

BVGer C-4121/2017 vom 20. September 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-09-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4121_2017

FR: TAF C-4121/2017 du 20 septembre 2018

IT: TAF C-4121/2017 del 20 settembre 2018

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist.

E. 1.3

Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; sie ist durch die sie betreffende Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG).

E. 1.4

Da die Beschwerde rechtzeitig und formgerecht (Art. 60 in Verbindung mit Art. 38 Abs. 4 Bst. b ATSG und Art. 52 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 22a Abs. 1 Bst. b VwVG) eingereicht und auch der auferlegte Kostenvorschuss innert der auferlegten Frist geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin ist spanische Staatsangehörige und wohnt in Spanien, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Freizügigkeitsabkommen (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist.

E. 2.1.1

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 (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die

Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.11; nachfolgend: Verordnung Nr. 574/72), oder gleichwertige Vorschriften an. 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). Die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72 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. 2.1.2

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. 2.1.3

Laut Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Spanien und der Schweiz nicht der Fall. Eine entsprechende Regelung sah bereits Art. 40 Abs. 4 und Anhang V der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vor (vgl. bspw. Urteile des BVerfG C-180/2009 vom 12. Januar 2011 E. 2.3.3 f. und C-1118/2009 vom 25. Mai 2011 E. 2.3.4 m. H.). Soweit das FZA beziehungsweise die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte demnach keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens - unter Vorbehalt der beiden Grundsätze der Gleichwertigkeit sowie der Effektivität - sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Entsprechend bestimmt sich vorliegend der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, insbesondere nach dem IVG, der IVV (SR 831.201), dem ATSG sowie der ATSV (SR 830.11).

E. 2.2

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechts-sätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: Verfügung vom 13. Juni 2017) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329 E. 6, 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen

Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 2.3

Vorliegend ist der Rentenanspruch ab dem 1. Februar 2017 (Befristung der ganzen Rente bis 31. Januar 2017) strittig, weshalb grundsätzlich auf die Fassungen des IVG und der IVV (SR 831.201) gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155; IVV in der entsprechenden Fassung) abzustellen und ausserdem die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Gesetzesänderungen zu beachten sind (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der entsprechenden Fassung). Sofern sich die einschlägigen Bestimmungen seither materiell nicht verändert haben, werden im Folgenden - falls nichts Gegenteiliges vermerkt - die Bestimmungen in der ab 1. Januar 2012 gültigen Fassung zitiert.

E. 3.1

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

E. 3.1.1

Die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes hat nach dem Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen zu erfolgen (Art. 12 VwVG). Auch 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 (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen). Die Parteien tragen demnach in der Regel insofern eine objektive Beweislast, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableitet (BGE 117 V 261 E. 3b; 115 V 133 E. 8a).

E. 3.1.2

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). Es kann 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. Aufl. 1983, S. 212).

E. 3.2

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer

Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d; 122 II 464 E. 4a; 120 Ib 224 E. 2b).

E. 3.3.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Nach Art. 4 IVG kann die Invalidität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Abs. 1); sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Abs. 2). Der Begriff der Invalidität ist demnach nicht nach medizinischen Kriterien definiert, sondern nach der Unfähigkeit, Erwerbseinkommen zu erzielen oder sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (vgl. BGE 110 V 273 E. 4a; BGE 102 V 165). Der Invaliditätsgrad ist also grundsätzlich nach wirtschaftlichen und nicht nach medizinischen Grundsätzen zu ermitteln. Bei der Bemessung der Invalidität kommt es somit einzig auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen einer funktionellen Behinderung an, und nicht allein auf den ärztlich festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung (vgl. BGE 110 V 273; ZAK 1985 S. 459).

E. 3.3.2

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert [BGE 135 V 215 E. 7.3]).

E. 3.3.3

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 3.4

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche 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 zu mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

E. 3.5

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. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie - wie die Beschwerdeführerin - in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

E. 3.6.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (...), ist für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiter andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten (...) erfolgt frühestens vom ersten Tag der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV).

E. 3.6.2

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132). Nach der Rechtsprechung sind diese Revisionsbestimmungen bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen), weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil BGer 8C_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2 mit Hinweis).

E. 3.7.1

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 oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang

und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidsbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung beziehungsweise von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des EVG I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 20 E. 2b).

E. 3.7.2

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Berichte (vgl. dazu das Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a).

E. 3.7.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem

Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen. Dies gilt insbesondere bei der Beweiswürdigung bei Entscheiden, die sich ausschliesslich auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen stützen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen: Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (vgl. Urteil des BGer 8C_800/2011 vom 31. Januar 2012 E. 2 mit Verweis auf BGE 135 V 465 E. 4.4 und BGE 122 V 157 E. 1d; vgl. auch BGE 125 V 351 E. 3b/ee sowie Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 55).

E. 3.7.4

Um feststellen zu können, in welchem Masse eine versicherte Person im Haushalt zufolge ihrer gesundheitlichen Beschwerden eingeschränkt ist, bedarf es in der Regel einer Abklärung vor Ort (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV; BGE 130 V 97 E. 3.3.1, sowie Urteile des BGer 9C_121/2011 vom 31. März 2011 E. 3.1.1 und 8C_671/2007 vom 13. Juni 2008 E. 3.2.1). Diese Abklärungsberichte im Haushalt stellen grundsätzlich eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung im Haushalt dar (Urteil EVG I 103/06 vom 6. November 2006 E. 4.1; vgl. für die Präzisierung der Rechtsprechung bezüglich psychischer Leiden Urteil des EVG I 311/03 vom 22. Dezember 2003 E. 5.3, ferner Urteile des Bundesgerichts 8C_229/2012 vom 17. September 2012 E. 5 und 9C_406/2011 vom 9. Juli 2012 E. 7). Eine Abklärung der gesundheitlichen Einschränkungen im Haushalt ist von einer qualifizierten Person zu verfassen und hat in Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der sich aus den medizinischen Diagnosen ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen zu erfolgen. Ebenso muss der Bericht plausibel und begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein (statt vieler: Urteil des EVG I 568/04 vom 16. Februar 2005 E. 4.2.1 mit Hinweisen, BGE 130 V 97). Auch wenn bei den im Ausland wohnenden Versicherten mangels geeigneten Abklärungspersonen keine Haushaltabklärung im Sinne einer Abklärung an Ort und Stelle gemäss Art. 69 Abs. 2 IVV durchgeführt werden kann, muss die Beurteilung einer Beeinträchtigung im Haushalt nach analogen Grundsätzen erfolgen (vgl. Urteile des BVGer C-1192/2013 vom 15. Januar 2015 E. 5.3.2.1 f. mit Hinweis auf B-2724/2012 vom 10. Februar 2014 E. 7.1.2, C-4781/2008 vom 28. Juni 2010 E. 4.2 und C-5131/2007 vom 16. März 2009 E. 4.2.5). Der Abklärungsbericht muss dann aber eine fachmedizinische Evaluation der Fähigkeiten der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, enthalten. Eine solche Evaluation wird mit Hilfe eines Arztes durchgeführt, wobei eine detaillierte und eingehende Betrachtung der Einschränkungen der versicherten Person nach deren Anhörung durch den Arzt notwendig ist (vgl. Urteil des BGer I 733/06 vom 16. Juli 2007 E. 4.2.2). Ob eine solche Abklärung im einzelnen Fall genügt, ist anhand der konkreten Umstände und Verhältnisse zu entscheiden (vgl. Urteil C-3961/2014 vom 13. Juli 2016 E. 4.6.4 m. H.).

E. 4

Angefochten ist eine Verfügung der IVSTA, in welcher dem Antrag der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente nur teilweise entsprochen wurde, da die Vorinstanz ihr nur für den Zeitraum vom 1. August 2016 bis 31. Januar 2017 eine befristete Invalidenrente gewährte. Die Beschwerdeführerin beantragt demnach, die Invalidenrente sei unbefristet über den 31. Januar 2017 hinaus zu leisten. Sie rügt, die Vorinstanz habe den Sachverhalt, soweit er ihren Gesundheitszustand ab 17. Oktober 2016 betreffe, nicht zutreffend abgeklärt. Zudem beruhe die Befristung auf einem falsch berechneten IV-Grad, zumal ihre Einschränkungen sowohl im Haushalt als auch in einer Erwerbstätigkeit höher seien als von der Vorinstanz festgestellt. Im Übrigen sei ihr die Verwertung ihrer verbliebenen Arbeitsfähigkeit nicht möglich, da es für sie mit den gesundheitlichen Einschränkungen, der mangelnden Ausbildung und ihrem Alter in Galicien keine Arbeitsstellen gebe (B-act. 1 und 11). Vorab sind die aktenkundigen ärztlichen Beurteilungen darzulegen.

E. 4.1.1

Gemäss dem Bericht vom 1. September 2014, chirurgische Orthopädie des Universitätsspitals D. _____, wurden die Brüche des linken Oberschenkels mittels Osteosynthesen distal und proximal operativ versorgt (IV 32 f.). Nachdem der Oberschenkelknochen weder proximal noch distal konsolidiert war (Konsultation vom 14.11.2014 [IV 35]), erfolgte am 16. Dezember 2014 eine zweite und am 13. Februar 2015 eine dritte Operation (IV 36, 38). Am 29. Dezember 2015 wurde die Osteosynthese distal revidiert (vgl. IV 72 f.) und am 13. Juli 2016 im gleichen Universitätsspital eine Reosteosynthese durchgeführt (IV 80 f.). Am 17. Oktober 2016 stellte Dr. E. _____ fest, die Patientin gebe an, der Schmerz stehe seit der letzten Operation weniger im Fokus, das Knie lasse sich von 0 bis 90° biegen und radiologisch beginne die Fraktur, sich zu konsolidieren (IV 82, 83.3). Im Radiologiebericht vom 14. März 2017 äusserte sich die Radiologin Dr./a F. _____ zum aktuellen Heilungsverlauf im linken Oberschenkel, wonach die Supracondilärfraktur schlecht konsolidiert sei (IV 99).

E. 4.1.2

Im detaillierten Arztbericht E 213 vom 14. April 2016 stellte Dr. G. _____ zu Händen der INSS die Diagnosen offene Supracondylärfraktur des linken Oberschenkels (Gustilo Grad IIIA [Bruch beim Kniegelenk]) und ein Abbruch des Oberschenkelkopfs links (fractura intracapsular Garden IV de cadera izquierda) sowie eine Pseudoarthrose (nicht konsolidierender Bruch) des Oberschenkelknochens proximal und distal. Zur Zeit bestehe eine Einschränkung beim Gehen und Stehen. Die medizinisch-traumatologische Behandlung werde weitergeführt. Als funktionelle Defizite stellte er fest, die muskulär-artikuläre Balance betreffe massgeblich das linke Bein. Die Patientin könne nur mit Entlastung durch Krücken gehen. Zur Arbeitsfähigkeit führte der Versicherungsarzt aus, die Versicherte könne als Verkäuferin nicht mehr arbeiten. In einer adaptierten Tätigkeit könne sie einer angepassten Tätigkeit nachgehen, auch in Vollzeit (vgl. Ziff. 11.5 f.), soweit ihre gesundheitlichen Einschränkungen nicht davon betroffen seien. Hingegen bestehe gemäss den Rechtsvorschriften im Wohnland eine andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit seit 5. Februar 2016 (IV 22).

E. 4.1.3

Am 20. April 2017 stellte Dr. H._____ des Gesundheitszentrums I._____ in (...) fest, die Supracondilärfraktur des linken Oberschenkelknochens sei nicht konsolidiert. Dies habe funktionelle Einschränkungen für das linke Bein zur Folge. Es sei eine Behinderung von 42 % anerkannt (IV 100).

E. 4.1.4

Die Psychiaterin Dr. J._____ stellte in ihrer Beurteilung vom 3. November 2016 die Diagnose einer majoren depressiven Episode. Sie verwies auf die somatische Vorgeschichte des Motorradunfalls der Patientin vor zwei Jahren und gab an, sie behandle die Patientin seit dem 20. Oktober 2016. Sie verwies auf die bisherige medikamentöse Behandlung mit Lorazepam, Sertalin, Pontalsic und Kalzium. Die Patientin sei nie psychiatrisch behandelt worden, bis der Hausarzt ihr vor anderthalb Jahren die jetzige antidepressive Behandlung verschrieben habe. Nach dem Unfall hätten sich zuerst keine grossen Änderungen des psychischen Zustands der Patientin ergeben, auch wenn sie wegen des Unfalls ihre Arbeit verloren habe, welche sie gerne ausgeübt habe. Aber einige Monate nach dem Unfall und wegen weiteren erschwerenden Faktoren (die Patientin kümmere sich um ihre Schwiegereltern, die Schwiegermutter leide an Alzheimer) zeige sich eine fortschreitende Beeinträchtigung des Gemütszustands der Patientin. Seit zwei Monaten fühle sie eine emotionale Labilität, Reizbarkeit, Asthenie, Hoffnungslosigkeit, habe Schlafstörungen, das Schlafen sei nicht erholsam, etc. Mit der psychopharmakologischen Behandlung des Hausarztes habe sich die Ängstlichkeit verbessert und die Patientin habe schlafen können, die Medikation habe aber keinen Einfluss auf den Gemütszustand gehabt. Die Psychiaterin stellte die antidepressive Behandlung um (kein Sertalin mehr und Verschreiben von Antidepressiva mit dualem Wirkprinzip [Venlafloxin bis 150 mg/Tg]). Die Ängstlichkeit bestehe aber fort. Sie ergänzte, es sei geplant, die eingeleitete medikamentöse Therapie mit einer Psychotherapie (eine Sitzung alle zwei Wochen) zu begleiten (IV 85 = B-act. 1 [mit Übersetzung]).

E. 4.2.1

In seiner ersten Stellungnahme vom 21. Juli 2016 führte Dr. B._____, FMH allgemeine innere Medizin, zertifizierter RAD-Arzt, vom medizinischen Dienst der IVSTA aus, die Versicherte habe beim Verkehrsunfall vom 31. August 2014 eine multifragmentäre offene Fraktur des distalen linken Oberschenkels und des Kopfs des linken Oberschenkels erlitten. Behandelt worden sei dies mit einer Osteosynthese. Wegen der schlechten Konsolidierung der distalen Fraktur sei zweimal eine Rekonstruktion mittels Knochentransplantation erfolgt. Die letzte Entwicklung sei aus radiologischer Sicht positiv, aber es bleibe ein Schmerz beim Knie und eine Schwäche wegen einer muskulären Atrophie des Beins. Am 28. August 2015 habe der INSS eine Verkürzung des linken Beines von zirka 2 cm, eine Atrophie des Quadriceps, ein Mobilitätsdefizit der Hüfte von mehr als 50 %, eine eingeschränkte Mobilität des Knies mit einem Extensionsdefizit von 5 ° und eine wesentliche muskuläre Dysbalance des linken Beins festgestellt. Bei einer weiteren Operation sei am 31. Dezember 2015 eine nochmalige Verschiebung der Pseudoarthrose (Nichtvereinigung der Frakturrenden) der Supracondylärfraktur durchgeführt worden. Die letzte Entwicklung datiere vom 28. Januar 2016. Die Versicherte bewege sich mit Stöcken. Die Mobilität und der Zustand der Muskulatur habe sich nicht verbessert. Die chirurgische Behandlung der komplizierten Fraktur sei nicht abgeschlossen. Eine Verbesserung bleibe möglich. Es sei aber verfrüht, definitiv Stellung zu nehmen. Das Dossier sei deshalb zu vervollständigen. Dabei sei ein orthopädischer Bericht einzuholen (IV 63).

E. 4.2.2

Am 21. Januar 2017 führte Dr. B._____ zu den ergänzten Akten aus, die Versicherte sei mehrfach an ihrer komplexen Oberschenkelfraktur reoperiert worden (zuletzt am 13. Juli 2016: Reosteosynthese der supracondylären Pseudoarthrose). Die letzte Beurteilung datiere vom 17. Oktober 2016 und beschreibe eine günstige Entwicklung, der Bruch sei auf dem Weg der Konsolidierung. Letztendlich sei die Entwicklung positiv und die Versicherte könne mit verbleibenden, gelegentlich auftretenden und tolerierbaren Schmerzen mobilisiert werden. Die bisherige Tätigkeit als Verkäuferin im Supermarkt stehend mit ständigen Positionswechseln könne sie nicht mehr ausüben, es sei aber eine adaptierte sitzende Tätigkeit zumutbar. Dieser Ansicht sei auch der INSS (gemäss Beurteilung vom 14. April 2016; oben E. 4.1.2). Die wieder erlangte volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit bestehe ab 17. Oktober 2016. Weiter führe ein einziger Bericht eine reaktive Depression an. Aus seiner Sicht sei dieses Problem reaktiv und rechtfertige keine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit (IV 87). Am 1. März 2017 nahm Dr. B._____ ergänzend zu den Einschränkungen der Versicherten im Haushalt Stellung und setzte diese auf 60 % fest (IV 90).

E. 4.2.3

Dr. C._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, vom medizinischen Dienst, führte am 20. Februar 2017 aus, die Versicherte sei vor dem Unfall nie psychiatrisch auffällig gewesen. Die Traurigkeit und die Verzweiflung wegen ihres gesundheitlichen Zustands nach dem Unfall sei eine normale Reaktion und stelle keinen psychiatrischen Gesundheitsschaden dar. Somit würde der Versicherten eine Tätigkeit von 24 Stunden pro Woche auch psychisch guttun. Er gehe mit Dr. B._____ einig, dass hier keine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestehe (IV 88).

E. 4.2.4

Am 27. Mai 2017 nahm Dr. B._____ Bezug zu den neuen radiologischen Untersuchungen vom 14. März 2017 und führte aus, die Untersuchung zeige eine schlechte Konsolidation der Femurfraktur. Er verwies ausserdem auf die Feststellung von Dr. H._____ vom 20. April 2017, wonach die Supracondilärfraktur links nicht konsolidiert sei. Dieser Arzt führe aus, dass in Spanien eine Einschränkung von 42 % bestätigt worden sei. Dr. B._____ schloss daraus, dass dies eine verbleibende Arbeitsfähigkeit zeige und aus medizinischer Sicht kein Anlass bestehe, die bisherige Beurteilung zu ändern (IV 103).

E. 4.2.5

In einer weiteren Stellungnahme vom 6. Januar 2018 führte Dr. B._____ aus, es seien beschwerdeweise keine neuen medizinischen Dokumente eingereicht worden. Er verwies nochmals auf die von Dr. H._____ angegebene Einschränkung von 42 % und hielt auch an seinen Einschätzungen der Einschränkungen im Haushalt fest (B-act. 13 Bl. 2).

E. 5.1

Es ist unter den Parteien unbestritten, dass die Beschwerdeführerin im Nachgang zu den Folgen des Motorradunfalls vom 31. August 2014 (IV 31 f.) sowohl in ihrer bisherigen Tätigkeit als Verkäuferin im Supermarkt wie auch in Verweistätigkeiten und im Haushalt - jedenfalls bis Mitte Oktober 2016 - vollumfänglich arbeitsunfähig war, zumal aufgrund der Behandlung mit wiederkehrenden Operationen vor diesem Zeitpunkt nicht von einer

Stabilisierung des Gesundheitszustands ausgegangen werden kann. Soweit der spanische Versicherungsarzt Dr. G._____ bereits in seiner Beurteilung vom 14. April 2016 eine Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit bei gleichzeitig andauernd voller Arbeitsunfähigkeit gemäss den spanischen Vorschriften angibt, kann daraus per April 2016 noch keine Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit abgeleitet werden. Der spanische Versicherungsarzt führt hierzu zu Recht selber aus, die medizinisch-traumatologische Behandlung werde weitergeführt (Operation vom 13. Juli 2016). Zudem schränkt er die - nicht weiter definierte - als zumutbar angegebene Verweistätigkeit insofern ein, als sie nur möglich sei, soweit die gesundheitlichen Einschränkungen nicht davon betroffen seien. Damit betrachtet das Bundesverwaltungsgericht - in Übereinstimmung mit der vorinstanzlichen Würdigung - es als überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin im Nachgang zum Unfall vom 31. August 2014 und der anschliessenden Behandlung mit fünf Operationen und Rehabilitationsmassnahmen jedenfalls bis Mitte Oktober 2016 nicht arbeitsfähig war und für diesen Zeitraum - soweit die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind - einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Es ist ebenfalls unbestritten, dass der Rentenanspruch trotz voller Arbeitsunfähigkeit seit September 2014 wegen der verspäteten Anmeldung vom 29. Februar 2016 (IV 2) gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG (oben E. 3.5) erst per 1. August 2016 entstehen konnte. Da rückwirkend bis 31. Januar 2017 eine befristete Rente in Anwendung der Revisionsbestimmungen zugesprochen wurde (siehe oben E. 3.6.1 f.), bleibt zu prüfen, ob der Sachverhalt sich - wie die Vorinstanz behauptet - per Oktober 2016 wesentlich verändert hat.

E. 5.2

In orthopädischer Hinsicht ergibt sich Folgendes.

E. 5.2.1

Im zeitlichen Ablauf wird nach der 5. Operation vom 13. Juli 2016 aus den Akten eine Verbesserung der Situation beschrieben, insoweit als in der Kontrolle vom 17. Oktober 2016 eine beginnende Konsolidierung des Knochenbruchs beim linken Knie festgestellt wurde und die Schmerzproblematik nicht mehr im Vordergrund stehe. Im Verlaufsbericht Rehabilitation wurde am 31. Oktober 2016 festgehalten, dass die Versicherte mit Stöcken unter Teilbelastung mobilisiert werde (IV 82, 83.3, 84.3). Es erweist sich demnach gestützt auf die vorhandenen Akten als möglich, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sich in orthopädischer Hinsicht leicht verbessert hat.

E. 5.2.2

Es ist hingegen - entgegen den Ausführungen des medizinischen Dienstes - nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sich per 17. Oktober 2016 und darüber hinaus in orthopädischer Hinsicht rentenrelevant verbessert hat: In der Untersuchung vom 17. Oktober 2016, drei Monate nach der Reosteosynthese vom 13. Juli 2016, wurde festgehalten, dass keine durchgehende Konsolidierung des Bruchs vorliege; in der Rehabilitation wurde Ende Oktober 2016 begonnen, das Bein - unter Benützung von Stöcken - teilzubelasten (IV 84.3). Aus dem Radiologiebericht vom 14. März 2017 ergibt sich ferner, dass der Bruch beim linken Knie (nach wie vor) schlecht konsolidiert sei (IV 99). Auch Dr. H._____ vom Gesundheitszentrum in (...) beschreibt am 20. April 2017 eine nicht abgeschlossene Konsolidierung der Supracondilärfraktur (IV 100), was in Berücksichtigung des

langwierigen Genesungsprozesses (vgl. dazu auch Sachverhalt A.b) letztlich nicht erstaunt.

E. 5.2.3

Es erweist sich demzufolge nicht als nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführerin bereits per Ende Oktober 2016 eine Belastbarkeit zu 100 % in einer angepassten Tätigkeit zumutbar sein soll, zumal die Vorinstanz zuvor und bis zu diesem Zeitpunkt von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten ausgegangen ist. Weiter kann auf den Bericht E 213 des spanischen Versicherungsarztes vom 14. April 2016 - entgegen den Ausführungen der Vorinstanz - zur Frage des Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit nicht abgestützt werden, da dieser Bericht - wie bereits in E. 5.1 dargelegt - zu einem Zeitpunkt erstellt wurde, als die gesundheitliche Situation bei der Beschwerdeführerin noch nicht stabilisiert war, eine weitere Reosteosynthese noch ausstand, und folglich keine abschliessende Beurteilung vorgenommen werden konnte. Nichts Entscheidendes kann aus der Feststellung von Dr. H. _____ vom 20. April 2017, es sei in Spanien eine "Behinderung" von 42 % anerkannt, im Hinblick auf die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin abgeleitet werden: Das vom behandelnden Arzt in Spanien als anerkannt bezeichnete "Mass der Behinderung" erweist sich im Hinblick auf die Berechnung des IV-Grads nach Schweizer Rechtsauffassung nicht als bestimmbar, zumal im genannten Bericht nicht dargelegt wird, worauf sich die festgestellte anerkannte Behinderung von 42 % (Grado de discapacidad reconocido 42 %; IV 100) bezieht. Bei der Bemessung eines schweizerischen IV-Rentenanspruchs kann - worauf bereits an früherer Stelle hingewiesen wurde (vgl. E. 2.1.3) - nicht unmittelbar auf die IV-Berechnung eines ausländischen Versicherungsträgers abgestellt werden.

E. 5.2.4

Es bleiben demnach die Feststellungen der behandelnden spanischen Ärzte vom Frühling 2017, wonach die Fraktur sich nicht respektive nur schlecht konsolidiert habe. Unter diesen Umständen steht fest, dass die von der Vorinstanz berücksichtigte gesundheitliche Verbesserung nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Der Gesundheitszustand ab erfolgter Reosteosynthese im Juli 2016 ist deshalb weiter abzuklären. Der Vollständigkeit halber bleibt zu erwähnen, dass in den Vorakten im Spitalbericht vom 14. Juli 2016 (IV 81) und in der Rentenverfügung des spanischen Versicherungsträgers vom 20. Februar 2017 (IV 98.2) angegeben wird, die Pseudoarthrose der Patientin/Versicherten betreffe das rechte Bein. Ob es sich dabei um eine Verwechslung handelt oder die gesundheitliche Problematik der Beschwerdeführerin das rechte und das linke Bein betrifft, wird Teil weiterer Abklärungen durch die Vorinstanz sein.

E. 5.3

In psychischer Hinsicht macht die Beschwerdeführerin beschwerdeweise geltend, sie sei auch wegen einer majoren depressiven Episode in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt.

E. 5.3.1

In den Akten liegt der Bericht der Psychiaterin Dr. J. _____ vom 3. November 2016 als Momentaufnahme vor. Es wird darin eine majore depressive Episode diagnostiziert. Der Bericht enthält indessen keine ICD-10-Kodierung. Weitere Verlaufsakten zur Wirkung der medikamentösen Therapie nach Umstellung der antidepressiven Medikation und der in Aussicht gestellten Psychotherapie sind nicht aktenkundig. Es finden sich auch keine Angaben zum Umfang der Einschränkung der Versicherten in der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Insofern muss mangels Angaben offen bleiben, ob der als Folge der

somatischen Situation festgestellte psychische Zustand sich als zusätzlich massgebend für den gesamten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin auswirkt. Aus dem Bericht vom 3. November 2016 kann jedoch auch abgeleitet werden, dass - im Zeitpunkt der Erstellung des Berichts - eine erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung bei der Beschwerdeführerin in psychischer Hinsicht bestätigt wurde. Diese Einschränkung wurde mit der Beschwerde vom 18. Juli 2017 als weiter bestehend geltend gemacht (vgl. B-act. 1 Ziffer 3 Bst. c). In der Replik vom 7. Dezember 2017 erwähnt die Beschwerdeführerin die Einschränkung aus psychischer Sicht zwar nicht mehr explizit, hält aber an ihren Ausführungen in der Beschwerde fest und verweist darauf, sie vermeide Wiederholungen. Unter diesen Umständen kann nicht abschliessend beurteilt werden, ob und wenn ja, inwieweit die Beschwerdeführerin im Beurteilungszeitpunkt am 13. Juni 2017 (oben E. 2.2) in psychischer Hinsicht - zusätzlich zur bestehenden Einschränkung in somatischer Hinsicht - in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war.

E. 5.3.2

Demnach ist - im Hinblick auf die Notwendigkeit der Vervollständigung des Sachverhalts - ausser einer Begutachtung in orthopädischer Hinsicht auch ein psychiatrisches Gutachten zum Krankheitsverlauf (inkl. Prüfung der Standardindikatoren sowie einer Auseinandersetzung der Gutachter zur Wechselwirkung der somatischen und allenfalls psychischen Einschränkungen in der Schweiz) einzuholen (vgl. BGE 141 V 281 und 143 V 418).

E. 5.4

Zusammenfassend ergibt sich, dass der Sachverhalt unvollständig abgeklärt wurde. Die Sache ist, wie von der Beschwerdeführerin eventualiter beantragt, zur Ergänzung der Akten an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese ein verwaltungsexternes orthopädisch-psychiatrisches Gutachten (inkl. Prüfung der Standardindikatoren) in der Schweiz gemäss Art. 44 ATSG (oben E. 3.7.3 in fine) einholt. Dieses ist interdisziplinär durchzuführen, zumal es beim Zusammenwirken von physischen und psychischen Beeinträchtigungen, wie sie bei der Versicherten vorliegen, nicht gerechtfertigt ist, die somatischen und psychischen Befunde isoliert abzuklären (vgl. BGer 8C_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2). Im Gutachten ist - wie dargelegt - von den Experten der zeitliche Verlauf der gesundheitlichen Einschränkungen ab Juli 2016 (Reosteosynthese) im Hinblick auf die verbleibenden zumutbaren Erwerbstätigkeiten (und deren Umfang) sowie im Aufgabenbereich (Haushaltstätigkeit) darzulegen. Anschliessend hat die Vorinstanz die verbleibende zumutbare Restarbeitsfähigkeit zu ermitteln und neu über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin ab 1. Februar 2017 zu verfügen. Die Einholung eines Gerichtsgutachtens fällt unter diesen Umständen nicht in Betracht (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1, E. 4.4.1.4). Da der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine ganze Rente mit Wirkung vom 1. August 2016 bis 31. Januar 2017 von der Vorinstanz nicht in Frage gestellt wurde (oben E. 5.1 f.), droht keine Gefahr einer reformatio in peius. Diese Rente ist als ausgewiesen und begründet zu betrachten (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4). Die Prüfung des von der Vorinstanz ermittelten Erwerbsvergleichs erübrigt sich unter diesen Umständen ebenso wie die von der Beschwerdeführerin aufgeworfene Frage, ob ihr die Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit noch möglich und zumutbar ist.

E. 6

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 6.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), sodass dieser keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der am 23. August 2017 geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- (B-act. 5) wird der Beschwerdeführerin nach Rechtskraft dieses Urteils zurückerstattet. Der unterliegenden Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 6.2

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG, Art. 7 Abs. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE], SR 173.320.2). Da die obsiegende Beschwerdeführerin nicht anwaltlich vertreten ist und ihr aufgrund der Aktenlage auch keine notwendigen, verhältnismässig hohen Kosten entstanden sind, wird ihr keine Parteientschädigung zugesprochen.

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