

# **BVGer C-4828/2017 vom 16. Mai 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-05-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4828\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4828_2017)

FR: TAF C-4828/2017 du 16 mai 2018

IT: TAF C-4828/2017 del 16 maggio 2018

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten (Art. 22a Abs. 1, Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 38 Abs. 4 und Art. 60 ATSG).

### **E. 2**

Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) vorgesehen, hat die kantonale IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet die Beschwerdeführerin in ihrer Eigenschaft als Grenzgängerin eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, das Leistungsbegehren entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 30. Juni 2017 erlassen hat. Diese Verfügung, mit welcher der Beschwerdeführerin eine rückwirkend befristete Dreiviertelsrente vom 1. Februar 2016 bis 31. März 2017 zugesprochen wurde, bildet das Anfechtungsobjekt und damit die Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1). Prozessthema ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente.

### **E. 3.1**

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften allein nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

### **E. 3.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 30. Juni 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Ärztliche Berichte, die sich über den vorliegend massgebenden Zeitraum aussprechen, hat das Gericht auch dann zu berücksichtigen, wenn sie nach dem Verfügungserlass datieren (vgl. Urteil BGer 9C\_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2 m.w.H.).

### **E. 3.3**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 30. Juni 2017 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

### **E. 4**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet, so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

### **E. 5.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 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. 5.2**

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch 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. Altersjahrs folgt, entsteht.

### **E. 5.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

### **E. 5.4**

Bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente sind die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a Abs. 1 IVV) analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird (Urteil des BGer 8C\_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2).

#### **E. 5.4.1**

Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C\_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 mit Hinweis).

#### **E. 5.4.2**

Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, die anspruchsbeeinflussende Änderung 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 andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. In Art. 88a IVV wird konkretisiert, welche Dauer oder Intensität die Sachverhaltsänderung aufweisen muss, um revisionsrechtlich relevant zu werden. Dabei handelt es sich letztlich um Konkretisierungen des für den Rentenanspruch massgebenden Invaliditätsbegriffs (BGE 133 V 67 E. 4.3.3).

#### **E. 5.4.3**

Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 130 V 343 E. 3.5.2; vgl. auch BGE 133 V 108). Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des BGer 8C\_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2).

#### **E. 5.5**

Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs).

#### **E. 5.6**

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode der Invaliditätsbemessung [Betätigungsvergleich]).

#### **E. 5.7**

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode). Es ist darauf hinzuweisen, dass die Invaliditätsbemessung mittels der gemischten Methode nach dem neuen Berechnungsmodell gemäss Art. 27bis Abs. 2 bis 4 IVV in der Fassung vom 1. Dezember 2017 im Hinblick auf eine einheitliche und rechtsgleiche Behandlung der Versicherten erst ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Bestimmung am 1. Januar 2018 erfolgen kann und damit vorliegend nicht zur Anwendung kommt (Urteil 9C\_553/2017 vom 18. Dezember 2017 E. 5 und 6.2).

#### **E. 5.8**

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige einzustufen ist - was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung führt - ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 141 V 15 E. 3.1; 125 V 146 E. 2c). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3).

Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 117 V 194 E. 3b). Die Frage nach der anwendbaren Methode beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung (vgl. BGE 129 V 167 E. 1) entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1; 125 V 146 E. 2c).

### **E. 5.9**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

### **E. 5.10**

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 medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

### **E. 5.11**

Soll über einen Rentenanspruch ohne Einholung eines externen Gutachtens, sondern gestützt auf im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich vom Versicherungsträger intern eingeholte medizinische Unterlagen entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2).

### **E. 6.1**

Die Vorinstanz ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden zu 50 % erwerbstätig und zu 50 % im Haushalt beschäftigt wäre. Sie ging gestützt auf den Abklärungsbericht vom 17. Mai 2016 davon aus, dass die Einschränkung der Beschwerdeführerin bei der Verrichtung der Haushaltsaufgaben seit Februar 2015 10 % und seit Oktober 2015 36 % betrage. Weiter ging die Vorinstanz davon aus, dass die Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit als Haushälterin/Raumpflegerin seit 18. Februar 2015 (Beginn der einjährigen Wartezeit) nicht mehr ausüben könne. Bei Ablauf der gesetzlichen Wartezeit im Februar 2016 habe auch in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit bestanden, weshalb im Erwerbsbereich ab 18. Februar 2016 von einem Invaliditätsgrad von 100 % auszugehen sei. Die

Gesamtinvalidität ergebe unter Anwendung der gemischten Methode 68 %. Aus den medizinischen Unterlagen ergebe sich, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in der Folge soweit verbessert habe, dass ihr ab 1. Januar 2017 die Ausübung einer angepassten Tätigkeit (leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit ohne Rückenbelastung, ohne Kälte und Nässe) im Rahmen eines 30 %-Pensums wieder zumutbar sei. Der Einkommensvergleich ab 1. Januar 2017 ergebe einen Invaliditätsgrad von 31.12 % für den Erwerbsbereich. Bei einer Einschränkung im Haushalt von 36 % resultiere unter Anwendung der gemischten Methode ein Gesamtinvaliditätsgrad von 34 %. Dementsprechend könne die Rente gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV nur bis 31. März 2017 ausgerichtet werden.

## **E. 6.2**

Die Beschwerdeführerin macht dagegen geltend, dass die zeitliche Befristung der Dreiviertelrente unzulässig sei. Gemäss Einschätzung des RAD wäre ab April 2017 eine Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit während 2.5 Stunden wieder zumutbar. Zusätzlich sei aber auch eine Leistungseinschränkung von 20 % zu berücksichtigen, womit ein effektiv zumutbares Pensum von 2 Stunden pro Tag resultiere. Das entspreche ungefähr einem 25 %-Pensum. Bei der Berechnungsweise der Vorinstanz ergebe sich damit im Erwerbsbereich ein Invaliditätsgrad von 49.9 %. Allein dadurch resultiere zusammen mit der Einschränkung im Haushalt ein Invaliditätsgrad von 43 % und damit ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Gestützt auf Art. 88a Abs. 1 IVV wäre die Verbesserung erst ab jenem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden könne, dass die Verbesserung voraussichtlich längere Zeit dauern werde, jedenfalls aber, nachdem sie ohne Unterbrechung drei Monate gedauert habe und voraussichtlich weiterhin andauern werde. Gestützt auf die Einschätzung des RAD wäre die Verbesserung erst ab April 2017 eingetreten und folglich erst per Ende Juli 2017 zu berücksichtigen. Das in der Verfügung angenommene zumutbare 30 %-Pensum wäre ohnehin erst nach einem halben Jahr, also ab Ende Oktober 2017 zu erreichen. Die Befristung der Rente sei jedenfalls gestützt auf die bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen nicht rechtmässig. Weiter sei im Rahmen des Einkommensvergleichs beim Invalideneinkommen ein Leidensabzug von 10 % zu berücksichtigen. Dadurch würde sich der Gesamtinvaliditätsgrad gar auf 46 % erhöhen. Weiter hielt die Beschwerdeführerin fest, dass sich die optimistische Prognose der maximalen halbtätigen Tätigkeit mit einer Leistungsminderung nicht verwirklicht habe. Im Februar/März 2017 habe sie erneut den Arzt aufsuchen müssen, weil wieder Rückenschmerzen aufgetreten seien. Nun sei sie wieder auf Dauer für sämtliche Tätigkeiten voll arbeitsunfähig. Dies sei von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ am 24. August 2017 attestiert worden. Die Verschlechterung des Zustandes habe selbstredend auch Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit im Haushalt. Diesbezüglich seien weitere Abklärungen durch die Vorinstanz nötig. Weiter wird geltend gemacht, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Februar/März 2017 fast 60 Jahre gewesen sei. Die ihr zu diesem Zeitpunkt noch verbliebene Restarbeitsfähigkeit sei nicht mehr verwertbar. Daher habe sie auch über den 31. März 2017 hinaus Anspruch auf mindestens eine Dreiviertelrente.

## **E. 7**

In den Akten finden sich zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und zur Einschränkung ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Einschätzungen.

## **E. 7.1**

Die Beschwerdeführerin wurde ab Februar 2015 in der Rehaklinik C.\_\_\_\_\_ ambulant behandelt (IV-act. 29 S. 2). Die behandelnden Fachärzte berichteten wie folgt:

### **E. 7.1.1**

Gemäss Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 9. April 2015 wurde bei der Beschwerdeführerin aufgrund exazerbierter lumboischialgieformer Schmerzen bei einer deutlichen rechtskonvexen Skoliose und bei aktivierten Fazettengelenken sowie Diskushernien der unteren LWS eine Schmerztherapie mittels PDA L4/5 durchgeführt. Dr. med. E.\_\_\_\_\_ hielt fest, dass eine Arbeitsunfähigkeit bestehe (IV-act. 25 S. 15).

### **E. 7.1.2**

Laut Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 23. April 2015 klagte die Beschwerdeführerin seit Januar 2015 über zunehmende, nicht näher beschreibbare lumbosakrale Schmerzen mit einer Ausbreitung entlang der Wirbelsäule bis in die BWS sowie mit einer diffusen, nicht näher lokalisierbaren Ausstrahlung in beide Beine. In letzter Zeit verspüre sie auch ein Schwäche- und Steifengefühl in beiden Beinen beim Laufen, so dass sie bereits nach einer kurzen Strecke eine Pause einlegen müsse. Sie habe 2009 einen Schlaganfall erlitten. Im Rahmen der Beurteilung hielt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ fest, es bestünden unklare Lumboischialgien beidseits mit einer zuletzt eingeschränkten Gehstrecke. Im MRT (Untersuchung vom 22. Januar 2015) hätten sich multisegmentale Osteochondrosen und Spondylarthrosen gezeigt, jedoch ohne Nachweis einer Neurokompression. Im Rahmen der klinisch neurologischen Untersuchung liessen sich keine neurologischen Ausfälle objektivieren. Die am 29. April 2015 durchgeführte Elektroneuromyographie ergab keine pathologischen Befunde und keine Erklärung der Beschwerden aus neurologischer Sicht (IV-act. 25 S. 11 ff.).

### **E. 7.1.3**

Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, hielt im Bericht vom 24. April 2015 fest, dass die Beschwerdeführerin an einer schweren adulten rechtskonvexen Skoliose mit einer Lateralisierung vor allem von L3 über L4 leide. Der Skoliosescheitel befinde sich auf dem Niveau L2/L3, wo scheinbar bereits Ankylosierungsprozesse stattgefunden hätten. Die Beschwerdeführerin klagte schon seit langem über Kreuzschmerzen, die nun seit Anfang 2015 zugenommen hätten und dekompensiert seien. Sie klagte auch über eine unspezifische Ausstrahlung in beide Beine mit einem Schwächegefühl. Es bestehe zudem ein Status nach Einsetzung einer Hüftprothese links (IV-act. 25 S. 9 f.). Am 13. Mai 2015 berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_\_ nach Durchführung von Sidebending-Aufnahmen und eines CT, dass als operative Option nur eine ausgedehnte ventro-dorsale Intervention mit dorsalem Release, dann ventraler Ausrichtung mit Cages mittels minimalinvasivem retroperitonealem Zugang und dann anschliessend dorsaler transkutaner pedikulärer Fixation bestehe (IV-act. 25 S. 7 f.)

## **E. 7.2**

Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte im IV-Arztbericht vom 25. Mai 2015 gestützt auf die Berichte der Fachärzte der Rehaklinik C.\_\_\_\_\_ als Diagnose eine schwere, rechtskonvexe adulte Lumboskoliose. Er ging davon aus, dass mit einer Verschlechterung mit völliger

Immobilisierung zu rechnen sei und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Haushälterin von 100 % ab 16. März 2015 bis auf Weiteres. Aufgrund der Wirbelsäulenproblematik sei aktuell eine länger andauernde, stehende/sitzende Arbeit nicht mehr möglich, ebenso keine belastenden Tätigkeiten (kein Gewicht > 2 kg). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (IV-act. 25 S. 1 ff.).

### **E. 7.3**

Im IV-Arztbericht vom 3. Juli 2015 führten die beiden Ärzte der Rehaklinik C.\_\_\_\_\_, Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Rechtsmedizin, und Dr. med. E.\_\_\_\_\_ folgende Diagnosen auf: - Lumboischialgien beidseits und Gangverschlechterung seit Januar 2015 bei schwerer adulter lumbaler Skoliose rechtskonvex - Status nach cerebrovaskulärem Insult 2006 und 2009 - Essentieller Tremor Die Ärzte hielten fest, dass die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Reinigungshilfe von 15. Februar bis 19. April 2015 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Es bestünden folgende Einschränkungen: Kein Heben und Tragen von Lasten, keine Rumpfrotationsbewegungen, kein längeres Gehen, Sitzen oder Stehen, keine Arbeiten in gebückter oder Zwangshaltung, keine Überkopf-Arbeiten, kein Besteigen von Leitern und Gerüsten. Die Ärzte gingen davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit als Reinigungshilfe auf Dauer eingeschränkt sein dürfte, sich jedoch im Moment nicht endgültig beurteilen lasse. Der weitere Verlauf und eine eventuelle Operation müssten abgewartet werden. Auch durch eine Operation könne die Arbeitsfähigkeit nicht verbessert werden. Es sei aber zu hoffen, dass der vorgeschlagene Eingriff zu einer Schmerzreduktion führen werde (IV-act. 29).

### **E. 7.4**

Der RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nahm am 8. Oktober 2015 zu den Berichten der behandelnden Ärzte Stellung. Er hielt fest, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht von einer länger dauernden Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Der Gesundheitszustand sei nicht stabil, so dass eine definitive Beurteilung im Moment unmöglich sei. Ebenfalls sei die Prognose unbestimmt. Da auch der operative Eingriff noch nicht stattgefunden habe, werde erst anschliessend an die Rehabilitation eine genauere Beurteilung möglich sein. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Haushälterin/Raumpflegerin betrage seit dem 18. Februar 2015 0 %. Alle den Rücken belastenden Tätigkeiten seien nicht möglich. Bis etwa vier Monate nach der Operation betrage auch die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit 0 %, danach sei eine solche stundenweise mit dem im IV-Arztbericht vom 3. Juli 2015 festgelegten Belastungsprofil möglich (IV-act. 32).

### **E. 7.5**

Am 7. Oktober 2015 unterzog sich die Beschwerdeführerin im Rahmen eines stationären Aufenthalts vom 6. bis 14. Oktober 2015 in der Klinik J.\_\_\_\_\_ einer komplexen, zehnstündigen Rückenoperation. Der Operateur, Dr. med. D.\_\_\_\_\_, hielt im Operationsbericht vom 7. Oktober 2015 fest, dass die postoperative Röntgenkontrolle eine äusserst zufriedenstellende Korrektur der Skoliose bei korrekt liegenden Implantaten gezeigt habe (IV-act. 35 S. 10 ff.). Im Austrittsbericht vom 29. Oktober 2015 wurde ausgeführt, dass der Verlauf in Anbetracht des ausgedehnten zehnstündigen Eingriffs sehr gut sei (IV-act. 35 S. 8 f.). Am 3. Dezember 2015 berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_\_ über eine ambulante Nachkontrolle vom 1. Dezember 2015. Er hielt fest, dass bei der komplexen,

zehnstündigen Operation die Skoliose von 40 Grad auf praktisch 0 Grad habe korrigiert werden können. Klinisch zeige sich acht Wochen nach der Operation ein sehr gutes Ergebnis. Im Rahmen der angeordneten Physiotherapie seien keine mobilisierenden Übungen erlaubt, um die Konstruktion sechs Monate zu schützen (IV-act. 35 S. 6 f.).

#### **E. 7.6**

Im Verlaufsbericht vom 29. Januar 2016 führte der Hausarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ aus, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin dermassen verschlechtert habe, dass am 7. Oktober 2015 eine komplizierte Operation habe durchgeführt werden müssen. Postoperativ habe sich leider nur ein protrahiertes Ansprechen der Schmerzen bei klinisch gutem operativem Ergebnis gezeigt. Es bestehe weiterhin eine stark eingeschränkte Mobilität aufgrund der operierten Skoliose sowie der darauf folgenden Versteifung. Es bestünden weiterhin Schmerzen im Bereich des linken Beins. Die lumbalen Schmerzen hätten sich etwas gebessert. Der Psychostatus sei unauffällig. Neben der bekannten Diagnose nannte der Hausarzt einen Verdacht auf das Vorliegen eines Morbus Parkinson. Er hielt fest, dass aufgrund der Schmerzen und der deutlichen Einschränkung aktuell neben der angestammten Tätigkeit auch die Ausübung einer anderen Tätigkeit nicht zumutbar sei. Haushaltsarbeiten könne die Beschwerdeführerin auch nicht mehr durchführen (IV-act. 35 S. 1 ff.).

#### **E. 7.7**

Der RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 18. Februar 2016 fest, dass in den neu vorgelegten Unterlagen keine erhebliche Änderung des Gesundheitszustandes im Sinne einer Verbesserung dokumentiert werde. Es könne davon ausgegangen werden, dass hier eine länger dauernde Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Es sei höchstens mit einer längerfristigen und langsamen Abnahme der Beschwerden zu rechnen. Eine wesentliche Arbeitsfähigkeit werde dadurch aber nicht mehr erreicht werden. Die Tätigkeit als Haushälterin/Raumpflegerin werde nie mehr möglich sein. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit betrage 0 %. Bei der eventuell zu erwartenden leichten Verbesserung der Beschwerden könne eine angepasste Teilarbeitsfähigkeit von maximal 20 % bis 30 % in einem halben Jahr erwartet werden (IV-act. 38).

#### **E. 7.8**

Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Arzt für Innere Medizin, hielt im Formulargutachten E 213 vom 11. März 2016 folgende Diagnosen fest: - adulte lumbale Skoliose 40 Grad rechtskonvex, wahrscheinlich Adoleszentskoliose mit massiver Rotation und Apex Höhe L2 - Coxarthrose, Zustand nach Hüft-TEP links - HWS-Syndrom - arterieller Hypertonus - Zustand nach zerebralem Insult mit weitgehend reversiblen neurologischem Defizit 2009 Der Gutachter gab an, dass die Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit sowie eine angepasste Tätigkeit nur noch unter drei Stunden pro Tag verrichten könne (IV-act. 41).

#### **E. 7.9**

Dr. med. D. \_\_\_\_\_ führte neun Monate nach der Operation eine Nachkontrolle durch. Im Bericht vom 31. August 2016 führte er aus, dass das erreichte Ergebnis in Anbetracht des präoperativen Zustandes subjektiv und objektiv sicherlich hoch erfreulich sei. Die residuellen Beschwerden im Kreuz bzw. im Zugangsbereich ventral seien akzeptabel und von der Beschwerdeführerin tolerierbar. Dorsal bestünden reguläre Verhältnisse. Die Behandlung könne abgeschlossen werden, es sei eine weitere Besserung durch die Zeit und

eine weitere Adaptierung an die veränderten Umstände zu erwarten (IV-act. 49 S. 2).

#### **E. 7.10**

Am 12. Oktober 2016 berichtete der Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_, dass sich eine leichte Besserung seit Januar 2016 zeige, bei jedoch weiterhin vorhandenen, aber deutlich gebesserten Rückenschmerzen. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit gehe er nach wie vor nicht von einer Steigerung aus. Es bestehe nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (IV-act. 49 S. 1).

#### **E. 7.11**

Der RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2016 fest, dass aus den neuen Akten eine allmähliche Besserung des Zustandes hervorgehe, so dass die in der Stellungnahme vom 18. Februar 2016 vermutete Teilarbeitsfähigkeit von maximal 20 % bis 30 % innerhalb eines halben Jahres als realistisch erscheine. Wahrscheinlich könne ab Anfang 2017 mit dieser Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Bücken, ohne Heben von Gewichten über 2 bis 3 kg, ohne Kälte und Nässe, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten) gerechnet werden. Danach sei eine allmähliche Steigerung innerhalb eines halben Jahres auf 50 % möglich, was wahrscheinlich das Maximum darstelle (IV-act. 51).

#### **E. 7.12**

Am 20. Januar 2017 berichtete der Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_, dass sich der Zustand seit dem 12. Oktober 2016 nicht verändert habe. Es bestünden weiterhin starke Schmerzen, eine Unfähigkeit, grössere Strecken ohne Schmerzen zu gehen, sowie chronische Rückenschmerzen. Zur Arbeitsfähigkeit nahm er keine Stellung, weil dazu aus seiner Sicht ein Berufs-Assessment nötig wäre (IV-act. 53).

#### **E. 7.13**

Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 26. Januar 2017 fest, dass es der Beschwerdeführerin nach der operativen Intervention mit Korrektur der Skoliose am 7. Oktober 2015 recht gut gehe und die Operation sicherlich verhindert habe, dass sie schwerstens invalidisiert sei. Allerdings reiche das Operationsergebnis nicht aus, um rückenbelastende Arbeiten oder Belastungen durchzuhalten. Sie müsste meistens sitzen, mit etwas abwechselnd gehender und stehender Tätigkeit und dies auch nur für einen halben Tag. Dies entspreche höchstens einer Arbeitsfähigkeit von 25 % bei geeigneter Arbeit. Er könne den Entschluss der IV, der Beschwerdeführerin keine Rente zuzusprechen, als Wirbelsäulenchirurg nicht nachvollziehen (IV-act. 58).

#### **E. 7.14**

Der RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 11. April 2017 fest, dass die neu eingereichten Berichte seine Beurteilung vom 31. Oktober 2016 bestätigten. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit über einen halben Tag werde nicht möglich sein. Eine gewisse Leistungseinschränkung werde ebenfalls weiterhin bestehen bleiben. Nach einer Einarbeitungszeit von rund einem halben Jahr sei maximal eine halbtägige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsverminderung von rund 20 % zu erwarten. Es müsse sich dabei um eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit handeln ohne Rückenbelastung sowie ohne Kälte und Nässe. Grundsätzlich könne jetzt mit einer zwei bis dreistündigen Tätigkeit täglich begonnen werden, mit entsprechender Steigerung innerhalb eines halben Jahres auf eine halbtägige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 61).

### **E. 7.15**

Im beschwerdeweise eingereichten Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 24. August 2017 wird festgehalten, dass der Operationserfolg leider ausgeblieben sei, obwohl es eine Zeit lang gut ausgesehen habe. Das sei aber in Anbetracht der Komplexität der Skoliose und der Intervention nicht verwunderlich. Zudem sei im CT eine Coxarthrose rechts mit subchondraler Zystenbildung zu erkennen. Dies müsse durch einen Spezialisten abgeklärt werden (Beilage 4 zu BVGer-act. 1).

### **E. 8.1**

Unbestritten und aufgrund der Akten ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung ihrer angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin aufgrund ihres Rückenleidens seit dem 18. Februar 2015 nicht mehr zumutbar ist (vgl. Stellungnahme des RAD vom 8. Oktober 2015; IV-act. 32). Das Wartejahr im Sinn von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG lief damit im Februar 2016, mithin mehr als sechs Monate nach der IV-Anmeldung vom 17. April 2015, ab. Ein allfälliger Rentenanspruch konnte damit frühestens am 1. Februar 2016 entstehen (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG).

### **E. 8.2**

Ebenfalls unstrittig und aktenmässig ausgewiesen ist, dass die Beschwerdeführerin bei Ablauf des Wartjahres im Februar 2016 aufgrund des Rückenleidens auch in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht arbeitsfähig war. Der RAD hat in seiner Stellungnahme vom 18. Februar 2016 hierzu in Übereinstimmung mit den Berichten der behandelnden Ärzte nachvollziehbar ausgeführt, dass die am 7. Oktober 2015 durchgeführte grosse Operation der Skoliose bisher keine wesentliche Verbesserung der Beschwerden gebracht habe und die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (nach wie vor) 0 % betrage (IV-act. 38). Auch in der Stellungnahme vom 31. Oktober 2016 hat der RAD noch keine Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit attestiert (IV-act. 51), was angesichts des Berichts des behandelnden Facharztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 31. August 2016, dem auch eine kurze klinische Befunderhebung der Wirbelsäule zu entnehmen ist, sowie dem Bericht des Hausarztes Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 12. Oktober 2016 ebenfalls nachvollziehbar ist. Die Invalidität im Erwerbsbereich beträgt damit ab 1. Februar 2016 100 %.

### **E. 8.3**

Im Rahmen der Haushaltsabklärung gab die Beschwerdeführerin an, dass sie im Gesundheitsfall mit einem Pensum von 50 % als Haushaltshilfe erwerbstätig wäre. Die Vorinstanz ging in der Folge von einem Status von 50 % Erwerbstätigkeit und 50 % Haushalt aus, was von der Beschwerdeführerin nicht in Frage gestellt wird. Die Einschränkung im Haushalt von 36 % ab Februar 2016 ist aufgrund des Berichts über die Abklärung an Ort und Stelle vom 17. Mai 2016 (IV-act. 46) ebenfalls als ausgewiesen zu betrachten. Die Vorinstanz ermittelte den Invaliditätsgrad ab 1. Februar 2016 in Anwendung der gemischten Methode nach Art. 28a Abs. 3 IVG, was bei der vorliegenden Konstellation auch im Hinblick auf das Urteil des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) vom 2. Februar 2016 in Sachen Di Trizio gegen Schweiz (7186/09) nicht zu beanstanden ist (BGE 143 I 50 E. 4.4; vgl. auch Urteil des BGer 8C\_462/2017 vom 30. Januar 2018 E. 5.2). Daraus ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 68 % ( $0.5 \times 100 \% + 0.5 \times 36 \%$ ). Die Zusprache einer Dreiviertelsrente ab 1. Februar 2016 ist somit nicht zu beanstanden.

## **E. 9**

Streitig und zu prüfen ist die Befristung der Dreiviertelsrente. Dabei ist insbesondere zu klären, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgeht, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ab 1. Januar 2017 wieder verbessert hat, so dass ihr ab diesem Zeitpunkt die Ausübung einer leidensangepassten Tätigkeit wieder zu 30 % zuzumuten war.

### **E. 9.1**

Die Vorinstanz stützte sich im Wesentlichen auf die Beurteilung des RAD. Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis IVG). Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 2.2).

### **E. 9.2**

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten (BGE 125 V 351 E. 3b/bb) vergleichbar, sofern sie den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Selbst eine Stellungnahme des RAD, die nicht auf einer eigenen Untersuchung beruht, kann wie ein Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des BGer 9C\_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1). Soweit die RAD-Ärzte nicht selber medizinische Befunde erheben, sondern die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei, müssen die Akten für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen enthalten. Ist das nicht der Fall, kann die RAD-Stellungnahme in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteile des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

### **E. 9.3**

Der RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ hat vorliegend keine eigenen Untersuchungen durchgeführt, sondern eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen. Hinsichtlich der zu prüfenden Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Rentenbeginn am 1. Februar 2016 bis zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung per 31. März 2017 in anspruchrelevanter Weise verbessert hat (siehe E. 5.4.2), standen dem RAD-Arzt insbesondere Berichte behandelnder Ärzte zur Verfügung. Dem ärztlichen Formulargutachten E 213 vom 10. März 2016, das dem RAD ebenfalls vorgelegt wurde, kann diesbezüglich keine Aussagekraft beigemessen werden, beruht es doch nicht auf einer eigenen Untersuchung, sondern auf Arztberichten, die vor der massgebenden Zeitspanne erstellt wurden (Berichte vom 28. Dezember 2009, vom 16. April 2010, vom 9. März 2012

und vom 29. Oktober 2015). Gestützt auf die Berichte des behandelnden Facharztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 31. August 2016 und des Hausarztes Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 12. Oktober 2016 ging der RAD-Arzt in seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2016 davon aus, dass eine allmähliche Besserung des Zustandes zu beobachten sei. Er prognostizierte das Erreichen einer Arbeitsfähigkeit von 20 % bis 30 % in einer leidensangepassten Tätigkeit aber erst ab Anfang 2017 (IV-act. 51). Am 20. Januar 2017 berichtete Dr. med. G. \_\_\_\_\_ sodann, dass sich der Zustand seit dem 12. Oktober 2016 nicht verändert habe. Auch im Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 26. Januar 2017 wird keine Verbesserung des Gesundheitszustandes beschrieben. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hielt jedoch fest, dass von einer Arbeitsfähigkeit von höchstens 25 % in einer überwiegend sitzenden und etwas abwechselnd gehender und stehender Tätigkeit ausgegangen werden könne. In Würdigung dieser beiden Arztberichte vom Januar 2017 kam der RAD-Arzt in seiner Stellungnahme vom 11. April 2017 zum Schluss, dass sich seine Prognose bestätigt habe und ab jetzt mit einer Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit von zwei bis drei Stunden täglich zu rechnen sei.

#### **E. 9.4**

Die Einschätzung des RAD, wonach ab April 2017 infolge einer Verbesserung des Gesundheitszustandes wieder eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bestand, stützt sich damit hauptsächlich auf den Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 26. Januar 2017. Dieser hat die Beschwerdeführerin am 24. Januar 2017 zwar persönlich in seiner Sprechstunde gesehen, Befunde einer klinischen Untersuchung hat er in seinem kurzen Bericht jedoch nicht festgehalten. Damit konnte sich der RAD-Arzt für seine Beurteilung der Entwicklung des Gesundheitszustandes sowie für seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ab April 2017 nicht auf eine fachärztliche, aktuelle klinische Untersuchung abstützen. Gerade bei Gesundheitsschäden an der Wirbelsäule stellt die klinische Untersuchung aber die wichtigste Prüfung dar (Urteil des BGer 9C\_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2.2). Bei Gesundheitsschäden im Bereich der Orthopädie ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zudem eine Diagnose des Funktionsausfalles (Funktionsdiagnose), d.h. eine qualitative und quantitative Analyse der Funktionsstörung des Bewegungsapparates und seiner Folgen für die versicherte Person von zentraler Bedeutung (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C\_335/2015 E. 4.2.2; vgl. auch Urteil des BVerfG C-6103/2016 vom 11. Juli 2017 E. 6.3.1). Zu den aktuellen funktionellen Einschränkungen enthält der Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 26. Januar 2017 ebenfalls keine genauen Angaben. Die dem RAD vorgelegten medizinischen Unterlagen erlaubten es damit nicht, eine anspruchsrelevante Verbesserung des Gesundheitszustandes ab Januar 2017 bzw. eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (zeitlicher Umfang und Belastungsprofil) ab April 2017 in zuverlässiger Weise zu bejahen (vgl. Urteil des BGer 9C\_822/2017 vom 19. Februar 2018 E. 4.2).

#### **E. 9.5**

Überdies erlauben es die vorliegenden medizinischen Akten nicht, zu beurteilen, ob eine im Januar 2017 allenfalls eingetretene Zustandsverbesserung überhaupt für den Rentenanspruch relevant werden konnte. Die Verbesserung des Gesundheitszustandes wird gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV revisionsrechtlich nämlich erst ab dem Zeitpunkt relevant, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Davon ist jedenfalls dann auszugehen, wenn die Verbesserung ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. BGE

9C\_675/2016 vom 18. April 2017 E. 2.3.1). Seit dem Januar 2017 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung ist der medizinische Verlauf nicht mehr dokumentiert. Angesichts der im Oktober 2016 durchgeführten komplexen Rückenoperation und der in der Folge dokumentierten nur sehr langsam eingetretenen Verbesserung des Zustands, kann nicht ohne Weiteres darauf geschlossen werden, dass eine im Januar 2017 eingetretene Verbesserung ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Zudem handelt es sich bei der Einschätzung des RAD um eine Prognose, deren Verwirklichung vor Verfügungserlass nicht verifiziert wurde, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Insofern sind die Voraussetzungen für die Befristung der zugesprochenen Invalidenrente unter diesem revisionsrechtlichen Gesichtspunkt nicht überwiegend wahrscheinlich, sondern erscheinen aufgrund des im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichts von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 24. August 2017 vielmehr überaus zweifelhaft. Zwar wurde dieser Bericht erst nach dem für die gerichtliche Beurteilung massgebenden Zeitpunkt bei Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt; er ist hier aber ausnahmsweise zu berücksichtigen, weil daraus auch Rückschlüsse auf die Entwicklung des Gesundheitszustandes bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung gezogen werden können (vgl. Urteil des BGer 9C\_48/2015 E. 3.2.1). Dies erweckt weitere Zweifel an der Einschätzung des RAD.

#### **E. 9.6**

Im dargelegten Sinn können die Voraussetzungen für eine blosser Aktenbeurteilung durch den RAD nicht als gegeben erachtet werden. Mit Blick auf die Revisionsvoraussetzungen ist nicht von einem lückenloser Befund bzw. einem feststehenden medizinischen Sachverhalt auszugehen. Die Vorinstanz durfte daher gestützt auf die Einschätzung des RAD nicht davon ausgehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Rentenbeginn am 1. Februar 2016 in anspruchrelevanter Weise verbessert hat. Diesbezüglich sind von weiteren medizinischen Abklärungen keine entscheidewesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts wie hier nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es grundsätzlich unter revisionsrechtlichem Blickwinkel nach dem Prinzip der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (siehe E. 5.4.1). Dass sich am medizinischen Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung etwas geändert hätte, ist nicht ersichtlich. Die Voraussetzungen für eine Befristung der Rente sind damit nicht erfüllt, weshalb die angefochtene Verfügung in Gutheissung der Beschwerde insoweit abzuändern ist, als gemäss dem Hauptbegehren der Beschwerdeführerin die ab 1. März 2016 zugesprochene Dreiviertelsrente unbefristet zuzusprechen ist. Die Beschwerdeführerin hat damit auch ab 1. April 2017 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Soweit die Beschwerdeführerin gestützt auf den Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 24. August 2017 eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes nach Erlass der angefochtenen Verfügung geltend macht, ist dies im Rahmen eines neuen Revisionsverfahrens zu prüfen. Die Verfahrensakten sind daher zwecks Prüfung eines Revisionsgesuchs an die Vorinstanz zu überweisen.

#### **E. 10.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Der obsiegenden Beschwerdeführerin sind keine Kosten aufzuerlegen.

Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 10.2**

Die obsiegende Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung, womit die mit Zwischenverfügung vom 29. September 2017 gewährte unentgeltliche Rechtsverteidigung gegenstandslos wird. Die Rechtsvertreterin hat eine detaillierte Kostennote eingereicht und macht für die Vertretung der Beschwerdeführerin Kosten von insgesamt Fr. 3'287.30 (12.08 Stunden à Fr. 260.- zuzüglich Auslagen von Fr. 146.50) geltend, was unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens angemessen erscheint. Der Beschwerdeführerin ist somit zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung in der Höhe von insgesamt Fr. 3'287.30 zuzusprechen. Die Parteientschädigung umfasst keinen Mehrwertsteuerzuschlag im Sinne von Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE.

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