

# **BVGer C-3121/2014 vom 29. Juni 2016**

Bundesverwaltungsgericht, 2016-06-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3121\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3121_2014)

FR: TAF C-3121/2014 du 29 juin 2016

IT: TAF C-3121/2014 del 29 giugno 2016

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist (BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

#### **E. 1.1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zuständig für die Beurteilung von Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Verwaltungsverfahrensgesetzes vom 20. Dezember 1968 (VwVG, SR 172.021), sofern kein Ausnahmetatbestand erfüllt ist (vgl. Art. 31 und 32 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG, SR 173.32]). Zulässig sind Beschwerden gegen Verfügungen von Vorinstanzen gemäss Art. 33 VGG. Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA ist eine Vorinstanz im Sinne von Art. 33 Bst. d VGG (vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831. 20]). Deren Verfügung vom 24. April 2014 stellt eine Verfügung nach Art. 5 VwVG dar. Eine Ausnahme nach Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Beurteilung der Beschwerde vom 28. Mai 2014 (Datum der Registrierung beim Gericht im spanischen D. \_\_\_\_\_) zuständig.

#### **E. 1.2**

Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen, ist als Adressatin durch die angefochtene Verfügung in besonderer Weise berührt und hat an deren Aufhebung oder Änderung ein schutzwürdiges Interesse (Art. 48 Abs. 1 VwVG; vgl. auch Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie ist zur Beschwerde legitimiert.

#### **E. 1.3**

Die angefochtene Verfügung datiert vom 24. April 2014 (BVGer act. 1, Beilage 1). Die Zustellung der Verfügung erfolgte nach der unwidersprochen gebliebenen Angabe des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin am 6. Mai 2014. Das Gericht im spanischen D. \_\_\_\_\_ registrierte den Eingang der Beschwerdeschrift, die auf den 26. Mai 2014 datiert wurde, am 28. Mai 2014. Beim Bundesverwaltungsgericht ging die Beschwerdeschrift am 10. Juni 2014 ein (BVGer act. 1). Nach Art. 81 der Verordnung (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), die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getreten ist, können Anträge, Erklärungen oder Rechtsbehelfe, die gemäss den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats innerhalb einer bestimmten Frist bei einer Behörde,

einem Träger oder einem Gericht dieses Mitgliedstaats einzureichen sind, innerhalb der gleichen Frist bei einer entsprechenden Behörde, einem entsprechenden Träger oder einem entsprechenden Gericht eines anderen Mitgliedstaats eingereicht werden. In diesem Fall übermitteln die in Anspruch genommenen Behörden, Träger oder Gerichte diese Anträge, Erklärungen oder Rechtsbehelfe entweder unmittelbar oder durch Einschaltung der zuständigen Behörden der beteiligten Mitgliedstaaten unverzüglich der zuständigen Behörde, dem zuständigen Träger oder dem zuständigen Gericht des ersten Mitgliedstaats. Der Tag, an dem diese Anträge, Erklärungen oder Rechtsbehelfe bei einer Behörde, einem Träger oder einem Gericht des zweiten Mitgliedstaats eingegangen sind, gilt als Tag des Eingangs bei der zuständigen Behörde, dem zuständigen Träger oder dem zuständigen Gericht. Unter Berücksichtigung von Art. 81 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 wurde die Beschwerde fristgerecht innerhalb von dreissig Tagen nach Eröffnung der angefochtenen Verfügung eingereicht (vgl. Art. 60 ATSG).

#### **E. 1.4**

Die Beschwerde enthält einen Antrag und eine Begründung und wurde vom Vertreter der Beschwerdeführerin unterschrieben. Eine Kopie der angefochtenen Verfügung wurde beigelegt (BVGer act. 1, Beilage 1). Für den Rechtsvertreter liegt eine Vollmacht vom 26. Mai 2014 in den Akten (BVGer act. 1, Beilage 2). Die Beschwerde wurde formgerecht eingereicht (Art. 52 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten von Fr. 400.- rechtzeitig einbezahlt wurde (BVGer act. 12), ist auf die Beschwerde einzutreten.

#### **E. 2**

Zum Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht ist Folgendes vorzuschicken:

##### **E. 2.1**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in den sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70 IVG) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. In formellrechtlicher Hinsicht finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

##### **E. 2.2**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG; Kognition, vgl. Benjamin Schindler, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zürich 2008, Rz. 1 ff. zu Art. 49). Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als

den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212; vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, BGE 127 II 264 E. 1b).

### **E. 2.3**

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. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a). Dabei sind die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden (AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.).

### **E. 2.4**

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b, BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1).

### **E. 2.5**

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet zum einen sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). Zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbeschrieben alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. 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 EVG I 520/99 vom 20. Juli 2000).

### **E. 2.6**

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

### **E. 2.7**

Die objektive Beweislast beurteilt sich nach dem materiellen Recht und damit unabhängig davon, ob der Untersuchungs- oder Verhandlungsgrundsatz gilt. Der vor der IV-Stelle geltende Untersuchungsgrundsatz ändert demnach nichts an der objektiven Beweislast: Ergibt die Beweiswürdigung, dass für eine rechtserhebliche Tatsache der Beweis nicht erbracht ist, trägt die beweisbelastete Partei die Folgen der Beweislosigkeit (BGE 115 V 44 E. 2b; BGE 117 V 264 E. 3b). Dies bedeutet, dass für rechtserzeugende oder anspruchsbegründende Tatsachen diejenige Person die Folgen der Beweislosigkeit trägt, die das Recht geltend macht. Dies ist im IV-Verfahren in der Regel die versicherte Person. Ergibt beispielsweise die Beweiswürdigung, dass keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt, hat die versicherte Person, welche einen Rentenanspruch geltend gemacht hat, die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, S. 292, Rz. 1536 ff.).

### **E. 3**

Im Folgenden sind die im vorliegenden Beschwerdeverfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze zur Prüfung des Leistungsbegehrens darzustellen.

#### **E. 3.1**

Die Beschwerdeführerin besitzt die spanische Staatsbürgerschaft und wohnt in Spanien, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus,

als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Nach Art. 3 Abs. 1 der bis zum 31. März 2012 in Kraft gewesenen Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) hatten die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnten, für die diese Verordnung galt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei war im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA).

### **E. 3.2**

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (24. April 2014) finden vorliegend auch die am 1. April 2012 in Kraft getretenen 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) 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) Anwendung. Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Im Rahmen ihres Geltungsbereichs tritt diese Verordnung an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten geltenden Abkommen über soziale Sicherheit. Einzelne Bestimmungen von Abkommen über soziale Sicherheit, die von den Mitgliedstaaten vor dem Beginn der Anwendung dieser Verordnung geschlossen wurden, gelten jedoch fort, sofern sie für die Berechtigten günstiger sind oder sich aus besonderen historischen Umständen ergeben und ihre Geltung zeitlich begrenzt ist. Um weiterhin Anwendung zu finden, müssen diese Bestimmungen in Anhang II aufgeführt sein. Ist es aus objektiven Gründen nicht möglich, einige dieser Bestimmungen auf alle Personen auszudehnen, für die diese Verordnung gilt, so ist dies anzugeben (Art. 8 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004). Die Bestimmung des anwendbaren Rechts ergibt sich aus Art. 11 ff. der Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe richten sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

### **E. 3.3**

Die Sache beurteilt sich nach denjenigen materiellen Rechtssätzen, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. BGE 130 V 329). 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). Damit finden grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 24. April 2014 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind. Neben dem IVG in der Fassung vom 18. März 2011 (AS 2011 5659; 6. IV-Revision) und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der entsprechenden Fassung sind insbesondere das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des

Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) und des Einkommensvergleichs (Art. 16) entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1 ff.). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der 5. und 6. IV-Revision nichts geändert, weshalb im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

#### **E. 3.4**

Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, verstanden (vgl. Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). 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). 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. 3.5**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich 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). 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.

#### **E. 3.6**

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. Es sind somit nicht nur die Erwerbsmöglichkeiten im angestammten Beruf, sondern auch in zumutbaren Verweisungstätigkeiten zu prüfen (leidensangepasste Verweisungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.). Bei der Bemessung der Invalidität ist auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen der

funktionellen Behinderung abzustellen, welche nicht zwingend mit dem vom Arzt festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung übereinstimmen müssen (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2, BGE 110 V 275 E. 4a).

### **E. 3.7**

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 125 V 352 E. 3a).

### **E. 3.8**

Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist 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). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber das Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

### **E. 4**

Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente. Seitens der Beschwerdeführerin werden vornehmlich Einwände gegen die aus ihrer Sicht unzureichende medizinische Sachverhaltsabklärung durch die Vorinstanz erhoben. Aus dem rheumatologischen Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, und dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ergibt sich Folgendes:

#### **E. 4.1**

Dr. med. B.\_\_\_\_\_ führte im rheumatologischen Gutachten aus (act. 45), 2009 seien bei der Beschwerdeführerin rechtsbetonte Schulterschmerzen aufgetreten, die als Arthrose gedeutet worden seien. 2011 seien an der rechten Schulter akute starke Schulterschmerzen aufgetreten (Seite 3). In den Akten sei eine erhebliche Pathologie der rechten Schulter mit Zerstörung von Humeruskopf, Glenoid und Rotatorenmanschette aufgezeichnet. Es werde eine septische Arthritis als Ursache angenommen, wobei allerdings zum Ablauf keine Angaben gemacht würden. Ein Infekt der rechten Schulter dürfe als wahrscheinlich angesehen werden, zumal Hinweise auf ein systemisches oder malignes Leiden nicht vorhanden seien. Versicherungsrechtlich sei nach zwei Jahren ein Endzustand mit einer erheblichen funktionellen Einschränkung der rechten Schulter erreicht. Die nachträglich

erwähnten Beschwerden im Bereich des Rückens, der linken Schulter, des rechten Knies, der Halswirbelsäule und der Psyche hätten zum Teil einen organischen Kern. Das Auftreten dieser Probleme in einem engeren zeitlichen Zusammenhang mit der Schulterproblematik entspreche indessen einer Schmerzausweitung und weise auf eine extrasomatische Ursache hin. In diese Richtung weise auch die aufgetretene Hemihypästhesie der rechten Seite. Bei einer halbwegs adäquaten Führung und Behandlung der Versicherten müsse kaum mit einer weiteren Verschlechterung des Zustandsbilds gerechnet werden (Seite 11). Körperlich bestehe eine erhebliche funktionelle und schmerzhaft eingeschränkte der rechten Schulter von 50 bis 60 %. Arbeiten mit der rechten Hand über Schulterhöhe oder Arbeiten, die einen Kraftaufwand aus der rechten Schulter heraus erfordern würden, seien nicht mehr möglich. Die Zwangshaltung mit dem rechten Vorderarm und der rechten Hand sei therapeutisch noch beeinflussbar. Von Seiten des Rückens, der Knie und der linken Schulter bestehe keine zusätzliche Einschränkung von Relevanz. In der früheren Tätigkeit als Küchenhilfe und Zimmermädchen bestehe seit 2011 eine Einschränkung von 60 bis 80 %. Als Hausfrau sei die Beschwerdeführerin aktuell 30 bis 40 % arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Hierbei handle es sich um eine Tätigkeit, die vorzugsweise mit dem linken Arm ausgeführt werden könne, wobei mit dem rechten Arm Haltearbeiten und leichte Tätigkeiten auf Ellenbogenhöhe möglich seien (Seite 12).

#### **E. 4.2**

Dr. med. C.\_\_\_\_\_ führte im psychiatrischen Gutachten aus (act. 45), die Beschwerdeführerin berichte von starken Schmerzen an Rücken, Nacken und Schulter und von einer verminderten Sensibilität in der linken Körperhälfte. Den rechten Arm solle sie kaum noch bewegen können. Die Beschwerdeführerin zeige Hinweise für eine psychosomatische Überlagerung. Sie sei auf die Schmerzen fixiert, äussere hypochondrische Befürchtungen und berichte von einer Schmerzausdehnung. Lebensprobleme würden oft zu einer Verstärkung der Schmerzen führen. Die Schmerzen würden den Hauptfokus ihres Interesses bilden. Es sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nachweisbar. Die Beschwerdeführerin zeige aggravierende Anteile. Die psychischen Beschwerden würden eng im Zusammenhang mit den Schmerzen stehen. Sie äussere keine Selbstmordimpulse und habe bei der Untersuchung psychisch grossenteils unauffällig gewirkt. Sie sei weder verstimmt noch grundlos verängstigt gewesen. Sie zeige zudem eine regelmässige Tagesgestaltung und habe die mitmenschlichen Kontakte behalten können. Sie gehe spazieren und besuche regelmässig ein Sportzentrum, wo sie Gymnastik betreibe. Hinweise auf ein eigenständiges psychisches Krankheitsbild im Sinne einer Komorbidität würden nicht bestehen. Die Beschwerdeführerin gehe nur sporadisch alle vier Monate zum Psychiater, was nachvollziehbar sei. Für eine intensive Therapie fehle die Indikation. Aus prophylaktischen Gründen und zur Schmerzmodulierung sei eine antidepressiv wirkende Medikation sinnvoll. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung verursache aufgrund der konkreten Umstände keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach den Förster-Kriterien. Die Prognose sei aus psychiatrischer Sicht günstig (Seiten 6 bis 10).

#### **E. 4.3**

Am 8. November 2013 erfolgte die interdisziplinäre Beurteilung durch Dr. med. B.\_\_\_\_\_ und Dr. med. C.\_\_\_\_\_ (act. 45, Seite 14 f.). Die Gutachter kamen überein, die Beschwerdeführerin könne ihre frühere Arbeit als Zimmermädchen und Küchenhilfe nur

noch in einem geringen Ausmass zugemutet werden, während eine Arbeit, die vorwiegend links ausgeführt werden müsse, möglich sei. Die Einschränkung im Haushalt liege derzeit bei 40 %, wobei therapeutisch wohl eine gewisse Steigerung möglich sei (vgl. auch Sachverhaltserwägung C.).

#### **E. 4.4**

Die Beschwerdeführerin wurde von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ und Dr. med. B. \_\_\_\_\_ in psychiatrischer und rheumatologischer Hinsicht umfassend abgeklärt. Die Gutachten beruhen auf allseitigen Untersuchungen (act. 45, Seite 4 ff.; act. 46, Seite 6 ff.), berücksichtigen die geklagten Beschwerden (act. 45, Seite 4; act. 46, Seite 2 ff.) und wurden in Kenntnis der Vorakten (act. 45, Seite 2 f.; act. 46, Seite 2) abgegeben. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation sind einleuchtend. Die fachärztlichen Schlussfolgerungen in den Expertisen sind begründet. Es wurde eine interdisziplinäre Untersuchung (act. 45, Seite 14 f.) durchgeführt (vgl. Urteil des BGer 8C\_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2). Der Grad der Arbeitsfähigkeit wurde aufgrund einer Gesamtbeurteilung bestimmt, bei der sämtliche Behinderungen berücksichtigt wurden (vgl. Urteil des EVG I 850/02 vom 3. März 2003 E. 6.4.1). Dr. med. C. \_\_\_\_\_ hat bei seiner Einschätzung der psychischen Ressourcen der Beschwerdeführerin, mit den Schmerzen umzugehen, die zum damaligen Zeitpunkt massgebenden Förster-Kriterien (act. 46, Seite 8 f.) beachtet und sich daran orientiert. Er hat sich namentlich dazu geäußert, ob eine psychische Komorbidität gegeben ist oder weitere Umstände vorliegen, welche die Schmerzbewältigung der Beschwerdeführerin allenfalls behindern (vgl. Urteil des BGer 9C\_620/2013 vom 26. März 2014 E. 3.2). Die Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ und Dr. med. B. \_\_\_\_\_ entsprechen den Kriterien der Rechtsprechung an einen Arztbericht. Es handelt sich mithin um beweiskräftige Gutachten.

#### **E. 5**

Zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, die Dr. med. C. \_\_\_\_\_ diagnostizierte, ist ergänzend Folgendes zu festzuhalten:

##### **E. 5.1**

Gemäss der bisherigen Rechtsprechung vermochten somatoforme Schmerzstörungen und ähnliche ätiologisch-pathogenetisch unklare syndromale Leidenszustände in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken (vgl. Urteil des BGer 8C\_689/2014 vom 19. Januar 2015 E. 2.1 mit Hinweisen auf BGE 136 V 279 E. 3, BGE 130 V 352 E. 2.2.2 und 2.2.3, BGE 132 V 65 BGE, 131 V 49 und BGE 130 V 396). Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzte das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) oder schliesslich unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem

therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person voraus (BGE 130 V 352 E. 2.2.3). Je mehr dieser Kriterien zutrafen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellten, desto eher waren die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 139 V 547 E. 9; BGE 137 V 64 E. 4.1; BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

## **E. 5.2**

Die vorstehend zusammengefasst wiedergegebene Rechtsprechung erfuhr durch BGE 141 V 281 eine Praxisänderung. Zusammenfassend erwog das Bundesgericht (E. 6), dass die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen, die sich aus denjenigen Befunden ergäben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend seien, zu berücksichtigen habe, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen müsse (E. 2). Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit (E. 3) habe die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges (E. 3.4.1.1) mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe bzw. (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung (E. 3.1 und 3.2) bezweckt. Deren Rechtsnatur könne offenbleiben (E. 3.3), denn an dieser Rechtsprechung sei nicht festzuhalten (E. 3.4 und 3.5). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell werde durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt (E. 3.6). An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) - ändere sich dadurch nichts (E. 3.7). An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) würden im Regelfall beachtliche Standardindikatoren treten (E. 4). Diese liessen sich in die Kategorien Schweregrad (E. 4.3) und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen (E. 4.4). Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes (E. 4.3.1.1) und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität (E. 4.3.1.3) sei zu verzichten. Der Prüfungsraster sei rechtlicher Natur (E. 5 Ingress). Recht und Medizin wirkten sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren (E. 5.1) wie auch bei deren - rechtlich gebotener - Anwendung im Einzelfall zusammen (E. 5.2). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades sei nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen seien. Fehle es daran, habe die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen.

## **E. 5.3**

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 Eruiierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds andererseits) zu prüfen. Die auf diesem "Grundgerüst" beruhenden Folgerungen müssen einer Konsistenzprüfung standhalten, welche einerseits die Teilfragen der gleichmässigen

Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen 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 vom 29. Juni 2015, Rz. 32 ff.).

#### **E. 5.4**

Zwar hatten die Ärztinnen und Ärzte bereits bis anhin ihre Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit so substanziell wie möglich zu begründen, und es war für die ärztliche Plausibilitätsprüfung wichtig, in welchen Funktionen die versicherte Person eingeschränkt ist. Die diesbezüglichen Anforderungen hat das Bundesgericht aber nunmehr dahin gehend konkretisiert, dass aus den medizinischen Unterlagen genauer als bisher ersichtlich sein muss, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren. Diagnosestellung und - in der Folge - Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektiverer Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt (BGE 141 V 281 E. 6; Urteil des BGer 8C\_10/2015 vom 5. September 2015 E. 4.2).

#### **E. 5.5**

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. 5.6**

Mit ergänzender Stellungnahme vom 26. November 2015 führte die Versicherungsärztin Dr. med. G. \_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, aus, die interdisziplinäre Einschätzung der Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und B. \_\_\_\_\_ sei auf überzeugende Weise begründet und eine invalidisierende Wirkung (der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung) lasse sich im Lichte der Standardindikatoren ausschliessen (BVGer act. 29, Beilage). Sie begründete diesen Beurteilung sinngemäss damit, dass 1. die anhaltende somatoforme Schmerzstörung als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt wurde, 2. keine intensive psychiatrische Behandlung stattfinde, 3. keine erhebliche psychische Beeinträchtigung im Sinne einer eigenständigen Komorbidität gegeben sei, 4. keine Persönlichkeitsstörung vorliege, 5. das familiäre und soziale Umfeld intakt sei und

kein sozialer Rückzug stattfindet, 6. das alltägliche Aktivitätsniveau in Anbetracht der ausserhäuslichen Betätigungen nicht gleich-mässig eingeschränkt sei und 7. der Leidensdruck vor dem Hintergrund der nicht ausgeschöpften Möglichkeiten der Schmerzmedikation nicht besonders ausgeprägt sei. Die Würdigung von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ stützt sich auf die umfassenden Gutachten der Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und B.\_\_\_\_\_ ab und ist vor dem Hintergrund der dort gemachten Aussagen plausibel. Dass Dr. med. G.\_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersuchte, sondern aus der Distanz eine Einschätzung abgab, ist nicht zu beanstanden, da ihre Beurteilung die Voraussetzungen für einen rechtsgenügenden medizinischen Aktenbericht erfüllt (vgl. Urteil des BGer 8C\_394/2014 vom 19. August 2014 E. 4.3 mit Hinweis auf SVR 2010 UV Nr. 17 S. 63 E. 7.2 [8C\_239/2008]; RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95 E. 5d). Mithin ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die - nun im Lichte der Standardindikatoren gewürdigte - anhaltende somatoforme Schmerzstörung das Leistungsvermögen in einer adaptierten Tätigkeit nicht beeinträchtigt.

### **E. 5.7**

Unter Bezugnahme auf die Gutachten der Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und B.\_\_\_\_\_ erwähnte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ als weiteren Umstand, der gegen eine invalidisierende Wirkung spricht, die aggravierenden Anteile des Krankheitsbildes (BVGer act. 29, Beilage). Die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung führt gemäss BGE 141 V 281 E. 2.2 (mit diversen Hinweisen) nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten. Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen.

### **E. 5.8**

Vorliegend lassen sich gewisse Verdeutlichungstendenzen bzw. eine übertriebene Krankheitsdarstellung etwa mit Blick auf die intakte Alltagsgestaltung (act. 46, Seite 4), das intakte psychosoziale Umfeld, die nicht ausgeschöpfte Schmerzmedikation (act. 46, Seite 6 f.) feststellen. Auch an den Beobachtungen der Gutachter lassen sich inkonsistente Verhaltensweisen festmachen. Der Rheumatologe Dr. med. B.\_\_\_\_\_ berichtete, die Beschwerdeführerin habe unter Schonung des rechten Arms ihre Kleider selbständig an- und ablegen können (act. 45, Seite 4 f.), und vermerkte (allerdings ohne weitere

Ausführungen) den differentialdiagnostischen Hinweis "Aggravation wegen Rentenwunsch" (act. 45, Seite 13). An anderer Stelle bemerkte er indessen ausdrücklich, angesichts des aktuellen Bilds sei es nachvollziehbar, dass die Beschwerden zumindest nicht dissimuliert (verheimlicht) würden (act. 45, Seite 11). Der Psychiater Dr. med. C.\_\_\_\_\_ berichtete seinerseits, die Beschwerdeführerin sei auf die Schmerzen fixiert, äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige eine Schmerzausweitung. Die Schmerzen würden den Hauptfokus ihrer Interessen bilden. Gleichwohl liege der Medikamentenspiegel von Paroxetin weit unter dem Referenzbereich. Sie gebe die rechte Hand nicht, da sie diese (angeblich) nicht bewegen könne und Schmerzen empfinde. Deshalb müsse sie von ihrem Ehemann geduscht und betreut werden. Demgegenüber habe sie sich nach den Angaben von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ selbständig an- und auskleiden können (act. 46, Seite 6 f.). Damit bestehe ein konkretes Anzeichen für eine Übertreibungstendenz (act. 46, Seite 11). In fraglichem Kontrast zur geklagten Beeinträchtigung (und dem gezeigten Schonverhalten) steht sodann die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin in einem Sportzentrum regelmässig Gymnastik betreibt, um ihre Schulterschmerzen zu lindern (act. 46, Seite 4). Gewisse Hinweise auf aggravierende Krankheitsanteile sind somit nicht von der Hand zu weisen und dementsprechend vom angerufenen Gericht zum Nachteil der Beschwerdeführerin zu würdigen. Allerdings dürfen die betreffenden Anzeichen mit Blick auf die tatsächlich ausgewiesene, schmerzhaft funktionelle Einschränkung der rechten Schulter auch nicht überbewertet werden. Die gutachterlich postulierte Entlastung der rechten Schulter und die Verlagerung manueller Arbeiten auf die linke Seite sind jedenfalls plausibel. Insofern ist eine funktionelle Einschränkung unbestritten.

## **E. 6**

Zu den von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Rügen ist im Einzelnen Folgendes festzuhalten:

### **E. 6.1**

Die Beschwerdeführerin macht geltend, der Rheumatologe Dr. med. B.\_\_\_\_\_ habe das Fibromyalgiesyndrom komplett ignoriert. Sie quäle sich schon seit vielen Jahren mit schlimmen (Muskel-) Schmerzen herum. Sowohl Dr. med. C.\_\_\_\_\_ als auch Dr. med. B.\_\_\_\_\_ haben ihre Gutachten in Kenntnis der medizinischen Vorakten erstattet. Die Beschwerdeführerin wurde zu ihren Beschwerden befragt und in psychiatrischer und rheumatologischer Hinsicht umfassend abgeklärt. Aufgrund dieser Vorgehensweise bestehen keine Hinweise darauf, dass die Gutachter eine Fibromyalgie oder andere Beschwerden ignoriert haben. Auch für die - zumindest sinngemäss geltend gemachte - Befangenheit und Parteilichkeit der Gutachter findet sich kein Indiz. Der Psychiater Dr. med. C.\_\_\_\_\_ hat sich in seinem Gutachten ausführlich mit der Schmerzsituation auseinander gesetzt. Seine Beurteilung der medizinischen Situation mit der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leuchtet ein. Abgesehen davon, dass ein Fibromyalgiesyndrom in den Vorakten (act. 45, Seite 2 f.; act. 46, Seite 2) nirgends erwähnt wird, ist darauf hinzuweisen, dass die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien in analoger Weise angewendet werden (BGE 132 V 65 E. 4). Vorliegend wurde der invalidisierende Charakter der somatoformen Schmerzstörung verneint, was infolge der analogen Anwendung der Standardindikatoren (und vormals der Förster-Kriterien) auch für ein Fibromyalgiesyndrom gelten muss. Der Hinweis auf ein (angebliches) Fibromyalgiesyndrom vermag die gutachterliche Einschätzung daher nicht in

Zweifel zu ziehen.

## **E. 6.2**

Die Beschwerdeführerin macht geltend, es sei zu Unrecht kein orthopädisches Gutachten erstellt worden. Ein wesentlicher Teil ihres Krankheitsbildes falle in den orthopädischen Fachbereich. Nach dem Urteil des Bundesgerichts 9C\_134/2011 vom 6. Juni 2011 stehen die beiden medizinischen Disziplinen der Rheumatologie und der Orthopädie nicht für unterschiedliche Konzepte, wie ein Gesundheitsschaden und dessen Folgen zu betrachten sind. Vielmehr scheint sich - im Sinne einer praktischen Aufgabenteilung - für die Einschätzung der funktionellen Auswirkungen von Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates der Beizug der Rheumatologie durchzusetzen, während die Orthopädie eher im Zusammenhang mit Fragen der Therapie zuständig ist (vgl. E. 3.3). Da im Rahmen der Prüfung des IV-Leistungsanspruchs primär die funktionellen Auswirkungen von Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates abklärt werden mussten und die Frage nach allfälligen therapeutischen Möglichkeiten nicht von zentraler Bedeutung war, ist die Vergabe des Gutachtens an einen Rheumatologen nachvollziehbar und nicht zu beanstanden.

## **E. 6.3**

Die Beschwerdeführerin macht geltend, der Psychiater Dr. med. C. \_\_\_\_\_ habe die gebräuchliche operationale Diagnostik nicht durchgeführt. Das Gespräch mit dem psychiatrischen Gutachter habe lediglich 15 Minuten gedauert.

### **E. 6.3.1**

Die Kritik der Beschwerdeführerin, dass die Untersuchung im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung lediglich 15 Minuten gedauert habe, ist aktenwidrig und angesichts der Angaben im Gutachten zur Anamnese zweifelhaft. Dem Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ ist zu entnehmen, dass die Untersuchung vom 31. Oktober 2013 von 10.50 bis 12.20 Uhr dauerte (act. 46, Seite 1). Das Gutachten erweckt denn auch keineswegs den Eindruck, dass nur eine "formale Alibibesichtigung im Schnelldurchlauf" durchgeführt wurde. Massgebend ist im Übrigen insbesondere, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist, was vorliegend zutrifft (vgl. Urteil des BGer 9C\_55/2009 vom 1. April 2009 E. 3.3).

### **E. 6.3.2**

Auch die Kritik an der Diagnostik durch Dr. med. C. \_\_\_\_\_ ist unbegründet, hat er diese doch anhand des wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystems ICD-10 vorgenommen (vgl. Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in Schweizerische Ärztezeitung [SAeZ] 2004 S. 1051). Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung wurde im Gutachten unter F 45.4 codiert (act. 46, Seite 6), wobei die Umschreibung dieser Diagnose nach ICD-10 in einer Fussnote eigens vermerkt wurde (act. 46, Seite 7). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass dem Erfassen der Psychopathologie durch entsprechende Testungen im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur eine ergänzende Funktion beizumessen ist. Ausschlaggebend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (BGE 8C\_839/ 2013 vom 13. März 2014 E. 4.2.2.1).

### **E. 6.3.3**

Gegen die - zumindest sinngemäss geäusserte - Ansicht, es habe im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. C.\_\_\_\_\_ eine schwere psychische Erkrankung vorgelegen, spricht zunächst die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nur sporadisch alle vier Monate zum behandelnden Psychiater (Dr. med. F.\_\_\_\_\_) geht (act. 46, Seiten 3 und 7). Weiter weist die Beschwerdeführerin eine ungenügende medikamentöse Compliance auf. Der Blutspiegel des antidepressiv wirkenden Medikaments (Paroxetin) lag bei der Laboruntersuchung weit unter dem Referenzbereich, was gegen einen Leidensdruck spricht (act. 46, Seite 6 f.). Die persönliche Vorgeschichte der Beschwerdeführerin ist kaum auffällig (act. 46, Seite 6). Zudem spricht die regelmässige Gestaltung des Alltags gegen eine schwere psychische Erkrankung. Die Beschwerdeführerin gab dem Gutachter zu Protokoll, sie stehe morgens früh auf, nehme das Frühstück ein, werde dann von ihrem Ehemann geduscht und angezogen. Sie gehe oft spazieren und treffe sich mit Bekannten im Dorf, mit denen sie einen regen Kontakt unterhalte. Sie mache in einem Sportzentrum regelmässig Gymnastik, um ihre Schulterschmerzen zu lindern (act. 46, Seite 4). Dr. med. C.\_\_\_\_\_ konstatierte nach Auswertung der Aktenlage und der Anamnese einen unauffälligen objektiven Befund gemäss AMDP-System (act. 46, Seite 4 ff.), womit er sich in keinen Widerspruch verwickelte. Nur die Schmerzanalyse erlaubte eine (allerdings nicht invalidisierende) psychiatrische Diagnose (act. 46, Seite 6). Eine schwere psychische Erkrankung liegt bei dieser Sachlage nicht vor.

#### **E. 6.3.4**

Im Zusammenhang mit der ungenügenden medikamentösen Compliance hinsichtlich der fachärztlich empfohlenen Einnahme des antidepressiv wirkenden Medikaments Paroxetin ist die Beschwerdeführerin darauf hinzuweisen, dass eine massvolle Medikation im Rahmen der Schadenminderungspflicht als zumutbar gilt (vgl. Urteil des EVG U 417/04 vom 22. April 2005 E. 4.5). Nach der Rechtsprechung gilt im Gebiet der Invalidenversicherung ganz allgemein der Grundsatz, dass die versicherte Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern. Es ist primär Sache des Einzelnen, sich um eine angemessene Eingliederung zu bemühen. Kann eine versicherte Person ihre erwerbliche Beeinträchtigung in zumutbarer Weise selber beheben, so besteht gar keine Invalidität, womit es an der unabdingbaren Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Invalidenversicherung fehlt. Die Selbsteingliederung als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht geht dem gesetzlichen (Eingliederungs- und) Rentenanspruch vor (BGE 113 V 22 E. 4a; AHI 2001 S. 282 E. 5a aa; RKUV 1987 U 26 S. 391). Die empfohlene Medikation wäre nach Ansicht der Gutachter zur Prophylaxe und Schmerzmodulierung sinnvoll (act. 46, Seite 10). Gleichfalls empfohlen und zumutbar sind therapeutische Massnahmen wie Physiotherapie und Ergotherapie (act. 45, Seite 12 f.).

#### **E. 6.4**

Die Beschwerdeführerin macht - zumindest sinngemäss - geltend, statt auf die Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ und Dr. med. B.\_\_\_\_\_ sei namentlich auf die Berichte von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, und von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, abzustellen (BVGer act. 5, Beilage). Deren Berichte würden die Anforderungen der Rechtsprechung erfüllen.

#### **E. 6.4.1**

Der Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, vom 25. Februar 2013 wurde anlässlich der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. C.\_\_\_\_\_, gewürdigt (act. 46, Seite 2) und in voller Länge mit der Beschwerdeführerin durchbesprochen (act. 46, Seite 3 f.). Für die mündliche Übersetzung wurde ein Übersetzer beigezogen (act. 46, Seite 2). Dr. med. C.\_\_\_\_\_ erachtete die Diagnosen im Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ als nachvollziehbar. Er fügte allerdings hinzu, die hypochondrischen Befürchtungen und Verstimmungen würden in einem engen Zusammenhang mit den Schmerzen stehen. Eine schwerwiegende Angst und depressive Anzeichen hätten weder anamnestisch noch bei der Untersuchung vom 31. Oktober 2013 festgestellt werden können. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ behandle die Beschwerdeführerin nur sporadisch, was gegen ein relevantes psychiatrisches Leiden spreche. Der behandelnde Psychiater sei zudem in Unkenntnis betreffend der ungenügenden medikamentösen Compliance (act. 46, Seite 11 f.). Nachdem sich Dr. med. C.\_\_\_\_\_ mit dem Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ auseinander gesetzt hat, ergeben sich daraus keine Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind.

#### **E. 6.4.2**

Der Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, vom 14. Februar 2013 wurde anlässlich der rheumatologischen Untersuchung durch Dr. med. B.\_\_\_\_\_ gewürdigt. Ebenso wurde der Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 25. Februar 2013 unter den Vorakten aufgeführt (act. 45, Seite 2). Dr. med. B.\_\_\_\_\_ hielt fest, nachdem sich ein erster Arztbericht noch auf die Erwähnung der Schulterpathologie beschränkt habe, seien in den Folgeberichten ( - womit im Wesentlichen der Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 14. Februar 2013 gemeint sein dürfte - ) Probleme von Seiten der Halswirbelsäule, der Lendenwirbelsäule und des Kniegelenks nachgeschoben worden. Die aktuelle Befragung und Untersuchung der Beschwerdeführerin habe keine zusätzlichen Informationen ergeben (act. 45, Seite 11). Im Anschluss an die rheumatologische Untersuchung, in der Schultergürtel, Schultergelenke, Oberarme, Ellenbogen, Vorderarme, Handgelenke, Hände, Finger, Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule, Becken, Hüftgelenke, Oberschenkel, Kniegelenke, Unterschenkel, Sprunggelenke, Füße und Zehen abgeklärt wurden (act. 45, Seite 4 f.), ordnete Dr. med. B.\_\_\_\_\_ die nachträglich erwähnten Beschwerden unter den Diagnosen ohne Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ein. Weiter erwähnte er eine Schmerzausweitung und extrasomatische Ursachen (act. 45, Seite 10 f.). Aus dem fraglichen Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ ergeben sich bei dieser Sachlage keine Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind.

#### **E. 6.4.3**

Der Verweis auf die Berichte von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_\_ ist nach dem Gesagten unbehelflich. Sie vermögen das psychiatrische und rheumatologische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ und Dr. med. B.\_\_\_\_\_ nicht in Zweifel zu ziehen. Da es sich hierbei um beweiskräftige Gutachten externer Spezialärzte handelt, ist ihre Einschätzung jener der behandelnden spanischen Ärzte im Rahmen der Beweiswürdigung vorzuziehen. Die Berichte von behandelnden Ärzten sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten nur mit Vorbehalt zu würdigen (vgl. Erwägung 3.8).

#### **E. 6.5**

Die interdisziplinäre Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ und Dr. med. B. \_\_\_\_\_ erweisen sich hinsichtlich der entscheidenden Fragen als schlüssig und überzeugend. Die Gutachten genügen den geltenden Anforderungen an einen beweiskräftigen Arztbericht, weshalb darauf abzustellen ist. In diesem Sinne hat sich denn auch der medizinische Dienst der Vorinstanz geäußert (act. 48 und 49; BVGer act. 29, Beilage). Die mit den Rügen vorgebrachten Gesichtspunkte erweisen sich allesamt nicht als stichhaltig. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin liegen keine konkreten Indizien vor, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Die Gutachten werden auch durch die Berichte von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ und Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in keiner Weise in Frage gestellt. Demzufolge ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von der uneingeschränkten Zumutbarkeit einer angepassten Arbeit, die vorwiegend links ausgeführt werden muss, auszugehen (vgl. zum detaillierten Zumutbarkeitsprofil act. 45, Seite 12). Mit dem Schulterleiden ist zwar anerkanntermassen eine erhebliche Einschränkung gegeben. Rechtsprechungsgemäss spricht jedoch sogar die faktische Einhändigkeit oder die Beschränkung der dominanten Hand als Zudienhand nicht gegen eine volle Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten (vgl. Urteil des BGer 8C\_726/ 2014 vom 2. April 2015 mit Hinweis auf das Urteil des BGer 8C\_1050/ 2009 vom 28. April 2010 E. 3.4). Die Vorinstanz hat den medizinischen Sachverhalt zutreffend gewürdigt. Weitere Abklärungen, wie sie von der Beschwerdeführerin gefordert werden, erübrigen sich. Wenn die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen - wie im vorliegenden Fall - bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung führen, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist in antizipierter Beweiswürdigung auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (vgl. Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz. 450; Fritz Gygi, a.a.O., S. 274; vgl. auch BGE 122 II 464 E. 4a, BGE 122 III 219 E. 3c, BGE 120 1b 224 E. 2b, BGE 119 V 335 E. 3c mit Hinweisen).

## **E. 7**

Zur Bemessung der Invalidität ist Folgendes festzuhalten:

### **E. 7.1**

Die Beschwerdeführerin wurde von der Vorinstanz (im Gesundheitsfall) als erwerbstätige Person eingestuft. Sie rügte weder im Einwandverfahren vor der Vorinstanz noch im Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht, sie sei zu Unrecht als erwerbstätige Person eingestuft worden, und meldete keine Vorbehalte gegen einen Einkommensvergleich an. Mit Stellungnahme vom 31. Juli 2015 führte die Beschwerdeführerin sinngemäss aus, sie sei nicht mehr als erwerbstätige Person einzustufen, nachdem ihr der spanische Sozialversicherungsträger rückwirkend per 23. Mai 2012 eine Invalidenrente zugesprochen habe, was den Schluss nahelegt, dass es sich im Gesundheitsfall anders verhalten würde und sie dann eben doch erwerbstätig wäre, auch wenn dies anschliessend gleich wieder verneint wurde (BVGer act. 21). Die Beschwerdeführerin selber hat sich als arbeitslos (und nicht etwa als Hausfrau) bezeichnet und war soweit ersichtlich seit 2009 bei der spanischen Arbeitslosenkasse registriert (act. 11, Seite 4). Mithin war sie auf Stellensuche, als im Jahr 2011 mit der schmerzhaften Teilsteife der rechten Schulter der ausgewiesene Gesundheitsschaden eintrat (act. 45, Seite 10). Bei dieser Sachlage ist die Einstufung im Erwerb nachvollziehbar und nicht weiter zu hinterfragen.

## **E. 7.2**

Im Bereich der Invalidenversicherung gilt die Fiktion des ausgeglichenen Arbeitsmarkts. Dabei handelt es sich um einen theoretischen und abstrakten Begriff, der dazu dient, den Leistungsanspruch der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Der Begriff umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Stellenangebot und der Nachfrage. Andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten offenhält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre verbleibende Erwerbsfähigkeit zu verwerten. Für die Bemessung der Invalidität ist nicht darauf abzustellen, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (vgl. BGE 110 V 276 E. 4b; ZAK 1991 Seite 320 E. 3b und AHI 1998 S. 291 E. 2b). An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind mithin keine übermässigen Anforderungen zu stellen (vgl. dazu im Einzelnen SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, 9C\_830/2007 E. 5.1).

## **E. 7.3**

Unter der Bedingung eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes ist die Vorinstanz zu Recht davon ausgegangen, dass sich die erheblich handicapierte Beschwerdeführerin trotz des Schulterleidens beruflich betätigen könnte und ihr dabei genügend adaptierte Möglichkeiten zur Erzielung eines anrechenbaren Invalideneinkommens offenstehen. Der medizinische Dienst nannte als mögliche Verweistätigkeiten etwa Aufseherin, Kassiererin, Empfangsdame oder Telefonistin (vgl. act. 16, Seite 5). Das fortgeschrittene Alter der (...) 1956 geborenen Beschwerdeführerin von 57 Jahren (im Zeitpunkt der Begutachtung im November 2013; vgl. BGE 138 V 457 E. 3.3) spricht nicht gegen die wirtschaftliche Verwertbarkeit des verbliebenen Leistungsvermögens. Ebenso schliesst die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt seit der Rückkehr nach Spanien 1998 die Wiederaufnahme einer adaptierten Erwerbstätigkeit nicht aus, zumal ihr eine solche Arbeit uneingeschränkt zumutbar ist. Das Bundesgericht hat für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen generell relativ hohen Hürden entwickelt (vgl. Urteil des BGER 9C\_118/2015 vom 9. Juli 2015 E. 4.4 mit Hinweis auf Urteil des BGER 9C\_918/2008 vom 28. Mai 2009 E. 4.3).

## **E. 7.4**

Die Vorinstanz hat im Rahmen des Einkommensvergleichs (act. 17; Art. 16 ATSG) das Erwerbseinkommen, das die Beschwerdeführerin 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. Das monatliche Valideneinkommen von Fr. 4'035.38 entspricht dem statistischen Verdienst für eine einfache Tätigkeit in der Gastronomie. Das Invalideneinkommen von Fr. 3'486.72 basiert auf dem statistischen Durchschnittslohn möglicher Verweistätigkeit (vgl. dazu act. 16, Seite 5). Den persönlichen und beruflichen Umständen des Einzelfalls wurde mit einem leidensbedingten Abzug vom Invalideneinkommen von 20 % angemessen Rechnung getragen. Auf diese Weise ermittelte

die Vorinstanz einen Invaliditätsgrad von nur gerade 14 %. Ein Invaliditätsgrad von 14 % berechtigt nicht zum Bezug einer Invalidenrente (Art. 28 Abs. 1 IVG). Der anspruchsbegründende Invaliditätsgrad von mindestens 40 % würde im Übrigen selbst dann eindeutig verfehlt, wenn ausschliesslich auf die Verweistätigkeit mit dem tiefsten Verdienst abgestellt und von diesem Invalideneinkommen ein Abzug von 20 % gewährt würde. Ausgehend vom Lohn von Fr. 3'682.58 für andere persönliche Dienstleistungen resultierte auf diese Weise ein Invaliditätsgrad von rund 27 %. Damit ist ein Rentenanspruch zu verneinen.

#### **E. 7.5**

Der Vollständigkeit halber bleibt anzumerken, dass die Arbeitsunfähigkeit als Hausfrau von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ und Dr. med. B.\_\_\_\_\_ in der interdisziplinären Beurteilung (act. 46, Seite 13) mit 40 % beziffert wurde, wobei eine detaillierte Auseinandersetzung mit der konkreten Haushaltssituation im Gutachten fehlt, weshalb diese Prozentangabe weder weiter kommentiert noch unbesehen übernommen werden kann. Es wurde der Hinweis gemacht, dass mittels therapeutischer Massnahmen eine gewisse Steigerung (Verbesserung) möglich sein sollte. Als sinnvolle und zumutbare Massnahme kommen insbesondere die regelmässige Einnahme des antidepressiv wirkenden Medikaments Paroxetin zur Prophylaxe und zur Schmerzmodulierung ebenso wie Physiotherapie und Ergotherapie in Betracht (act. 45, Seite 12 f.; act. 46, Seite 10). Diese (nicht abschliessend geklärte) Sachlage deutet darauf hin, dass auch bei einer Einstufung als Hausfrau respektive bei Anwendung der spezifischen Methode des Betätigungsvergleichs (Art. 28a Abs. 2 IVG) ein Anspruch auf eine Invalidenrente (Viertelsrente) fraglich und nicht ohne Weiteres gegeben wäre. Die Einstufung im Erwerb ist jedoch - wie erwähnt - nachvollziehbar und nicht zu hinterfragen.

#### **E. 8**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gestützt auf das psychiatrische und rheumatologische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ und Dr. med. B.\_\_\_\_\_ und die ergänzende Stellungnahme der Versicherungsärztin Dr. med. G.\_\_\_\_\_ das Fehlen einer anspruchsbegründenden Invalidität ausgewiesen ist. Die angefochtene Verfügung ist nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

#### **E. 9**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG). Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 400.- festgelegt und dem Kostenvorschuss der Beschwerdeführerin in der Höhe von Fr. 417.80 entnommen (Art. 63 Abs. 1 und 4bis VwVG). Der verbleibende Betrag von Fr. 17.80 wird der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet. Weder die obsiegende Vorinstanz noch die unterliegende Beschwerdeführerin haben einen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2] und Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

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