronischen Schmerzen attestierte med. pract. N.\_\_\_\_\_ für die Zeit vom 24. September 2012 bis 7. Januar 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (act. 13, S. 41 und S. 69 - 73). -Mit Bericht vom 6. August 2013 hielt med. pract. N.\_\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin klage weiter über Schmerzen im rechten Handgelenksbereich sowie im rechten Unterarm, vor allem bei Bewegungen und Belastungen. Sie sei bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (act. 13, S. 51). -Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Neurologie FMH, kam in einem zuhänden der Unfallversicherung (C.\_\_\_\_\_) erstellten Konsiliarbericht vom 29. August 2013 zum Schluss, dass sich die Beschwerdeführerin bei einem nicht näher bekannten Unfall in der Kindheit eine Schädigung des Medianusnerven am distalen Unterarm zugezogen habe. Aufgrund der postoperativ dokumentierten neurologischen Ausfälle mit neu aufgetretenen neurogenen Schmerzen mit Berührungsalloodynie, leichter Parese der Daumenopposition mit feinmotorischen Defiziten, sei die von den behandelnden Ärzten attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar. Weitere neurologische Eingriffe seien nicht geplant. Auf konservativem Gebiet seien die therapeutischen Möglichkeiten aus neurologischer Sicht bei Weitem noch nicht ausgeschöpft, und ein Endzustand sei noch nicht erreicht. Im Speziellen sei zu einer intensiven ambulanten ergotherapeutischen Behandlung, ergänzt durch eine neuropathisch ausgerichtete Schmerzmedikation, zu raten. Das Ergebnis der Behandlung sollte anhand von differenzierten Verlaufsberichten (Ergo- und Schmerztherapie) in drei Monaten überprüft werden. Danach wäre über die weitere berufliche Zumutbarkeit, allenfalls ergänzt durch eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL), zu entscheiden (act. 13, S. 1 - 8). -Mit Bericht vom 14. Dezember 2013 führte Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Oberärztin Chirurgie/Handchirurgie am Kreiskrankenhaus P.\_\_\_\_\_/DE, aus, die Beschwerdeführerin habe sich mit einem symptomatischen Karpaltunnelsyndrom an der rechten Hand vorgestellt und klage über Kribbelparästhesien und nächtliche Schmerzen. Neurologisch sei eine verlängerte distale motorische Latenz des Nervus medianus nachgewiesen. Sie habe mit der Patientin die Karpalbandspaltung und Neurolyse des grossen Nervus medianus besprochen. Die festgestellten Narben am palmaren Handgelenk seien auf eine Verletzung im Kindesalter zurückzuführen. Der vorgesehene operative Eingriff (offene Revision) werde am 3. April 2013 durchgeführt (act. 12, S. 7). -Dr. med. O.\_\_\_\_\_ hielt mit Bericht vom 3. April 2013 insbesondere fest, es sei gleichentags eine offene Revision des Nervus medianus durchgeführt worden, wobei das Karpalband gespalten worden sei. Es sei ein grosses Neurom (überschiessende knotenförmige Regeneration, vor allem untergeordnete Aussprossung von Axonen in eine bindegewebige Narbe, nach Durchtrennung eines peripheren Nervs; Pschyrembel, a.a.O., S. 1458) des Nervus medianus vorgefunden worden, welches wahrscheinlich durch die Schnittverletzung im Alter von neun Jahren verursacht worden sei. Es sei eine ausführliche Neurolyse des Nervus medianus

durchgeführt worden (act. 12, S. 3 - 5). -Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Handchirurgie und Chirurgie der peripheren Nerven FMH, führte mit Bericht vom 13. Januar 2014 aus, es seien ein deutliches Neuroma in Continuitatem mit positivem Tinelzeichen bei traubengrosser Weichteilschwellung proximal des beugeseitigen Handgelenks sowie eine deutliche Berührungshypästhesie des Nervus medianus in den Bereichen Daumen und Zeigefinger, weniger im Mittelfinger, zu befunden. Die Spitz-Stumpf-Diskrimination und Zweipunkte-Diskrimination seien deutlich pathologisch. Es bestehe eine deutliche Allodynie auf Höhe des Neuroms mit Ausbreitung bis zur Hohlhand. Die Fingergelenksbeweglichkeit sei uneingeschränkt. Es bestehe eine Atrophie und Parese des Abduktor pollicis brevis. Die Beschwerdeführerin sei bezüglich des Neuroms schwer beeinträchtigt. Trotzdem könne er den Entscheid der Beschwerdeführerin, vorerst keine operative Behandlung durchführen zu lassen, verstehen (act. 34, S. 7). -Mit Bericht vom 24. April 2014 führte RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ aus, aufgrund der Aktenlage scheine ein medizinischer Endzustand noch nicht erreicht zu sein. Erst wenn alle medizinisch-therapeutischen Massnahmen ausgeschöpft und beendet worden seien, könnten allenfalls noch weitere Abklärungen zur Objektivierung der Arbeitsfähigkeit sinnvoll durchgeführt werden (act. 36, S. 1 - 4). -In einem weiteren Bericht vom 9. Mai 2014 kam Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ zum Schluss, dass das Ausüben einer leichten manuellen Tätigkeit unter Gewährleistung von regelmässigen Pausen und Vermeiden von Spitzenbelastungen für ein Pensum von mindestens 50 % zumutbar sei (act. 38, S. 3 - 5). -Dr. med. R. \_\_\_\_\_ führte mit Bericht vom 23. Juni 2014 insbesondere aus, es bestehe seit längerer Zeit ein neuropathisches Schmerzsyndrom bei Status nach Verletzung des Nervus medianus und Neurolyse-Operation unter Belassung des Neurinoms. Aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms und der ausgeprägten schmerzbedingten Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand sei die Arbeit als Coiffeuse nicht mehr möglich (act. 45, S. 1 - 6). -Mit neurologisch-rheumatologischem Gutachten vom 30. Juni 2015 (act. 56) hielten Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Neuropathie (Erkrankung peripherer Nerven; Pschyrembel, a.a.O., S. 1458) des Nervus medianus im Karpaltunnelbereich (ICD-10 G 64.1, G 56.0, G 56.1), bei Schnittverletzung mit Neurinombildung (im Alter von 9 Jahren) mit residueller Hypästhesie radialeseits, Neurolyse des Nervus medianus und Eröffnung der Neurinomkapsel (03.04.2013), postoperativ aufgetretenen neuropathischen Schmerzen im Bereich Handgelenk/Finger sowie leichtem myofaszialen Schmerzsyndrom im Handgelenk-/Ellenbogenbereich rechts, Parese Grad III des Musculus abductor pollicis sowie opponens pollicis mit Atrophie, fest. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter eine Fibromyalgie (ICD-10 M79.7), einen Status nach Hysterektomie und Gelegenheits-Appendektomie 2010, Übergewicht sowie eine Hyperopie (Weitsichtigkeit; Pschyrembel, a.a.O., S. 945), fest (Gutachten, S. 8 und 14). In ihrer Konsensbesprechung kamen sie zum Schluss, dass es im Anschluss an den operativen Eingriff vom 3. April 2013 zu vermehrten neuropathischen Schmerzen gekommen sei. Das seit 28 Jahren bestehende Fibromyalgie-Syndrom habe die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bisher nicht beeinträchtigt. Es scheine ein mildes Fibromyalgie-Syndrom vorzuliegen, welches durch die robuste psychische Konstellation der Beschwerdeführerin habe kompensiert werden können. Es seien ferner keine Anzeichen für eine Schmerzausweitung, Aggravation oder Simulation erkennbar. Aus rheumatologischer Sicht bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr für die angestammte Tätigkeit als Coiffeuse; jedoch bestehe für eine Verweistätigkeit unter Vermeidung belastender grober und feinmotorischer Tätigkeiten

sowie Traglasten im Bereich der rechten Hand eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Aus neurologischer Sicht bestehe seit der Operation vom 3. April 2013 keine Arbeitsfähigkeit mehr in der angestammten Tätigkeit. Auch in jeglicher anderen Tätigkeit mit erhöhten Anforderungen an die Fein- und Grobmotorik der rechten Hand bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Bei einer angepassten Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Als angepasst sei eine Tätigkeit zu definieren, bei welcher die rechte Hand nur als Hilfsband mitverwendet werden müsse, ohne dass diese Objekte ergreifen müsse (Gutachten, S. 16 f.). -Dr. med. S.\_\_\_\_\_, Neurologie FMH, führte mit Bericht vom 20. Oktober 2015 aus, die Beschwerdeführerin leide bereits jetzt, ohne Ausübung einer beruflichen Tätigkeit, unter Überlastungszeichen im linken Arm. Die schwere Medianus-Neuropathie in der rechten Hand sei unbestritten, und eine namhafte Besserung sei weder unter konservativer Therapie noch unter operativer Behandlung sehr unwahrscheinlich (recte wohl: wahrscheinlich). Die Schlussfolgerung im bidisziplinären Gutachten, wonach die Beschwerdeführerin mit der linken Hand uneingeschränkt arbeiten und die rechte Hand als "Hilfsband" gebrauchen könne, basiere auf rein medizinisch-theoretischen Überlegungen und sei im Alltag praktisch nicht umsetzbar (act. 74, S. 11). -RAD-Ärztin Dr. med. T.\_\_\_\_\_, hielt mit Stellungnahme vom 18. November 2015 fest, dass der von der Beschwerdeführerin eingereichte Bericht von Dr. med. S.\_\_\_\_\_, nicht geeignet sei, die gutachterliche Beurteilung in Zweifel zu ziehen (act. 76, S. 1 - 5). -Mit BEFAS-Bericht vom 21. April 2016 hielten die verantwortlichen Spezialisten fest, die Beschwerdeführerin habe bei der Palpation am rechten Handgelenk über einen elektrisierenden, nach proximal ausstrahlenden Schmerz gesprochen, welcher nach der Palpation wieder weg gewesen sei. Die von der Beschwerdeführerin angegebene Schwellung des rechten Handgelenks sei nicht objektivierbar gewesen. Die Ressourcen der Beschwerdeführerin lägen gemäss Abklärungsergebnissen auf der manuell-praktischen Seite. Solche Arbeiten habe sie spontan einhändig erledigt. Sie habe generell so verlangsamt gearbeitet, dass sie ein einziges Mal eine Leistung von 46 % über eine Stunde erreicht habe. Im Übrigen sei sie weit unter dem freiwirtschaftlich verwertbaren Durchschnitt geblieben. Sie sehe sich nicht mehr wirklich als arbeitsfähig. Einen auswärtigen Arbeitsversuch in Hauswirtschaft habe sie nach einem halben Tag aus emotionalen Gründen abgebrochen, da zum Teil behinderte Personen anwesend gewesen seien. Auch die beim Arbeitsversuch manifest gewordenen Belastungsbeschwerden an der linken Hand seien für den Abbruch des Versuchs verantwortlich gewesen. Insgesamt könne die Beschwerdeführerin einfache serielle manuelle Arbeiten mit der rechten Hand als Hilfsband in einem Ganztagespensum durchführen. Die bei den Arbeitserprobungen gemessenen unterdurchschnittlichen Leistungen könnten somatisch nicht hinreichend plausibel erklärt werden. Medizinisch-theoretisch sei nach einer Übungsphase für die genannten Arbeiten von einer für einhändig manuell arbeitenden Person normalen Leistung, das heisst von 80 % einer bimanuell erreichten Leistung derselben Arbeit, auszugehen (act. 98). -PD Dr. med. U.\_\_\_\_\_, Chefarzt Innere Medizin/Rheumatologie an der V.\_\_\_\_\_-Klinik ([...]/DE), diagnostizierte mit Bericht vom 25. April 2016 Polyarthralgien (zahlreiche Gelenkschmerzen; Psyhyrembel, a.a.O., S. 166), am ehesten bei beginnendem Fibromyalgie-Syndrom, und ein degeneratives Lumbalsyndrom. Gestützt auf eine klinische Untersuchung und das Ergebnis der durchgeführten bildgebenden Verfahren kam er zum Schluss, dass kein sicherer Hinweis für eine entzündlich-rheumatische Erkrankung bestehe. Die angegebene Symptomatik sei am ehesten im Rahmen eines Fibromyalgie-Syndroms zu sehen. Die lumbale Schmerzsymptomatik sei wohl degenerativer Natur. Radiologisch zeige

sich eine diskrete Skoliose und an der HWS eine Steilstellung. Therapeutisch sei eine ambulante Physiotherapie sowie die phasenweise Einnahme von nicht steroidalen Antirheumatika zu empfehlen (act. 101, S. 1 - 7). -Im Rahmen einer neurologischen Verlaufskontrolle hielt Dr. med. S. \_\_\_\_\_ mit Bericht vom 1. November 2016 fest, bei deutlicher Druckdolenz an den Sehnenansatzteilen sei primär von einer funktionellen Überlastung des linken Arms auszugehen. Diesbezüglich würde er primär eine Physiotherapie, bei Beschwerdepersistenz eine Magnetresonanztomographie (MRI), empfehlen (act. 121, S. 2). -Dr. med. W. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie und Nuklearmedizin, hielt mit Bericht vom 19. Oktober 2016 fest, dass nach durchgeführter Kernspintomografie leichte, beginnende degenerative Veränderungen HWK 5/6 und eine Steilhaltung der HWS zu diagnostizieren seien. Als Ursachen für die Beschwerden im Bereich des linken Armes bestehe kein morphologisches Korrelat im Bereich der HWS (act. 123, S. 2). -Dr. med. X. \_\_\_\_\_, Rheumatologie FMH/Innere Manuelle Medizin SAMM, diagnostizierte mit Bericht vom 11. Januar 2017 eine Epicondylitis humeri lateralis (abakterielle Entzündungsreaktion der sehnigen Muskelursprünge am Knochenfortsatz des Oberarmgelenkkopfes; Pschyrembel, a.a.O., S. 606 und S. 925) links, einen Status nach Neurolyse Nervus medianus rechts (03.04.2013) mit persistierendem neuropathischem Schmerzsyndrom, ein Neurom beim Nervus medianus rechts sowie (anamnestisch) eine Fibromyalgie. In ihrer Beurteilung führte sie aus, die Beschwerdeführerin habe sich bei belastungsinduzierter Epicondylitis lateralis links, infolge einer eingeschränkten Belastbarkeit des postoperativ gestörten rechten Armes sowie einer inkompletten Schulterblattanbindung links bei ihr vorgestellt. Vor diesem Hintergrund habe sie physiotherapeutische Massnahmen zur Detonisation der entsprechenden Muskelgruppen sowie Schmerzprophylaxe mittels Optimierung der Schulteranbindung empfohlen. Mit Blick auf die bestehende Neigung der Patientin zur Generalisierung von Schmerzen im Sinne der Fibromyalgie und der Angabe zusätzlicher Belastungsfaktoren, wie laufendes IV-Verfahren, Tod der Mutter vor 3 Monaten, habe sie psychologische Verfahren der Schmerztherapie sowie eine schmerzdistanzierende antidepressive Medikation mittels Saroten empfohlen (act. 136, S. 2 f.). -RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ kam mit Stellungnahme vom 26. April 2017 zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin weiterhin myotendinotische Beschwerden, zuletzt vermehrt im Schulter-Nacken-Bereich, lumbal sowie im Bereich des linken Ellenbogens, beklage. Bis auf die muskuläre Verspannung der Schulter-Nackenregion und lumbal im März 2016 sowie druckdolente Tenderpoints am Sehnenansatz am Epicondylus humeri links hätten in den seit dem bidisziplinären Gutachten erfolgten ärztlichen Abklärungen keine neuen IV-relevanten Befunde objektiviert werden können. Diese Weichteilbeschwerden seien im Rahmen der seit 30 Jahren bekannten Fibromyalgie einzuordnen. Die Fibromyalgie falle unter die sog. "Päusbonog"-Diagnosen und sei ohne IV-Relevanz. Da der Fibromyalgie eine Schmerzschwellen-/Schmerzverarbeitungsstörung zugrunde liege, sei der Beschwerdeführerin zuletzt seitens der Rheumatologin - bei Vorliegen psychosozialer Faktoren - eine multimodale Schmerztherapie in der Schmerzambulanz empfohlen worden. Eine solche Behandlung scheine aber bisher noch nicht stattgefunden zu haben (act. 142). -Im Rahmen einer erneuten Prüfung der von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwände nahm Dr. med. J. \_\_\_\_\_ dahingehend Stellung, dass die Beschwerdeführerin die ihr empfohlene psychologische Unterstützung zur Schmerzverarbeitung nicht in Anspruch genommen habe, was den Leidensdruck relativiere. Im erneuten Einwand seien keine neuen objektiven Befunde vorgebracht worden, so dass

am bidisziplinären Gutachten und an der darin festgestellten Arbeitsfähigkeit festzuhalten sei (act. 153).

#### **E. 4.2**

Nachfolgend gilt es zu prüfen, ob die eingeholten Gutachten und Arztberichte eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben.

##### **E. 4.2.1**

Ausschlussgründe im Sinne einer Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung werden vorliegend nicht geltend gemacht und sind zudem weder aus dem bidisziplinären Gutachten noch aus den weiteren Akten ersichtlich, so dass kein Ausschlussgrund vorliegt und von der Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens nicht abgesehen werden darf.

##### **E. 4.2.2**

Ausgangspunkt für die Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale vorliegt, ist eine fachärztlich einwandfrei gestellte Diagnose (BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 143 V 418 E. 6; 141 V 281 E. 2.1). Im Vordergrund stehen vorliegend die im bidisziplinären Gutachten festgehaltenen Diagnosen der Neuropathie des Nervus medianus im Karpaltunnelbereich (ICD-10 G 64.1, G 56.0, G 56.1), mit residueller Hypästhesie radialseits, postoperativ aufgetretenen neuropathischen Schmerzen im Bereich Handgelenk/Finger sowie (leichtem) myofaszialem Schmerzsyndrom im Handgelenk-/Ellenbogenbereich rechts, Parese Grad III des Musculus abductor pollicis sowie opponens pollicis mit Atrophie, sowie eine Fibromyalgie (ICD-10 M79.7). Diese Diagnosen sind schlüssig begründet und lassen sich anhand der klassifikatorischen Merkmale des ICD-10 nachvollziehen. Allerdings fällt auf, dass im bidisziplinären Gutachten keine Diagnosen in Bezug auf die in den Arztberichten festgehaltenen degenerativen Veränderungen HWK 5/6 und der Steilhaltung der HWS aufgeführt werden. Diesbezüglich erweist sich das bidisziplinäre Gutachten als unvollständig.

##### **E. 4.2.3**

Die Kategorie "funktioneller Schweregrad" beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidensbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des BGer 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.3 m.H.). In dieser Kategorie sind die Komplexe der "Gesundheitsschädigung", der "Persönlichkeit" und des "sozialen Kontextes" zu unterscheiden.

##### **E. 4.2.3.1**

Mit Bezug auf den Komplex "Gesundheitsschädigung" ist als erster Indikator die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zu nennen. Nicht in jeder Hinsicht umfassend geklärt wurde vorliegend von den Gutachtern die Frage, in welcher Ausprägung die diagnoserelevanten Befunde bestehen. Dem diagnose-inhärenten Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung ist nach der neuesten Rechtsprechung vermehrt Rechnung zu tragen (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108; 141 V 281 E. 2.1.1 S. 286). Diesem Kriterium kommt erhebliche Bedeutung zu (Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter 11. Juli 2016, S. 21 Rz. 109 mit zahlreichen Hinweisen auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung). Eine Prüfung der Standardindikatoren wurde im bidisziplinären Gutachten nicht vorgenommen, obwohl mit der diagnostizierten Fibromyalgie ein syndromales Beschwerdebild vorliegt; denn rechtsprechungsgemäss

charakterisieren sich die Diagnosen der Fibromyalgie (ICD-10 M79.7) und der somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) durch vergleichbare Merkmale (BGE 132 V 65 E. 4.1 S. 70; Urteil des BGer 9C\_688/2016 vom 16. Februar 2017 E. 3.5). Die blossе, nicht näher begründete Schlussfolgerung im bidisziplinären Gutachten, es sei als Folge dieses Fibromyalgie-Syndroms keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit objektivierbar (Gutachten, S. 15), genügt in diesem Zusammenhang nicht. Dies zumal nach der neuen Rechtsprechung auch einer ressourcenhemmenden Wirkung einer Schmerzkrankheit Rechnung zu tragen ist. An dieser Schlussfolgerung ändert auch nichts, dass der Rheumatologe Dr. med. E. \_\_\_\_\_ eine Schmerzdiagnostik nach WPI-Index durchgeführt hat, zumal er diesbezüglich keine eigentliche Würdigung vorgenommen hat (Gutachten, S. 14). Angesichts der beweisrechtlichen Anforderungen des strukturierten Beweisverfahrens erweist sich sodann die Annahme der RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_, dass die Fibromyalgie als "Päusbonog"-Diagnose von vornherein ohne IV-Relevanz sei (Stellungnahme vom 26. April 2017; act. 142, S. 5), als nicht haltbar. Mit Blick auf den Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde sind mithin das bidisziplinäre Gutachten und die Stellungnahmen des RAD unvollständig. Daraus lassen sich folglich keine zuverlässigen Aussagen zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome ableiten. In dieser Hinsicht fehlt es demnach an einer schlüssigen Begründung (vgl. dazu z.B. Urteil des BGer 8C\_198/2018 vom 19. Oktober 2018 E. 3.4.1).

#### **E. 4.2.3.2**

Ferner stellen Verlauf und Ausgang der Therapien wichtige Schweregradindikatoren dar (Urteil des BGer 9C\_21/2017 vom 22. Februar 2018 E. 5.1; Meier, a.a.O., S. 25 f.). Eine fundierte Auseinandersetzung mit diesem Indikator wurde vorliegend weder im bidisziplinären Gutachten noch in den RAD-ärztlichen Stellungnahmen der Vorinstanz (act. 36, S. 1 - 4; act. 40, S. 1 f.; act. 76, S. 1 - 5; act. 142, S. 1 - 5; act. 153, S. 2 f.) vorgenommen. Eine umfassende Würdigung dieser Therapien und entsprechende Rückschlüsse auf den Schweregrad der Fibromyalgie respektive der Schmerzstörung und -daraus abgeleitet - auf die Leistungsfähigkeit finden sich weder im bidisziplinären Gutachten noch in den RAD-ärztlichen Stellungnahmen. Der blossе Hinweis, dass eine multimodale Schmerztherapie noch nicht stattgefunden habe (act. 142, S. 4 f.), genügt in diesem Zusammenhang nicht. Auch dieser Indikator wurde demnach weder von den Gutachtern noch von den versicherungsinternen Ärzten hinreichend abgeklärt. Die zahlreichen, im Ergebnis erfolglos verlaufenen Therapien sprechen vorliegend immerhin für einen starken Leidensdruck und sind zumindest als wesentlicher Hinweis für eine Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit zu werten.

#### **E. 4.2.3.3**

In Bezug auf den Aspekt der Komorbiditäten fordert die neue Rechtsprechung eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Vorliegend blieben insbesondere die Wechselwirkungen zwischen Neuropathie des Nervus medianus im Karpaltunnelbereich und der Fibromyalgie (ICD-10 M79.7) respektive der HWS-Beschwerden ungeklärt. Es wäre diesbezüglich eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen angezeigt gewesen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301; Urteil 8C\_198/2018 E. 3.4.3). Hinsichtlich der genannten Gesundheitsbeeinträchtigung bedarf es ebenfalls ergänzender medizinischer Abklärungen.

#### **E. 4.2.3.4**

Im Bereich des Komplexes "Persönlichkeit" geht es darum zu eruieren, über welche persönliche Ressourcen die versicherte Person noch verfügt. Hierbei müssen die zusätzlich belastenden Faktoren wie auch die positiven Ressourcen in eine Gesamtwürdigung einbezogen werden (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1 und E. 4.3.2). Eine Abklärung dieses Komplexes wurde nicht durchgeführt, so dass sich derzeit noch kein verlässliches Bild über die belastenden Faktoren und positiven Ressourcen bei der Beschwerdeführerin ergibt.

#### **E. 4.2.4**

Mit Blick auf den "sozialen Kontext" sollen rechtsprechungsgemäss nicht nur belastende, sondern auch positive Lebensumstände berücksichtigt werden (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1). In dieser Hinsicht geht aus dem bidisziplinären Gutachten hervor, dass die geschiedene Beschwerdeführerin zwei erwachsene Söhne hat, welche nicht mehr im Haushalt wohnten, zu denen sie aber einen guten Kontakt pflege. Sie wohne mit gemeinsam mit ihren Eltern im elterlichen Haus. Den Haushalt erledige sie selbständig. Ihr Hobby sei Spazieren (act. 56, S. 12). Der Aspekt des sozialen Kontextes wurde im Gutachten zwar nicht ausführlich, im Ergebnis aber doch hinreichend abgeklärt. Ein sozialer Rückzug kann vorliegend ausgeschlossen werden, und es ist davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin immerhin auf einige mobilisierbare Ressourcen zurückgreifen kann.

#### **E. 4.2.5**

Bei der Konsistenzprüfung geht es schliesslich um die Beurteilung der Frage, ob die geltend gemachten Einschränkungen im beruflichen Bereich mit den privaten Aktivitäten im Einklang stehen oder ob sich aus diesem Vergleich Widersprüche oder Unstimmigkeiten ergeben. Dem bidisziplinären Gutachten ist diesbezüglich nichts zu entnehmen, und die versicherungsinternen Ärzte haben diese Frage ebenfalls nicht abgeklärt. Bei dieser Ausgangslage kann der Beschwerdeführerin jedenfalls keine Diskrepanz zwischen dem Aktivitätsniveau im Alltag und der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit angelastet werden.

#### **E. 4.3**

Aus dem vorstehen Dargelegten folgt, dass das bidisziplinäre Gutachten, auch unter Einbezug der vorliegenden Arztberichte und der versicherungsinternen Aktenbeurteilungen, keine schlüssige Beurteilung im Lichte aller massgeblichen Indikatoren erlaubt. Es liegen folglich keine beweiskräftigen medizinischen Angaben vor, die eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im nunmehr anzuwendenden strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 erlauben würden.

#### **E. 4.4**

Schliesslich erlaubt auch die von der Vorinstanz im Zuge des Beschwerdeverfahrens eingereichte Stellungnahme des RAD vom 31. Mai 2018 keine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren, zumal darin der Schmerzstörung und der Fibromyalgie unter blossem Verweis auf die Pausonog-Diagnose(n) von vornherein jegliche IV-Relevanz abgesprochen wird (BVGer act. 7, Beilage, S. 5).

#### **E. 4.5**

Schliesslich gilt es zu beachten, dass sich weder im bidisziplinären Gutachten noch in den versicherungsinternen Stellungnahmen des RAD eine Auseinandersetzung mit den abweichenden Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen der behandelnden Ärzte und Spezialisten

(vgl. dazu act. 13, S. 51, act. 38, S. 3 - 5; act. 45, S. 1 - 6; act. 74, S. 11) findet. Eine solche wäre indes für eine beweiskräftige medizinische Beurteilungsgrundlage zwingend geboten gewesen (vgl. zu diesem Erfordernis Gabriela Riemer-Kafka [Hrsg.], Versicherungsmedizinische Gutachten, 3. Aufl. 2017, S. 25 und S. 57). Die Auseinandersetzung mit Berichten und Expertisen, welche von den der Verfügung zugrunde gelegten versicherungsinternen Stellungnahmen und dem Gutachten abweichen, ist deshalb notwendig, weil das Gericht ansonsten bei divergierenden Arztberichten häufig nicht in der Lage ist, das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht die andere medizinische These abstellt, wie dies die Rechtsprechung verlangt (vgl. Urteil des BGer 9C\_986/2009 vom 11. November 2010 E. 4.5.2; BGE 125 V 352 E. 3a S. 352).

#### **E. 4.6**

Insgesamt fehlt es demnach sowohl im bidisziplinären Gutachten wie auch in den Stellungnahmen des RAD an einer nachvollziehbaren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und an einer die bestehenden Diskrepanzen ausräumenden Auseinandersetzung mit den Berichten der behandelnden Ärzte und Spezialisten. Wie vorstehend dargelegt, wurden zwar nachvollziehbare Diagnosen nach Massgabe der ICD-10 gestellt. Diese sind allerdings nicht vollständig (vgl. dazu E. 4.2.2). Es wird in der Folge auch keine respektive jedenfalls keine fundierte Auseinandersetzung in Bezug auf die Indikatoren der "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde", des "Behandlungserfolgs oder der Behandlungsresistenz" und der Komorbidität vorgenommen. Auch in Bezug auf den Komplex der "Persönlichkeit" ergeben sich aus den medizinischen Akten keine verlässlichen, verwertbaren Erkenntnisse. Schliesslich lässt sich auch der für die Konsistenzprüfung relevante Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen nicht rechtsgenügend beurteilen. Es ist daher unabdingbar, ein neues Gutachten einzuholen, das die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin im Einklang mit der geltenden Rechtslage nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens ermöglicht.

#### **E. 4.7**

Bei diesem Ergebnis braucht auf die im Übrigen geltend gemachten materiellen Mängel am Gutachten, an den versicherungsinternen Stellungnahmen und an der angefochtenen Verfügung, insbesondere auch auf die Frage der Gewährung eines leidensbedingten Abzuges, nicht weiter eingegangen zu werden.

#### **E. 4.8**

In erwerblicher Hinsicht ist überdies zur Frage der Parallelisierung der Einkommen Stellung zu beziehen.

##### **E. 4.8.1**

Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte (BGE 125 V 146 E. 5c/bb S. 157; BGE 129 V 222 E. 4.4 S. 225). Die Grundüberlegung dieser Rechtsprechung ist die folgende: Wenn eine versicherte Person in derjenigen Tätigkeit, die

sie als Gesunde ausgeführt hat, einen deutlich unterdurchschnittlichen Lohn erzielt, weil ihre persönlichen Eigenschaften (namentlich fehlende Ausbildung oder Sprachkenntnisse, ausländerrechtlicher Status) die Erzielung eines Durchschnittslohnes verunmöglichen, dann ist nicht anzunehmen, dass sie mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung behaftet einen (anteilmässig) durchschnittlichen Lohn erzielen könnte. Diesem Umstand ist bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind (BGE 141 V 1 E. 5.4 S. 3 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 326; 135 V 58 E. 3.4.3 S. 61; 135 V 297 E. 5.1 S. 300). Diesen Vorgang nennt man Parallelisierung der Vergleichseinkommen (vgl. a.a.O. E. 5.5 mit Hinweisen). Als deutlich unterdurchschnittlich gilt ein tatsächlich erzielter Verdienst dann, wenn er mindestens 5 % vom branchenüblichen Lohn abweicht (BGE 135 V 297 E. 6.1.2). Zu parallelisieren ist nur in dem Umfang, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt (a.a.O., E. 6.1.3).

#### **E. 4.8.2**

Vorliegend hat die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung zur Frage der Einkommensparallelisierung nicht Stellung bezogen. Gemäss IK-Auszug erzielte die Beschwerdeführerin in den Jahren 2009, 2010 und 2011 AHV-Einkommen von Fr. 37'300.-, Fr. 40'000.- und Fr. 38'800.- (act. 49, S. 55). Die Vorinstanz vertritt in ihrer Vernehmlassung die Auffassung, dass nicht auf das (durchschnittliche und aufgewertete) Valideneinkommen dieser Jahre abgestellt werden könne, weil für die Jahre 2012 und 2013 Lücken (keine IK-Einträge) bestünden (Beilage zu BVGer act. 7, S. 7). Die Ermittlung des Valideneinkommens, d.h. des ohne invalidisierenden Gesundheitsschaden erzielbaren Erwerbseinkommens (Art. 16 in fine ATSG) hat so konkret wie möglich zu erfolgen (Urteile des BGer 9C\_868/2013 vom 24. März 2014 E. 4.2.1 und 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 2.1). Es ist danach zu fragen, wie viel die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (hypothetische Tatsache), und nicht, was sie bestenfalls hätte verdienen können (BGE 142 V 290 E. 5 S. 294). Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der statistisch ausgewiesenen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss ohne Gesundheitsschaden die bisherige Tätigkeit fortgesetzt worden wäre. Eine Lücke im IK von zwei Jahren rechtfertigt entgegen der Argumentation der Vorinstanz (BVGer act. 7, Beilage, S. 7) nicht ohne Weiteres eine Abweichung von diesem Grundsatz, zumal entsprechende Lücken im IK-Auszug aufgrund der fehlenden AHV-Beitragspflicht der Taggelderleistungen (vgl. dazu Art. 6 Abs. 2 Bst. b AHVV; SR 831.101) bei Eintritt einer längeren Arbeitsunfähigkeit systemimmanent sind (vgl. zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit in den Jahren 2012 und 2013: act. 13, S. 18). Das von der Beschwerdeführerin effektiv erzielte Einkommen liegt deutlich unter dem durchschnittlichen Einkommen der Coiffeurbranche. Denn für eine gelernte Arbeitnehmerin im Coiffeurbereich sind laut dem allgemeinverbindlich erklärten Gesamtarbeitsvertrag für das schweizerische Coiffeurgewerbe (gültig ab 1. März 2018) Mindestlöhne von Fr. 48'000.- pro Jahr zu zahlen (vgl. dazu Art. 39.1 GAV i.V.m. Anhang I). Im Rahmen ihrer erneuten Beurteilung wird die Vorinstanz deshalb in erwerblicher Hinsicht zu klären haben, ob sich die

Beschwerdeführerin aus freien Stücken mit einem unterdurchschnittlichen Lohn abgefunden hat (vgl. dazu z.B. Urteil des BGer 8C\_841/2017 vom 14. Mai 2018 E. 5.1.3) oder ob sie das unterdurchschnittliche Einkommensniveau nur unfreiwillig in Kauf genommen hat und deshalb eine Parallelisierung der Einkommen durchzuführen ist. Der Sachverhalt erweist sich demnach auch in dieser Hinsicht als unvollständig abgeklärt.

### **E. 5.1**

Zusammengefasst folgt aus dem Gesagten, dass die Vorinstanz ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht hinreichend nachgekommen ist und sie den rechtserheblichen Sachverhalt in medizinischer und erwerblicher Hinsicht unvollständig festgestellt hat. Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben. Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), wenn die Vorinstanz - wie vorliegend - den Leistungsanspruch noch nicht nach der geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung (siehe E. 3.5 hievor) geprüft hat und die massgeblichen Fragen im Zusammenhang mit erhöhten Anforderungen an die Diagnosestellung und dem strukturierten Beweisverfahren in Nachachtung dieser neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung noch völlig ungeklärt sind (vgl. Urteil des BGer 9C\_450/2015 vom 29. März 2016 E. 4.2.2; Urteile des BVGer C-4329/2014 vom 11. Januar 2017 E. 10.2, C-5000/2014 vom 21. Oktober 2016 E. 7 und C-4265/2014 vom 21. Januar 2016 E. 7). Die Beurteilung des Leistungsanspruchs muss sich für alle Fachbereiche auf eine aktuelle Aktenlage stützen, weshalb die Vorinstanz nach Aktualisierung der medizinischen Akten bei bisher nicht mit der Beurteilung der Beschwerdeführerin befassten medizinischen Fachpersonen in der Schweiz ein Gutachten einzuholen haben wird.

### **E. 5.2**

Bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen muss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit auf umfassender, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierender Grundlage erfolgen (BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Angesichts der bestehenden Beeinträchtigungen bei der Beschwerdeführerin bedarf es einer erneuten Begutachtung in der Schweiz (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Aufgrund der zur Diskussion stehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen drängt sich ein Gutachten unter Einbezug der Fachbereiche der Neurologie (Karpaltunnelsyndrom) und Rheumatologie (Fibromyalgie, HWS- und Rückenbeschwerden) auf. Ob daneben noch eine EFL durchzuführen ist, wird die Vorinstanz nach Vorliegen des Gutachtens unter Berücksichtigung allfälliger Empfehlungen der Experten nach pflichtgemässen Ermessen zu entscheiden haben.

### **E. 5.3**

In erwerblicher Hinsicht wird die Vorinstanz zudem zu klären haben, ob sich die Beschwerdeführerin aus freien Stücken mit einem unterdurchschnittlichen Lohn abgefunden hat (vgl. dazu z.B. Urteil des BGer 8C\_841/2017 vom 14. Mai 2018 E. 5.1.3)

oder ob sie das unterdurchschnittliche Einkommensniveau nur unfreiwillig in Kauf genommen hat und deshalb eine Parallelisierung der Einkommen durchzuführen ist.

#### **E. 5.4**

Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerde insoweit gutzuheissen ist, als die angefochtenen Verfügung vom 16. März 2018 aufgehoben und die Streitsache zur Durchführung ergänzender Abklärungen und zur Neuurteilung im Sinne von Ziff. 5.1 - 5.3 der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

#### **E. 6.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; 132 V 215 E. 6), sind der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückerstattet. Da der Vorinstanz gestützt auf Art. 63 Abs. 2 VwVG ebenfalls keine Kosten aufzuerlegen sind, werden keine Verfahrenskosten erhoben.

#### **E. 6.2**

Die Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der (subsidiäre) Anspruch auf unentgeltliche Verbeiständung greift mithin nicht. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes wird die Parteientschädigung (inkl. Auslagenersatz, exkl. MWSt; vgl. dazu Urteile des BVGer C-3800/2012 vom 27. Mai 2014; C-6248/2011 vom 25. Juli 2012 E. 12.2.5 mit weiteren Hinweisen) auf Fr. 2'800.- festgelegt (Art. 10 VGKE). (Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen).

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