

# **BVGer C-3733/2013 vom 25. März 2015**

Bundesverwaltungsgericht, 2015-03-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3733\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3733_2013)

FR: TAF C-3733/2013 du 25 mars 2015

IT: TAF C-3733/2013 del 25 marzo 2015

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021 [vgl. auch Art. 37 VGG]) sowie des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1 [vgl. auch Art. 3 Bst. dbis VwVG]).

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 5 VwVG, sofern - wie vorliegend - keine Ausnahme nach Art. 32 VGG gegeben ist. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (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]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

### **E. 1.3**

Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; sie ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, sodass sie im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht (Art. 60 ATSG; Art. 52 VwVG) und auch der einverlangte Kostenvorschuss geleistet wurde, ist darauf einzutreten.

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt bildet vorliegend die Verfügung der Vorinstanz vom 16. April 2013, mit welcher der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente verneint wurde (IV-act. 124). Strittig und zu prüfen ist insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat. 3.1 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens können die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids gerügt werden (Art. 49 VwVG). 3.2 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. BGE 128 II 145 E. 1.2.2; 127 II 264 E. 1b).

#### **E. 4.1**

Die Beschwerdeführerin besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland, sodass 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).

#### **E. 4.2**

Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit 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 abgelöst worden.

#### **E. 4.3**

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

#### **E. 4.4**

Nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Dies trifft im Verhältnis der Schweiz zu den einzelnen EU-Mitgliedstaaten nicht zu, weshalb die Frage des Anspruches auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften zu beurteilen ist (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

#### **E. 5.1**

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1; 131 V 11 E. 1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem

Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1). Für die Beurteilung des Leistungsanspruchs sind bis zum 31. Dezember 2007 das ATSG und das IVG in der Fassung vom 21. März 2003 [4. IV-Revision; AS 2003 3837], ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [5. IV-Revision; AS 2007 5129] und ab dem 1. Januar 2012 in der Fassung vom 18. März 2011 [6. IV-Revision; AS 2011 5659] mit den entsprechenden Fassungen der IVV [AS 2003 3859, 2007 5155, 2011 5679] massgebend.

## **E. 5.2**

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen grundsätzlich Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 9C\_803/2009 vom 25. März 2010 E. 5).

## **E. 6.1**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 geltenden Fassung) bzw. Art. 28 Abs. 2 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 geltenden Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) 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 und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

## **E. 6.2**

Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der von 2004 bis Ende 2007 geltenden Fassung). 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).

## **E. 6.3**

Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall.

Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art. 7 ATSG der durch 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. 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). 7.1 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 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). 7.2 Einem Arztbericht kommt Beweiswert zu, wenn dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; 123 V 331 E. 1c; zur Beweiskraft von Stellungnahmen der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) vgl. Urteil des BGer 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4; BGE 137 V 210 E. 1.2.1).

### **E. 8.1**

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stellte sich gemäss den medizinischen Akten bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 16. April 2013 wie folgt dar: - Entlassungsbericht Reha-Zentrum B.\_\_\_\_\_ vom 18. September 2007 (IV-act. 34), Diagnosen: Athma bronchiale; allergische Rhinokonjunktivitis; atopische Dermatitis; chronisch zervikales Schmerzsyndrom; Osteochondrose; Laktoseintoleranz; Mamma-Carzinom rechts 1994/ Lymphödem; LWS-Syndrom; Zustand nach Schilddrüsenteilresektion wegen Struma 1974. Die Beschwerdeführerin leide seit der Kindheit unter allergischen Beschwerden und seit ihrem 25. Lebensjahr unter Asthma bronchiale; es komme zu Dyspnoe bei Anstrengungen und Pollenflug; es bestehe eine mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung, die sich im Verlauf leicht gebessert habe; - Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Hautarzt und Allergologe, vom 17. November 2007 (IV-act. 35), Diagnosen: Gemischtförmiges Asthma bronchiale; allergische Rhinokonjunktivitis; chronisches zervikales Schmerzsyndrom; Laktoseintoleranz; psychovegetatives Erschöpfungssyndrom; - Bericht Klinikum D.\_\_\_\_\_ vom 26.

Dezember 2007 (IV-act. 36), Diagnosen: Pleuraerguss rechts; Mamma-Carcinom rechts 1994; allergisches Asthma bronchiale; Zustand nach Schilddrüsenteilresektion; Lactoseintoleranz; - Bericht der Fachkliniken E.\_\_\_\_\_ vom 20. Februar 2008 (IV-act. 37), Diagnosen: Entzündlicher Pleuraerguss rechts; mediastinale und hiläre Lymphknoten unklarer Dignität; Zustand nach Mamma-Carcinom rechts; gemischtförmiges Asthma bronchiale; polyvalente Sensibilisierung gegen inhalative Allergene; Frühblüherpollenallergie. Es bestehe vermehrte Müdigkeit und Leistungsknick nach Pleuraerguss im Dezember 2007; - Bericht des Radiologischen Zentrums F.\_\_\_\_\_ vom 2. Juni 2008 (IV-act. 38): Ausgedehnte mediastinale Lymphadenopathie; subpleurale Knötchen; Pleuraerguss rechts; - Austrittsberichte Rehaklinik G.\_\_\_\_\_ vom 14. Oktober und 27. November 2008 (IV-act. 59 S. 7; act. 39), Diagnosen: Mediastinale Lymphadenopathie unklarer Genese; subpleurale Knötchenbildung unklarer Genese; entzündlicher Pleuraerguss; Asthma bronchiale bei polyvalenter Allergie; Rhinokonjunktivitis allergica bei Pollenallergie; leichtes atopisches Ekzem; Zustand nach Mamma-Carcinom rechts; chronisches Zervikal- und Lumpalsyndrom; Gonarthrose; Polyarthrose der Fingergelenke; Adipositas; Lactoseunverträglichkeit. Rehabilitationsergebnis: Keine Besserung des Befindens, weiterhin grosse Müdigkeit; Besserung der Rückenbeschwerden; unveränderte Kniebeschwerden; keine stärkeren Atembeschwerden; - Berichte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Arzt für Orthopädie, Chirotherapie, Skelettröntgen und Sonographie, vom 3. Dezember 2008 und 2. August 2009 (IV-act. 16; act. 59 S. 2), Diagnosen: Beckenschiefstand bei Beinverkürzung; Kyphoskoliose; Op. Mammaneoplasie, Zustand nach Radiatio 1994; Lymphödem; rezidierte Pleuritis mit Erguss; Schultereckgelenksarthrose; schwere Polyarthrose der Fingergelenke; beginnende Gonarthrose; Innenmeniskopathie; Osteochondrose der Halswirbelsäule; Senkknickspreizfüsse; Hallux valgus et rigidus; chronische Metatarsalgie; Periarthritis humeroscapularis; Supraspinatussehnen Syndrom; Epicondylitis humeri radialis; rezidierte Fingergelenkarthritiden; zervikozephalas Syndrom; lumbosakrales Facettensyndrom; Tinnitus. Durch die multiplen Skelettbeschwerden, insbesondere der Kniegelenke, und die rezidivierende Pleuraergussbildung sei die Beschwerdeführerin hochgradig in ihrer Leistungsfähigkeit, v.a. auch beim Gehen und Stehen, behindert; - Bericht Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Arzt für Lungen- und Bronchialkunde, Allergologie und Innere Medizin, vom 4. Dezember 2008 (IV-act. 22): Eine Lungenfunktionsprüfung mittels Bodyplethysmographie habe eine gemischte Ventilationsstörung gezeigt; die respiratorischen Reserven seien deutlich eingeschränkt; - Schlussberichte RAD Rhone von Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Allgemeinmedizin, vom 2. Juni und 21. September 2009 (IV-act. 50; act. 62), Hauptdiagnose: Asthma bronchiale (ICD-10: J 45.9); Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisches Cervico- und Lumbovertebralsyndrom mit degenerativen Veränderungen ohne neurologische Reiz- oder Ausfallsymptomatik (M 47.8; M 54.4); Stadium nach Pleuraerguss unklarer Aetologie rechts (J 90); chronische Müdigkeit/ Erschöpfung seit Dezember 2007 (R 53); Heberdenarthrosen Finger; Beginnende Gonarthrose; chronische Mittelfusschmerzen; Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Allergische Diathese; Stadium nach Schilddrüsenresektion bei Struma 1974; Stadium nach Mamma-Carcinom rechts; Ovarialcyste; Laktoseintoleranz. Die Beschwerdeführerin sei 1994 an einem Mamma-Carcinom erkrankt, welches operiert und bestrahlt wurde; seither bestehe ein Lymphödem des rechten Armes, weshalb keine längeren Arbeiten über dem Kopf möglich seien. Schwere und mittelschwere körperliche Tätigkeiten und Exposition der Allergene sei nicht zumutbar, es bestehe aber keine

Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Nachhilfelehrerin: Die eingeschränkte Beweglichkeit infolge Abnützungserscheinungen des Bewegungsapparates begründe eine Arbeitsunfähigkeit im Haushalt von 20%. Im Jahr 2007 sei ein Pleuraerguss rechts festgestellt worden. Während der Therapie habe von Dezember 2007 bis Ende der Rehabilitation im Oktober 2008 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestanden; - Bericht der Fachkliniken E. \_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2009 (IV-act. 59 S. 3), Diagnosen: Persistierender Pleuraerguss unklarer Genese; mediastinale und hiläre Lymphknotenvergrößerung unklarer Genese; Zustand nach Mamma-Carzinom rechts; gemischtförmiges Asthma bronchiale; - Bericht Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, vom 10. August 2009 (IV-act. 59 S. 1), Diagnosen: Rezidivierender Pleuraerguss rechts mit Vergrößerung der mediastinalen und hilären Lymphknoten unklarer Genese; Asthma bronchiale; Mammateilresektion 1994, seither Lymphödem rechter Arm; degenerative Wirbelsäulenveränderung; Omarthrose; Fingerpolyarthrose; Sehbehinderung beidseits; Schwerhörigkeit mit Tinnitus; Laktoseintoleranz; - Bericht Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 22. Juni 2010 (IV-act. 108), Diagnose: Aktivierte Kniegelenkarthrose (ICD-10: M17.9 LG); - Bericht Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie, vom 8. Oktober 2010 (IV-act. 109), Diagnose: Gonarthrose bds.; Innenmeniskusirritation links; - Bericht Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Diagnostische Radiologie, vom 9. Oktober 2010 (IV-act. 110): Initiale retropatellare Arthrose mit Chondropathie der Patella Grad III bis IV; Chondropathie Grad II bis III im medialen femoro-tibialen Gelenk; mucoide Degeneration des Innen- und Aussenmeniscushinterhornes mit Rissbildung an der Unterfläche des Innenmeniscushinterhornes; Gelenkguss; Baker-Cyste; zwei septierte Ganglien dorsal des hinteren Kreuzbandes; - Bericht Rehabilitationsklinik O. \_\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2010 (IV-act. 111): Im Vordergrund standen Belastungskurzatmigkeit, thorakale Schmerzen und Knieschmerzen. Diagnosen: Gemischtes Asthma bronchiale mit Übergang in eine COPD Grad III nach Gold; überwiegend parietale Verschwartungen bds. bei chronifizierten Pleuraergüssen; allergische Rhinopathie; Penicillinallergie; Analgetikaintoleranz; Polyarthrose; Adipositas Grad I; Mamma-Carzinom rechts 1994; Hypercholesterinämie; Neurodermitis; - Bericht Radiologie P. \_\_\_\_\_ vom 25. Juli 2011 (IV-act. 112): Mässiggradig entwickelte Osteopenie in Schenkelhälsen und Achsenskelett; die Grenze zur Osteoporose sei nicht erreicht; - Bericht Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für Diagnostische Radiologie, vom 27. Juli 2011 (IV-act. 113): Mediane Protrusion HWK6/7 ohne Irritation neuronaler Strukturen; Spondylogen konsolidierte, bds. mediolaterale Protrusion im HWK3/4 bis 6/7; geringe Spondylarthrosen zervikal; Spinalkanal und Neuroforamina normal weit; unauffälliges Myelon; keine höhergradigen Unkarthrosen; - Bericht Dres. R. \_\_\_\_\_ und N. \_\_\_\_\_, Fachärztinnen für Diagnostische Radiologie, vom 28. Juli 2011 (IV-act. 113): Diskogene und ossäre Degeneration aller Bewegungssegmente; in Höhe Th5/6 Hinweise auf eine leicht ausgeprägte, aktivierte Osteochondrose; im Segment Th 7/8 kleinere Bandscheibenprolabierung dorso-median; kein Hinweis auf eine ossäre Filialisierung im Rahmen der Grunderkrankung; unauffällige Darstellung des thorakalen Myelons; leicht erweiterte A. thorakalis auf 2.7 cm im Querdurchmesser; - Bericht Dr. med. S. \_\_\_\_\_ vom 8. August 2011 (IV-act. 114), Diagnose: Heberden-Arthrose der Langfinger, beidseitig (ICD-10: M15.1 GB).

## E. 8.2

Die Vorinstanz stützte sich beim Erlass der angefochtenen Verfügung auf das interdisziplinäre Gutachten der T. \_\_\_\_\_ vom 25. September 2012 (IV-act. 115). Dieses beinhaltet eine allgemeinmedizinische und internistische Untersuchung durch Dr.

U.\_\_\_\_\_, eine rheumatologische Untersuchung durch Dr. V.\_\_\_\_\_, sowie eine psychiatrische Untersuchung durch Dr. W.\_\_\_\_\_. In internistischer Hinsicht wurde festgehalten, bei der Beschwerdeführerin bestehe seit der Kindheit eine Atopie, welche zunächst zu einer allergischen Rhinopathie und später zu einem allergischen Asthma bronchiale geführt habe. Bekannt seien auch eine Neurodermitis sowie weitere Allergien. In den 2000er Jahren sei eine chronisch obstruktive Bronchitis diagnostiziert worden. 1994 habe die Beschwerdeführerin ein Mamma-Carzinom rechts entwickelt. Nach der Operation und konsekutiven Bestrahlung sei eine postactinische Lungenfibrose festgestellt worden. Die Beschwerdeführerin habe ein Lymphödem des rechten Armes entwickelt. Es gebe keine Hinweise auf eine Metastasierung. Später seien rezidivierende Pleuraergüsse hinzugekommen, die abpunktiert werden mussten. Die respiratorische Situation habe sich im Laufe der Jahre verschlechtert. Aktuell bestehe eine Anstrengungsdyspnoe Grad III, die höchstwahrscheinlich multifaktoriell bedingt sei. Eine Ruhedyspnoe liege nicht vor, die Beschwerdeführerin beklage jedoch eine allgemeine Müdigkeit und Kraftlosigkeit, deren Ätiologie nicht habe eruiert werden können. In rheumatologischer Hinsicht wurde festgestellt, dass die Belastbarkeit beider Kniegelenke durch symptomatische degenerative Veränderungen am Bewegungsapparat deutlich vermindert sei. Die Kniegelenke neigten zu Ergussbildung im Sinne einer aktivierten Arthrose. Daneben bestünden relevante Bewegungseinschränkungen im Bereich der Halswirbelsäule und der rechten Schulter. Zudem seien Greif- und Haltekraft durch die Heberdenarthrosen eingeschränkt. Aus rheumatologischer Sicht bestünde eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit seit zumindest 2005. Eine wechselbelastende Tätigkeit, die überwiegend sitzend ausgeführt werden könne, sei der Beschwerdeführerin zumutbar, wobei die Halswirbelsäule nicht übermässig belastet werden dürfe und Tätigkeiten über der Schulterhorizontale nicht zumutbar seien. Berufliche Massnahmen erübrigten sich aufgrund des Alters der Beschwerdeführerin. Im orthopädischen Bereich sei die Beschwerdeführerin durch eine Gonarthrose beidseits sowie eine Femoropatellararthrose in der Gehstrecke eingeschränkt. In psychiatrischer Hinsicht wurde keine Erkrankung diagnostiziert. Zusammengefasst wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: - Chronisch obstruktive Bronchitis Grad III nach Gold - Atopie mit allergischem Asthma bronchiale - St. N. Mamma-Carzinom rechts 1994 mit Axillarevision - Lymphödem rechter Arm - Postactinische Lungenfibrose Sodann wurden folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: - Gonarthrose beidseits und klinisch Femoropatellararthrose - Muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits und weniger ausgeprägt auch der Knieflexoren beidseits - Ansatzendinose am medialen Beckenkamm rechts - Chronisches Cervicalsyndrom bei degenerativen HWS-Veränderungen mit deutlicher Bewegungseinschränkung - Periarthropathia humeroscapularis rechts mit Supraspinatustendinose und Impingement - Heberden-Arthrosen - Leichter Knick-Senk-Fuss links, Spreizfüsse, Hallux valgus beidseits, St. N. Fussfraktur - Tendenz zu diffusem weichteilrheumatischem Schmerzsyndrom mit 12/18 positiven Fibromyalgie Tenderpoints - St.n. Extirpation von Ovarialzysten rechts - Adipositas (BMI 30). Aufgrund der respiratorischen Erkrankung sei die Beschwerdeführerin nicht zu mittelschweren oder schweren Tätigkeiten oder Arbeiten in einer mit Luftnoxe belasteten Atmosphäre in der Lage. In einer körperlich nicht belastenden und der zuletzt ausgeübten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 70%. Die orthopädisch-rheumatologischen Erkrankungen wirkten sich nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit aus. Das Zurücklegen längerer Gehstrecken, wiederholtes Treppensteigen, Gehen auf unebenem

Boden oder Arbeiten über der Schulterhorizontale seien aber nicht zumutbar.

### **E. 8.3**

In ihrer Stellungnahme vom 23. Oktober 2012 (IV-act. 118) hielt RAD-Ärztin Dr. J.\_\_\_\_\_ fest, die rheumatologischen Befunde seien altersentsprechend normal und bis auf ein geringes Streckdefizit von 5-10% nicht aufsehenerregend. Der Bewegungsapparat der Beschwerdeführerin sei degenerativ geschädigt, weshalb körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten deutlich eingeschränkt seien. Eine leichte Tätigkeit in wechselnder Position ohne wiederholtes Bücken und längere Gehstrecken sei möglich, wobei die bisherige Tätigkeit als Nachhilfelehrerin diese Anforderungen erfülle. Eine Arbeitsunfähigkeit liege aus rheumatologischer Sicht deshalb nicht vor. Anstelle der verlangten pneumologischen Expertise sei eine psychiatrische Untersuchung nebst einer rheumatologischen und internistischen Beurteilung durchgeführt worden. Wenn auch nur eine mässig belastende Tätigkeit zur Diskussion stünde, wäre eine entsprechende Abklärung unabdingbar. Bei der Tätigkeit als Nachhilfelehrerin handle es sich aber um eine extrem leichte Tätigkeit, sodass auch die festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 30% nicht nachvollziehbar sei. Die beklagte Erschöpfbarkeit könne weder psychiatrisch noch internistisch begründet werden, weshalb sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Das Gutachten äussere sich nicht hinsichtlich Arbeitsfähigkeit im Haushalt. Die Befunde seien jedoch nicht wesentlich unterschiedlich als diejenigen in den medizinischen Vorakten, sodass kein Grund bestehe, diese Beurteilung zu verändern.

### **E. 9**

Nachfolgend sind die Rügen der Beschwerdeführerin im Einzelnen zu prüfen.

#### **E. 9.1**

Die Beschwerdeführerin rügt zunächst die zeitliche Bemessung der Arbeitsunfähigkeit in der angefochtenen Verfügung. Die Vorinstanz hielt in der angefochtenen Verfügung fest, gemäss den Akten habe in der bisherigen Tätigkeit als Nachhilfelehrerin vom 26. Oktober 2007 bis 15. Oktober 2008 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestanden. Ab dem 30. Juni 2012 (Ende der T.\_\_\_\_\_ -Untersuchung) habe wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 30% bestanden. Im bisherigen Aufgabenbereich habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100% seit dem 26. Dezember 2007 bestanden, die sich seit dem 12. Februar 2008 auf 17.5% verringert habe. Entsprechend sei keine zur Rentenbegründung ausreichende Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorgelegen. Diese Feststellung kann aufgrund der Akten nicht nachvollzogen werden. Vielmehr geht aus den Bescheinigungen der Krankenkasse X.\_\_\_\_\_ vom 8. Januar 2009 (IV-act. 33) und vom 29. Mai 2013 (IV-act. 129) hervor, dass die Beschwerdeführerin vom 26. Dezember 2007 bis 31. Dezember 2008 arbeitsunfähig war und vom 16. Januar 2008 bis 31. Dezember 2008 Krankengeld erhielt. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit ist mit der Einweisung der Beschwerdeführerin wegen Pleuraergusses in das Klinikum D.\_\_\_\_\_ am 26. Dezember 2007 (IV-act. 36) ausgewiesen. Das Ende der Arbeitsunfähigkeit setzt die Vorinstanz, der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. J.\_\_\_\_\_ folgend, auf die Entlassung aus der Rehaklinik G.\_\_\_\_\_ am 15. Oktober 2008 fest. Die Ausführungen der RAD-Ärztin sind jedoch insofern widersprüchlich, als sie einerseits ausführt, je nach Grund der Hospitalisation könne die Arbeitsunfähigkeit einige Wochen oder auch länger weiter bestehen, und andererseits pauschal festhält, der Zustand der Beschwerdeführerin sei mit Austritt aus der Rehaklinik "sicher stabilisiert" gewesen (IV-act. 118 S. 10). Eine Stabilisierung lässt sich den

Austrittsberichten der Rehaklinik G.\_\_\_\_\_ jedoch nicht entnehmen. Im Gegenteil wurde die Beschwerdeführerin gemäss Bericht vom 14. Oktober (IV-act. 59 S. 7) in arbeitsunfähigem Zustand entlassen und hält der Bericht vom 27. November 2008 (IV-act. 39) als Rehabilitationsergebnis fest, dass sich keine Besserung des Befindens eingestellt habe und die Kniebeschwerden unverändert geblieben seien. Die Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 23. September 2013 (BVGer-act. 3), wonach die Arbeitsfähigkeit auf den Zeitpunkt der Entlassung aus der Reha festzulegen sei, da bei unverändertem Zustand über eine fast einmonatige Rehabilitation keine relevante Verbesserung des Zustandes erwartet werden könne, ist unverständlich. Somit kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin vom 26. Oktober 2007 bis 15. Oktober 2008 arbeitsunfähig war, sondern weisen die Akten vielmehr auf eine Arbeitsunfähigkeit vom 26. Dezember 2007 bis 31. Dezember 2008 hin. Dies ist von der Vorinstanz erneut zu prüfen bzw. zu berichtigen. Sodann ist nicht nachvollziehbar, weshalb danach vorübergehend wieder eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit bestanden haben und erst mit Abschluss der T.\_\_\_\_\_ -Untersuchung erneut eine 30%-ige Arbeitsunfähigkeit eingetreten sein soll. Eine Besserung des Gesundheitszustandes, welche eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit rechtfertigen würde, lässt sich weder den Akten noch dem T.\_\_\_\_\_ -Gutachten entnehmen. Im Gegenteil erfolgten in der Zwischenzeit zwei Klinikaufenthalte wegen erneuter Abklärung des persistierenden Pleuraergusses bzw. wegen Beschwerden im Zusammenhang mit der Belastungskurzatmigkeit, der beidseitigen sowie starken Knieschmerzen (Bericht der Fachklinik E.\_\_\_\_\_ vom 28. Juli 2009, IV-act. 59 S. 3 ff.; Bericht Rehabilitationsklinik O.\_\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2010 nach einmonatigem stationärem Aufenthalt, IV-act. 111). Sodann attestierte Dr. H.\_\_\_\_\_, Praxis für Orthopädie, Chirotherapie, Skelettröntgen und Sonographie, in seinem Bericht vom 2. August 2009 (IV-act. 59 S. 2), dass die Beschwerdeführerin wegen multiplen Skelettbeschwerden und rezidivierender Pleuraergussbildung in ihrer Leistungsfähigkeit v.a. beim Gehen und Stehen hochgradig behindert sei. Die Stellungnahme des RAD, wonach die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht in ihrer Tätigkeit als Nachhilfelehrerin nicht eingeschränkt sei, macht die Annahme einer Arbeitsfähigkeit von Oktober 2008 bis Juni 2012 nicht plausibel, fanden die Klinikaufenthalte doch primär wegen der Lungenbeschwerden und auf Anregung eines Lungenfacharztes (IV-act. 111 S. 1) statt. Auch diesbezüglich ist eine erneute Prüfung und nötigenfalls Berichtigung durch die Vorinstanz notwendig. Des Weiteren ist die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Aufgabenbereich von 100% seit 26. Dezember 2008 bzw. von 17.5% seit 12. Februar 2008 nicht nachvollziehbar, da hierzu keine Abklärung im T.\_\_\_\_\_ -Gutachten erfolgte (vgl. nachfolgend E. 9.6). Im Ergebnis ist die Abklärung der Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit in zeitlicher Hinsicht durch die Vorinstanz ungenügend, steht im Widerspruch zu den Akten und ist erneut vorzunehmen und nötigenfalls zu berichtigen.

## **E. 9.2**

Die Beschwerdeführerin rügt sodann, dass anstelle der in Auftrag gegebenen pneumologischen Expertise eine rheumatologische, eine internistische sowie eine psychiatrische Abklärung erfolgt sei, obwohl die bisherigen Diagnosen der Beschwerdeführerin keinem psychiatrischen Krankheitsbild entsprechen. Das Bundesverwaltungsgericht beauftragte die Vorinstanz im Urteil C-6789/2009 vom 5. Januar 2011 (IV-act. 67) mit einer polydisziplinären Abklärung, bei welcher die Einschränkungen aufgrund der vielseitigen gesundheitlichen Probleme der Beschwerdeführerin zu berücksichtigen seien (E. 5.3). Gemäss Empfehlung der RAD-Ärztin Dr. J.\_\_\_\_\_ sollte

das polydisziplinäre Gutachten durch einen Pneumologen, einen Internisten sowie einen Orthopäden oder Rheumatologen durchgeführt werden (IV-act. 72; act. 73). Die Notwendigkeit eines psychiatrischen Gutachtens wurde weder vom Bundesverwaltungsgericht noch vom RAD thematisiert und ist durch die Krankheitsgeschichte keinesfalls nahegelegt. So erstaunt es auch nicht, dass keine psychiatrische Beeinträchtigung festgestellt werden konnte. Demgegenüber war und ist die Durchführung einer pneumologischen Expertise unabdingbar, um die Auswirkungen der Lungenbeschwerden auf die Arbeitsfähigkeit rechtsgenügend beurteilen zu können. So steht aufgrund der Akten fest, dass die Beschwerdeführerin seit der Kindheit an Lungenbeschwerden leidet. Seit 2008 sind chronifizierte Pleuraergüsse und Verschwartungen dokumentiert, deren Ursache nach wie vor ungeklärt ist. Die RAD-Ärztin Dr. J. \_\_\_\_\_ stellte sich diesbezüglich auf den Standpunkt, dass einerseits wohl kaum eine klinisch relevante Lungenfibrose vorliege und auf eine fachärztliche Untersuchung vorliegend ohnehin verzichtet werden könne, da es sich bei der Tätigkeit als Nachhilfelehrerin um eine körperlich sehr leichte Tätigkeit handle und diese mit den erhobenen Befunden vereinbar sei. Dem ist zunächst entgegenzuhalten, dass mangels Vollständigkeit der erhobenen Befunde nicht überprüft werden kann, ob eine Tätigkeit tatsächlich mit den Befunden vereinbar, leicht und zumutbar ist. Entsprechend ist auch die Festlegung einer Arbeitsunfähigkeit von 30% durch die Vorinstanz nicht überzeugend, da sie auf einem unvollständig erhobenen Sachverhalt beruht. Zudem ist Dr. J. \_\_\_\_\_ eine Ärztin für allgemeine Medizin und keine Pneumologin, womit ihre Mutmassungen die unterbliebene fachärztliche Untersuchung nicht zu ersetzen vermögen. Was schliesslich das Argument anbelangt, auf die Durchführung der pneumologischen Untersuchung könne verzichtet werden, da aus einer allfälligen Verschlechterung der Lungenfunktion nicht auf einen früheren Zustand geschlossen werden könne, so würde aus dieser Perspektive jegliche retrospektive Untersuchung eines Krankheitsverlaufs hinfällig. Im Ergebnis ist die Untersuchung durch einen Pneumologen nach wie vor notwendig und hat die Vorinstanz eine entsprechende Expertise einzuholen.

### **E. 9.3**

Die Beschwerdeführerin fordert zudem die Untersuchung, wie sich das Zurücklegen kurzer Gehstrecken auf die körperliche und respiratorische Leistungsfähigkeit auswirkt. Die Vorinstanz bemängelt ebenfalls, dass ohne eine derartige Untersuchung auf die Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt worden sei. Auf übereinstimmenden Antrag der Parteien ist eine entsprechende Untersuchung durchzuführen.

### **E. 9.4**

Die Beschwerdeführerin fordert des Weiteren, es seien die Kniegelenke zu untersuchen, da sie nach verhältnismässig kurzer Zeit des Sitzens nicht mehr aufstehen könne. Im Bericht von Dr. N. \_\_\_\_\_ vom 9. Oktober 2010 (IV-act. 110) sei eine retropatellare Arthrose festgehalten. Es müsse als erwiesen gelten, dass bei einem derartigen Krankheitsbild das Aufstehen nach längerem Sitzen schwer falle. Dr. V. \_\_\_\_\_ hielt im rheumatologischen T. \_\_\_\_\_-Teilgutachten unter Berücksichtigung der relevanten medizinischen Röntgenaufnahmen und Vorakten fest, dass kein Aufrichteschmerz bestehe. In Anbetracht der seit 2005 bestehenden, durch die verminderte Belastbarkeit der Kniegelenke bedingten eingeschränkten Leistungsfähigkeit gelangte er zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als Nachhilfelehrerin zumutbar sei. Dem Bericht von Dr. N. \_\_\_\_\_ ist nichts Gegenteiliges zu entnehmen. Das T. \_\_\_\_\_-Teilgutachten enthält einen

ausführlichen Befund und eine sorgfältige Diagnosestellung. Es entspricht den beweisrechtlichen Anforderungen, sodass es keinen Anlass gibt, die Kniegelenke erneut untersuchen zu lassen.

#### **E. 9.5**

Sodann rügt die Beschwerdeführerin die Schlussfolgerung des RAD, wonach sich die Ätiologie der beklagten, nach der Krebserkrankung aufgetretenen chronischen Erschöpfung und Kraftlosigkeit nicht eruieren lasse, diese mithin weder psychisch noch internistisch begründet werden könne und keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die Beschwerdeführerin bemängelt, dass keine Ausschlussdiagnose zur Feststellung einer chronischen Erschöpfung durchgeführt worden sei. Der RAD stellt sich auf den Standpunkt, dass keine weiteren Abklärungen indiziert seien, da somatische Gründe wiederholt ausgeschlossen worden seien. Aufgrund des Gutachtens seien relevante psychiatrische Erkrankungen als Ursache der Erschöpfung ebenfalls ausgeschlossen worden. Ein obstruktives Schlaf-Atmungs-Syndrom sei nicht abgeklärt worden. Da die Erschöpfbarkeit aber seit vielen Jahren bestehe und die Beschwerdeführerin bereits mehrmals untersucht worden sei, wäre es unlogisch, wenn die behandelnden Ärzte nicht an eine derartige Abklärung gedacht hätten. Zudem sei die Erkrankung behandelbar und somit nicht für eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit relevant. Es sei somit von einer nicht mit objektiven Befunden zu belegenden Erschöpfbarkeit auszugehen. Dass die chronische Erschöpfung vormals untersucht oder somatische Gründe - gar wiederholt - ausgeschlossen worden seien, trifft jedoch nicht zu. Dr. C. \_\_\_\_\_ attestierte erstmals im November 2007 ein psychovegetatives Erschöpfungssyndrom (IV-act. 35). Die Erschöpfung wurde später in den Berichten der Rehaklinik G. \_\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2008 (IV-act. 59 S. 7) und vom 27. November 2008 (IV-act. 39) sowie in der Stellungnahme von Dr. I. \_\_\_\_\_ (IV-act. 22) erwähnt. Eine Untersuchung der Erschöpfung fand jedoch nie statt. Auch diesbezüglich erweist sich der Sachverhalt folglich als ungenügend abgeklärt, was von der Vorinstanz zu ergänzen ist.

#### **E. 9.6**

Das T. \_\_\_\_\_-Gutachten erweist sich zudem aus anderen Gründen als mangelhaft. So fehlen Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im bisherigen Aufgabenbereich, obwohl der RAD festhielt, dass die Abnützungserscheinungen des Bewegungsapparates nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, wohl aber im Haushalt führten (IV-act. 72 S. 9). Auch diesbezüglich ist das Gutachten zu ergänzen.

#### **E. 9.7**

Sodann ist unklar, ob die durch den Internisten festgehaltenen Diagnosen der allergischen Rhinopathie, Penicillin-Allergie, Neurodermitis, Analgetika-Intoleranz und Hypercholesterinämie eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben, werden diese doch in der Synthese nicht mehr erwähnt (IV-act. 115 S. 15 und S. 25 f.). Es bleibt somit abzuklären, ob und in welchem Umfang sich diese Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken.

#### **E. 9.8**

Schliesslich ist auch zu beurteilen, ob die Beschwerdeführerin mit Blick auf das fortgeschrittene Alter ihre allfällige Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise wirtschaftlich verwerten kann (vgl. BGE 138 V 457 E. 3).

### **E. 9.9**

Im Ergebnis erweist sich der Sachverhalt nach wie vor als ungenügend abgeklärt und ist die Beurteilung eines Rentenanspruches gestützt auf das T. \_\_\_\_\_-Gutachten nicht möglich. Die Beschwerde ist somit gutzuheissen, die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur gutachterlichen Abklärung der bisher vollständig ungeklärt gebliebenen Frage der pneumologischen Erkrankung sowie chronischen Erschöpfung mitsamt allfälligen Auswirkungen auf die Invalidität sowie zur Ergänzung des Gutachtens hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit an die Vorinstanz zurückzuweisen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; 139 V 99 E. 1.1; Urteil des BGer 8C\_633/2014 vom 11. Dezember 2014 E. 3.2); mithin damit diese - eine pneumologische Abklärung veranlasse (vgl. E. 9.2) - untersuche, wie sich das Zurücklegen kurzer Gehstrecken auf die körperliche und respiratorische Leistungsfähigkeit auswirkt (vgl. E. 9.3) - die Erschöpfung und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit abkläre (vgl. E. 9.5) - die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im bisherigen Aufgabenbereich abkläre (vgl. E. 9.6) - die Auswirkung der internistischen Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit abkläre (vgl. E. 9.7) - Beginn und Dauer der Arbeitsunfähigkeit retrospektiv ab Zeitpunkt des hypothetischen Rentenanspruches erneut festlege (vgl. E. 9.1) - die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt unter Berücksichtigung des fortgeschrittenen Alters untersuche (vgl. E. 9.8) und nach erfolgten Abklärungen neu über die Rentenbetreffnisse verfüge.

### **E. 10.1**

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

### **E. 10.2**

Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt, sind weder der Beschwerdeführerin noch der Vorinstanz Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 e contrario und 2 VwVG; vgl. BGE 132 V 215 E. 6.1). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- (BVGer-act. 5) ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

### **E. 11**

Die durch eine schweizerische Anwältin vertretene 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]). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen Aufwandes wird die Parteientschädigung auf Fr. 2'800.- (ohne MWSt, die vorliegend nicht geschuldet ist, vgl. Art. 1 Abs. 2 i.V.m. Art. 8 Abs. 1 des Mehrwertsteuergesetzes [MWStG] sowie Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE) festgesetzt.

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