

BVGer C-7541/2016 vom 31. Januar 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7541_2016

FR: TAF C-7541/2016 du 31 janvier 2019

IT: TAF C-7541/2016 del 31 gennaio 2019

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG. Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 lit. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist vorliegend nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.3

Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; sie ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, sodass sie im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Zum Antrag auf unentgeltliche Prozessführung wird auf E. 9.1 verwiesen. Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht worden ist (Art. 60 ATSG und Art. 52 VwVG), ist darauf einzutreten.

E. 2.1

Gemäss Art. 40 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.201) ist die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet ein Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin war vor Eintritt des Gesundheitsschadens zuletzt als Mitarbeiterin in der Produktion in der Schweiz als Grenzgängerin erwerbstätig und lebte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in (...) (Deutschland). Sie macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt ihrer Tätigkeit als Grenzgängerin zurückgeht und zu deren Abbruch geführt haben soll. Unter diesen Umständen war die kantonale IV-Stelle C._____ für die Entgegennahme und Prüfung seines Rentenrevisionsgesuchs sowie die Vorinstanz für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

E. 3

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

E. 4.1

Die Beschwerdeführerin besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681, in Kraft getreten am 1. Juni 2002) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA zur Anwendung. Der Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 4.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 7. Oktober 2016 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. Vorliegend ist das IVG und die IVV in den Fassungen der 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket (Revision 6a) anzuwenden (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], in Kraft seit 1. Januar 2012; die IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679], in Kraft seit 1. Januar 2012). Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) zu beachten.

E. 4.3

Anfechtungsgegenstand und damit Grenze der Überprüfungsbefugnis im Beschwerdeverfahren werden grundsätzlich durch die Verfügung im Verwaltungsverfahren bestimmt (BGE 133 II 30; BGE 122 V 36 E. 2a). Vorliegend bildet die den Vorbescheid der Vorinstanz vom 4. August 2016 (IV-act. 60) bestätigende Verfügung vom 7. Oktober 2016 (IV-act. 68) das Anfechtungsobjekt.

E. 5

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und zu prüfen, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 7. Oktober 2016 die Rente der Beschwerdeführerin zu Recht bis zum 30. Juni 2015 befristet hat. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 5.1

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. Der Anspruch auf eine ganze Rente besteht, 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 (Art. 28 Abs. 2 IVG). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (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. 5.2

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Das Gesetz weist auf dem Gebiet der Invalidenversicherung der (örtlich zuständigen) IV-Stelle die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung (vgl. Art. 49 ATSG) über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (BGE 136 V 376 E. 4.1.1).

E. 5.3.1

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 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 zu-gemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4). Dabei obliegt die Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit (z.B. nur sitzende oder stehende Arbeiten, nur beschränktes Heben/Tragen von Lasten, Arbeit im Freien oder in geheizten Räumen u.a.) den Ärzten, wogegen die von der IV-Stelle gegebenenfalls heranzuziehenden Fachleute der Berufsberatung bestimmen können, welche ganz konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der ärztlichen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen (Urteil des BGer 9C_833/2007 vom 4. Juli 2008 E. 3.3.2 m.H.). Die rein wirtschaftlichen und rechtlichen Beurteilungen, ins-besondere im Zusammenhang mit der Bestimmung der Erwerbsfähigkeit, obliegen dagegen der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht (zur antizipierten Beweiswürdigung und objektiven Beweislast vgl. Urteil des BVGer C-3268/2016 vom 2. November 2017 E. 3.2 m.w.H.).

E. 5.3.2

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, BGE 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (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). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

E. 5.3.3

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG nicht erfasst werden, weshalb die in dieser Norm enthaltenen Verfahrensregeln bei der Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung entfalten (BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258 ff.; Urteil des BGer 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist nach der Rechtsprechung mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219 f.). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit nicht abgestellt werden (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; Urteil 8C_385/2014 E. 4.2.2).

E. 5.3.4

Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person durch den RAD untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte

muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen (Urteile des Bundesgerichts 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011, 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen; RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4 und 1988 U 56 S. 371). Die IV-Stelle kann auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes nur abstellen, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. Urteil des BGer 9C_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.3 mit Hinweis auf das Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt indes nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

E. 6

Vorliegend hat die Vorinstanz der Versicherten mit Verfügung vom 7. Oktober 2016 für den Zeitraum von 1. Januar 2013 bis 30. Juni 2015 eine ganze Rente zugesprochen. Sie ist der Auffassung, dass ab 24. März 2015 der IV-Grad 24 % betrage, weshalb nach dem 30. Juni 2015 kein Anspruch auf eine IV-Rente mehr bestehe. Die Beschwerdeführerin hingegen verlangt die Aufhebung der Befristung und die weitere Ausrichtung einer ganzen Rente. Vorab ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen die erforderliche Mindestbeitragsdauer von drei Jahren gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllt hat (IV-act. 7, S. 3). Zu überprüfen bleibt die Rechtmässigkeit der angefochtenen Verfügung und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz die Rente der Beschwerdeführerin zu Recht auf den 30. Juni 2015 befristet hat.

E. 6.1

Im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 7. Oktober 2016 dienten der IV-Stelle C._____ als Entscheidungsbasis in medizinischer Hinsicht in erster Linie die Beurteilungen der RAD-Ärztin Dr. med. E._____, Fachärztin für Orthopädie, vom 2. Dezember 2015, 30. Juni 2016 und vom 20. September 2016 (IV-act. 49, S. 3 - 14; 58, S. 2 - 6; 66, S. 2 - 7), der kreisärztliche Untersuchungsbericht des agenturärztlichen Dienstes der SUVA G._____ vom 26. März 2015 sowie die im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten medizinischen Berichte (IV-act. 37, S. 1 - 7; 64, S. 3 - 9). Diese Unterlagen sowie weitere ärztliche Berichte sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

E. 6.1.1

Im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 26. März 2015 (IV-act. 37, S. 1 - 7), welcher anlässlich der Untersuchung vom 24. März 2015 erstellt worden war, führte Dr. med. univ. H._____, Arzt für Allgemeinmedizin und Kreisarzt, folgende Diagnose auf: Starke Einschränkungen der Bewegung und Belastbarkeit Schultern beidseits bei: - Globaler Schulterdysfunktion rechts bei: - St. post Schulterarthroskopie mit Rotatorenmanschettenrekonstruktion (Subscapularis), Bicepstenotomie, subacromialem Débridement, Acromioplastik und AC-Gelenksresektion rechts am 28.03.2013 bei: - Subscapularisruptur (obere Hälfte), symptomatischer AC-Gelenksarthrose und symptomatischer SC-Gelenksarthrose Schulter rechts - Schmerzhaftes Pseudarthrose distale

Clavicula links bei: - St. n. alter distaler Claviculafraktur sowie St. post offener AC-Gelenksstabilisation 1992 bei: - St. n. Tossy III-Luxation - Rezidivierende Lumboischialgien - Rezidivierende Cervicalgien In seiner Beurteilung hielt Dr. med. univ. H. _____ zusammengefasst fest, anlässlich der Untersuchung habe sich eine ausgeprägte Bewegungs- und Belastungseinschränkung beider Schultergelenke gezeigt. Durch die Operation 2013 habe keine Verbesserung erreicht werden können. Einer operativen Revision der Claviculapseudarthrose links stehe die Versicherte aufgrund unsicherer Erfolgsaussichten verständlicherweise sehr kritisch gegenüber und diese komme derzeit für sie nicht in Frage. Von weiteren medizinischen Massnahmen wäre keine wesentliche Verbesserung zu erwarten.

E. 6.1.2

Im Bericht der Klinik I. _____ vom 29. Mai 2015, unterzeichnet von Prof. Dr. med. J. _____, Chefarzt der Klinik I. _____ (IV-act. 64. S. 4 f.) wurden folgende Diagnosen genannt: - schwerste Osteochondrose L5/S1 - Verdacht auf aktivierte ISG-Arthrose bds. - Multipelste Enthesiopathien - Verdacht auf Morton Neurom rechter Fuss - Ausschluss Spinalkanalstenose - Zust. n. Polytrauma mit Fraktur, bzw. Luxation des rechten Sternoclaviculargelenks - Zust. n. Rotatorenmanschetten- Rekonstruktion der re. Schulter - Zust. n. Laser- Bandscheiben-OP L5/S1 2010 (Praxis Dr. K. _____) In der Beurteilung und zum weiteren Procedere wurde die Durchführung eines 3-Phasen-Skelettszintigrammes zur Abgrenzung echter entzündlicher Herde sowie eine Abklärung des rechten Fusses in einer Fussprechstunde und ein rheumatologisches Basislabor mit CCP und RF und zusätzlich aktuellen Entzündungs- und Leberwerten empfohlen.

E. 6.1.3

Dr. L. _____, Facharzt für Innere Medizin, Nephrologie und Rheumatologie, Hypertensiologe (https://www.M._____.de/, eingesehen am 10. Januar 2019) der fachinternistischen Gemeinschaftspraxis N. _____ erhob anlässlich der Untersuchung am 14. Oktober 2015 (IV-act. 52, S. 2 f.; 64, S. 6) folgende Diagnosen: 1. Polyarthrose - Omarthrosen bds. - AC-Gelenksarthrose - SC-Gelenksarthrose - Gonarthrose bds. - Coxarthrose links - Ellenbogenarthrose bds. - Schwere degenerative Wirbelsäulenerkrankung, Z.n. mehreren Bandscheiben-OP's 2. Z.n. Claviculafraktur links nach Arbeitsunfall Zum Verlauf und in der Beurteilung wurde angegeben, die durchgeführten Diagnosen schliessen klinisch, laborchemisch und auch radiologisch eine systemisch entzündliche Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit hoher Wahrscheinlichkeit aus. Die von der Patientin vorgetragenen Gelenkbeschwerden seien ausschliesslich auf degenerative Gelenkprozesse zurückzuführen, welche teilweise entzündlich aktiviert sein könnten. Es werde therapeutisch die Durchführung physikalischer Massnahmen empfohlen. Parallel dazu könnten entzündungshemmende bzw. schmerzlindernde Medikamente aus der Gruppe der NSAR verordnet werden.

E. 6.1.4

Die Ärzte am N. _____, Dres. med. P. _____ und Q. _____, Fachärzte für Allgemeinmedizin, gaben in ihrer ärztlichen Bescheinigung vom 24. Februar 2016 (IV-act. 64, S. 3) an, die Patientin leide auch an einer Polyarthrose, die definitiv nicht unfallbedingt sei. Dies gelte auch für die schwere degenerative Wirbelsäulenerkrankung.

E. 6.1.5

Im Bericht der kardiologischen Gemeinschaftspraxis F._____, Praxis für Herz- und Gefässmedizin vom 20. Juni 2016 (IV-act. 64, S. 7 - 9, Unterschrift fehlt) wurde das Folgende genannt: Diagnosen: - Koronararteriosklerose, formal Eingefässerkrankung ACD mittleres Drittel 50 %, seitens Angina im Alltag beschwerdefrei (Koro 15.08.14) - Echokardiographisch erhaltene systolische Pumpfunktion - Kein Anhalt für symptomatische BCI bis 100 W-Stufe - Symptomatische ventrikuläre Extrasystole ohne Zunahme unter Belastung - Konservative Therapieempfehlung - Beendigung des Rauchens - Ausschluss einer Klappenerkrankung Kardiovaskuläre Risikofaktoren: - Nikotinkonsum, kumulativ ca. 40 py, 3 - 4 Zigaretten am Tag - Arterielle Hypertonie - Hypercholesterinämie - Geringes Übergewicht - Familiäre Disposition (Mutter, Bruder und Schwester Myokardinfarkt), heterozygote Faktoren Vernehmlassung-Mutation (familiär) Extrakardiale Diagnosen: - Z. n. mehrfachen lumbalen Bandscheibenvorfällen - Penicillin-Allergie - Geringgradige Supraaortalsklerose Nach einer klinischen Untersuchung wurde zusammenfassend angegeben, es bestehe eine geringgradig ausgeprägte, aber subjektiv störend empfundene ventrikuläre Extrasystole. Die Extrasystolen seien aber nicht belastungsgetriggert, es ergebe sich jetzt kein Anhaltspunkt weder klinisch noch nach den Untersuchungsergebnissen für eine Progression der Koronararteriosklerose. Es werde keine spezifische antiarrhythmische Therapie empfohlen.

E. 6.1.6

Nachdem die SUVA-Akten der RAD-Ärztin Dr. med. E._____, Fachärztin für Orthopädie, unterbreitet worden waren, konnte diese in ihrer Stellungnahme vom 2. Dezember 2015 (IV-act. 49, S. 3 - 14) aus fachorthopädischer Sicht - wie im Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 24. März 2015 dargelegt - nachvollziehen, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bei der Firma B._____, die gewichtsmässig als mittelschwer einzustufen sei und bei der die Versicherte mit den Armen oft auf Brusthöhe und darüber habe arbeiten müssen, nicht mehr zumutbar sei. Mögliche Einschränkungen durch ggf. bestehende degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule seien aus kreisärztlicher Sicht nicht berücksichtigt worden, weshalb weitere Unterlagen eingereicht werden müssten. Nachdem Dr. med. E._____ Einsicht in die verlangten medizinischen Berichte, u.a. in die bildgebenden Befunde der radiologischen Praxis F._____ (IV-act. 52, S. 7; 54, S. 1 - 3) genommen hatte, befand sie in ihrer Beurteilung vom 30. Juni 2016 (IV-act. 58, S. 2 - 6) die Versicherte seit dem Unfall am 30. Januar 2012, jedoch spätestens seit der OP an der rechten Schulter am 28. März 2013 aufgrund der eingeschränkten Beweglichkeit beider Schultergelenke in der angestammten Tätigkeit dauerhaft für arbeitsunfähig. Seit der kreisärztlichen Untersuchung am 24. März 2015 könne eine ganztägige Arbeitsfähigkeit für angepasste, körperlich sehr leichte Tätigkeiten angenommen werden, wenn keine Tätigkeiten über Brusthöhe, keine Tätigkeiten körperfern insbesondere unter Gewichtsbelastung, Tätigkeiten mit Gewichtsbelastung von 1 kg, selten 2 kg (mit nur anliegenden) beziehungsweise maximal 20 % vom Körper abgespreizten Armen ausgeübt werden. Zudem seien keine Tätigkeiten zumutbar, bei denen ein Ziehen oder Schieben gegen erhöhten Widerstand notwendig sei. In Frage käme somit insgesamt nur eine körperlich leichte Tätigkeit auf Bauchniveau. Aufgrund der degenerativen Wirbelsäulen-Veränderungen sollten auch ausschliesslich im Stehen und Gehen auszuübende Tätigkeiten vermieden werden und solche mit repetitiven Oberkörpervorneige. Zu den im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten medizinischen Berichten (vgl. E. 6.1.2 - 6.1.5) verwies Dr. med. E._____ in ihrer

Beurteilung vom 20. September 2016 (IV-act. 66, S. 2 - 6) auf ihre früheren Stellungnahmen und führte zusammenfassend aus, den neu vorliegenden Berichten könnten keine Befunde entnommen werden, die eine Gesundheitsstörung objektivierten, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer der körperlichen Belastbarkeit der Versicherten angepassten Tätigkeit begründeten, sofern das genannte Belastungsprofil eingehalten werde.

E. 6.2

Vorliegend führte die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ für die Beurteilung des Leistungsanspruchs der Versicherten keine eigene ärztliche Untersuchung durch, sondern zog die Unterlagen der SUVA sowie die medizinischen Atteste der deutschen Ärzte heran und wertete diese aus. Die Beurteilungen vom 2. Dezember 2015, 30. Juni 2016 und vom 20. September 2016 (IV-act. 49, S. 3 - 14; 58, S. 2 - 6; 66, S. 2 - 7) sind somit reine Aktenberichte. Ihnen kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden, denn sie sind entscheidrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5). Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 5.3.3 f. hiervor), kann darauf nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass die Stellungnahmen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen.

E. 6.2.1

Die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ beurteilte die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der vorhandenen Akten des Dossiers. In ihrem ersten Bericht vom 2. Dezember 2015 (IV-act. 49, S. 3 - 14) würdigte sie die SUVA-Akten und äusserte sich vorwiegend über die Schulterbeschwerden. Sie gab zusammenfassend an, dass die Versicherte bei einem Arbeitsunfall am 30. Januar 2012 vordergründig eine Schulterverletzung rechts erlitten habe. Dadurch sei es zwar nicht zu einer wesentlichen Verletzung der Schulter, aber zu einer partiellen Einschränkung der Schultergelenksbeweglichkeit gekommen. Am 28. März 2013 sei aus fachorthopädisch nicht nachvollziehbaren Gründen ein operativer Eingriff an der rechten Schulter erfolgt. Dieser Eingriff habe zu keiner Verbesserung, sondern eher zu einer Verschlechterung der Situation an der rechten Schulter geführt. Danach habe sich eine hochgradig eingeschränkte Schultergelenksbeweglichkeit entwickelt; in einer MRI-Bildgebung vom 5. Januar 2015 habe dafür kein organisches Korrelat objektiviert werden können. Bezüglich der Schulterbeschwerden und deren Verlauf sind die Angaben von Dr. med. E. _____ nicht widersprüchlich zu den Akten, sodass darauf abgestellt werden kann.

E. 6.2.2

Zum Bericht der Klinik R. _____, Abteilung für Wirbelsäulen Chirurgie, vom 26. April 2012 von Dr. med. S. _____ (IV-act. 52, S. 10 f.) gab Dr. med. E. _____ lediglich an, dass ein Bandscheibenvorfall an der HWS in Höhe C6/C7 bestehe; zu den von Dr. med. S. _____ festgestellten deutlichen degenerativen Veränderungen i.S. einer Osteochondrose mit ersten Modic-Zeichen sowie zu den Diagnosen Lumbalgie und Dorsalgie äusserte sie sich hingegen nicht weiter. Bezugnehmend auf die kreisärztliche Untersuchung vom 26. März 2015 (IV-act. 37, S. 1 - 7), bei welcher die aktive Beweglichkeit der Schultern (Anteversion, Retroversion, Aussenrotation, Innenrotation) abgeklärt wurde, führte Dr. med. E. _____ aus, aus kreisärztlicher Sicht sei in einer angepassten, körperlich sehr leichten und leichten Tätigkeit eine ganztägige

Arbeitsfähigkeit gegeben. Sie gab wohl an, es seien nur die Einschränkungen berücksichtigt worden, die sich aus der Funktionsstörung der rechten Schulter ergäben und verlangte aufgrund fehlender aktueller Berichte weitere Unterlagen ein, nämlich Behandlungsberichte sowie Originalbilder vom MRI und Röntgenbilder der HWS, BSW und LWS sowie beider Schultergelenke. Jedoch erwähnte sie die von Dr. med. univ. H. _____ im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 26. März 2015 (IV-act. 37, S. 1 - 7) aufgeführten Diagnosen rezidivierende Lumboischialgien und Cervicalgien nicht weiter.

E. 6.2.3

In ihrer Beurteilung vom 30. Juni 2016 (IV-act. 58) nahm Dr. med. E. _____ Einsicht in die Kernspintomographien der LWS und BWS der Radiologische Praxis F. _____ (IV-act. 52, S. 7 f.; 54, S. 2 f.) und in die Berichte der Radiologie der Uniklinik D. _____ vom 3. Dezember 2012 und 5. Januar 2015 (IV-act. 51, S. 2 f., 4). Sie führte dazu aus, die im kreisärztlichen Bericht vom 24. März 2015 [recte: 26. März 2015] bestehenden Funktionsstörungen/Bewegungseinschränkungen auch am rechten Schultergelenk seien aus fachorthopädischer Sicht zumindest teilweise erklärbar. Zur Kernspintomographie der LWS vom 25. März 2015 hielt sie unter anderem fest, dass sich multisegmentale degenerative Bandscheibenveränderung an der mittleren und unteren LWS mit teilweisem Übergang in einen Bandscheibenvorfall zeigten, wobei sich im Hauptbefund ein relativ grosser Bandscheibenvorfall in Höhe L3/4 darstelle. Aber es zeigten sich auch hier, wie an den übrigen LWS-Segmenten keine Anhaltspunkte für eine relevante Beeinträchtigung von Nervengewebe. Am Segment L5/S1 zeigten sich nebenbefundlich an den Wirbelkörpervorderkanten noch grosse knöcherne Ausziehungen. Eine mögliche Beeinträchtigung von davor liegenden Bauchweichteilen konnte Dr. med. E. _____ nicht sicher ausschliessen. Jedoch führte sie aus, dass Beschwerden im Bauchbereich in den Unterlagen nicht ausgewiesen worden seien. Sie konnte aus den medizinischen Unterlagen keine klinischen Befunde entnehmen, die eine Beeinträchtigung der muskuloskelettalen Funktion im Bereich der Wirbelsäule oder der unteren Extremitäten objektivierten. Aufgrund der radiologischen Befunde zur LWS, BWS und HWS nahm sie überwiegend an, dass die degenerativen Wirbelsäulen-Veränderungen bisher nicht zu relevanten Beeinträchtigungen der muskuloskelettalen Funktion bzw. zu einem Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit geführt hätten. Mit Sicherheit konnte sie diese Annahmen jedoch nicht bestätigen.

E. 6.2.4

In ihrer Stellungnahme vom 20. September 2016 (IV-act. 66, S. 2 - 6) gab Dr. med. E. _____ die im Bericht der Klinik I. _____ vom 29. Mai 2015 (IV-act. 52, S. 5 f.; 64. S. 4 f.) erwähnten Diagnosen und Befunde nur teilweise wieder. Sie erwähnte lediglich, dass kein Lasègue vorliege, Missempfindungen am rechten Grosszeh nicht sicher radikulär zuzuordnen seien und weder ein Bandscheibenvorfall noch eine Spinalkanalstenose OP-würdigenden Ausmasses vorliege. Zu den von Prof. Dr. med. J. _____ gestellten weiteren Diagnosen (schwerste Osteochondrose L5/S1, multipelste Enthesiopathien) nahm sie nicht Stellung. Ebenso wenig äusserte sie sich zu dessen Befunden (Vornüberneigen sei sehr schmerzhaft, massiver Druckschmerz über L5/S1 bds., ISG rechts und geringer ISG links, massives Kapselmuster beider Hüften, Druckschmerz in den Leisten, Druckschmerz an den Trochanteren, massiver Druckschmerz auch an der rechten Fusssohle im Bereich des Interdigitalraumes D2/3 und vielleicht auch D1/2, Querkompressionsschmerz des Fussgewölbes wie bei Morton Neurom, "praktisch nicht mehr bewegliche Osteochondrose

L5/S1" und "massive ISG"). Auf die von Prof. Dr. med. J. _____ erwähnten Verdachte auf eine aktivierte beidseitige ISG-Arthrose sowie auf eines Morton Neuroms im rechten Fuss ging sie weder ein noch veranlasste sie betreffend dieser Beschwerdebilder weitere Abklärungen. Dr. med. E. _____ bezog sich in ihrer Beurteilung vom 20. September 2016 ebenfalls auf den Bericht von Dr. med. L. _____ (IV-act. 64, S. 6), welcher von der IV-Stelle C. _____ im Rahmen des Vorbescheidverfahrens übermittelt worden war. Sie gab als Ausstellungsdatum den 9. November 2015 (Datum der Übermittlung per Fax) an, erwähnte, dass der Bericht unvollständig sei (IV-act. 66, S. 2) und ging in Bezug auf die von Dr. med. L. _____ gestellte Diagnose Polyarthrose von multiplen Arthrosen an den Finger- und Zehengelenken aus, da diese in der Regel mit der Diagnose "Polyarthrose" gemeint seien. Sie schloss bei der Versicherten das Bestehen relevanter Polyarthrosen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit und mit Verweis auf die von Dr. L. _____ Bezug genommenen Röntgenuntersuchungen der Hände und Füsse, welche unauffällig waren, aus. Dr. med. L. _____, dessen Bericht übrigens am 28. Oktober 2015 ausgestellt worden war und als Aktorum 52 (S. 2 und 3) vollständig in den Akten liegt, nannte auf der ersten Seite die Diagnose Polyarthrose und führte neben einer AC- und einer SC-Gelenksarthrose sowie beidseitigen Omarthrosen auch beidseitige Gonarthrosen, Ellenbogenarthrosen und eine Coxarthrose links auf. Somit lagen gemäss Dr. L. _____ im Bereich der Schultern, der Ellenbogen sowie der Knie- und Hüftgelenke Arthrosen vor, zu welchen sich Dr. med. E. _____ nicht äusserte. Ausserdem nahm sie nicht zu der diagnostizierten schweren degenerativen Wirbelsäulenerkrankung Stellung. Offensichtlich hat Dr. med. E. _____ nicht in den vollständigen Bericht von Dr. med. L. _____ Einsicht genommen, sondern sich in ihrer Beurteilung nur auf dessen zweite Seite bezogen. Ihre Beurteilungen sind auch diesbezüglich unzureichend. Im Weiteren geht aus dem Bericht der orthopädischen Gemeinschaftspraxis vom 23. September 2013 (IV-act. 52, S. 9), welcher anlässlich des stationären Aufenthalts vom 16. bis 19. September 2013 erstellt worden war, hervor, dass die Versicherte bereits 2013 unter starken Schmerzen im Bereich der LWS mit Ausstrahlung in beide Beine gelitten hat. Zu diesem Zeitpunkt traten gelegentliche Dysästhesien im rechten Fuss auf. Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 24. März 2015 beklagte sich die Versicherte über Lähmungserscheinungen in den Beinen und führte aus, wegen dieser Beschwerden nicht lange sitzen zu können. Dr. med. E. _____ hat sich jedoch zu den von der Versicherten beklagten Leiden nicht geäussert. Ausserdem ist festzuhalten, dass Dr. med. E. _____ in ihrer Beurteilung vom 20. September 2016 mit Verweis auf ihren Bericht vom 30. Juni 2016 (IV-act. 58) lediglich angab, dass bei der Versicherten seit dem Unfall am 30. Januar 2013 in der angestammten Tätigkeit dauerhaft keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Gestützt auf den kreisärztlichen Bericht vom 26. März 2015 (IV-act. 37, S. 1 - 7) führte sie dann aus, die Versicherte sei ab 24. März 2016 in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Inwiefern im Zeitraum vom 30. Januar 2013 bis zum 24. März 2016 eine Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit bestanden hat, wurde jedoch nicht abgeklärt. Die Feststellungen der RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ in Bezug auf ihre Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit sind somit unvollständig.

E. 6.2.5

Die Versicherte liess beschwerdeweise rügen, dass die Vorinstanz ihren Anspruch auf das rechtliche Gehör verletzt habe, indem sie sich zur Abklärungen kardiologischer Beschwerdebilder auf einen Bericht vom 20. Juni 2016 verwiesen habe, welcher nicht in den Vorakten enthalten sei. Dazu ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin selbst im Rahmen des den erwähnten Arztbericht mit ihrer Eingabe vom 8. September 2016 (IV-act.

64) eingereicht und darum gebeten hat, ihre gesundheitliche Situation u.a. bezüglich der Auswirkungen der Herzerkrankungen zu dokumentieren. Offensichtlich hat sie Kenntnis vom Bericht der kardiologischen Gemeinschaftspraxis F._____ vom 20. Juni 2016 (IV-act. 64, S. 7 - 9, vgl. E. 6.1.5) gehabt. Ihre Rüge betreffend die Verletzung des rechtlichen Gehörs durch die Vorinstanz ist deshalb unbegründet. Bezüglich der kardiologischen Beschwerdebilder ist festzuhalten, dass Dr. med. E._____ im Wesentlichen die im Bericht der kardiologischen Gemeinschaftspraxis F._____ aufgeführten Befunde zusammengefasst, dazu Stellung genommen und das Bestehen einer relevanten Herzerkrankung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen hat. Ihre Einschätzungen sind nicht widersprüchlich zu den Akten, weshalb darauf abzustellen ist.

E. 6.2.6

Wie oben dargelegt weisen die RAD-Berichte grobe Mängel auf. Sie stützen sich zum einen auf eine unvollständige Aktenlage. Offensichtlich hat Dr. med. E._____ nicht alle Berichte gewürdigt noch sich mit den gesamten Vorakten auseinandergesetzt. Zum anderen hat sie keine umfassende Diagnosen unter Verwendung der ICD-10 Codes genannt. Ebenso wenig hat sie Stellung zu den geklagten Beschwerden genommen. Neurologische Krankheitsbilder sind unberücksichtigt geblieben. Ausserdem sind die Angaben zur Arbeitsfähigkeit nicht vollständig. Die Beurteilungen von Dr. med. E._____ sind nicht lückenlos, unvollständig und können nicht nachvollzogen werden. Sie genügen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht nicht. Die Voraussetzungen für eine blosser Aktenbeurteilung durch den RAD waren nicht gegeben (E. 5.3.3 f.).

E. 6.3.1

Unter den gegebenen Umständen ist festzuhalten, dass eine zuverlässige Einschätzung, in welchem Mass die Beschwerdeführerin Einschränkungen unterliegt, aufgrund der bestehenden Aktenlage und ohne deren persönliche Untersuchung nicht rechtsgenügend beurteilt werden kann. Der rechtserhebliche Sachverhalt in medizinischer Hinsicht resp. die Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist durch die Vorinstanz nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt wurden (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 und Art. 49 lit. b VwVG), sodass die Verfügung vom 7. Oktober 2016 aufzuheben ist.

E. 6.3.2

Vorliegend erscheint eine Rückweisung der Streitsache an die IVSTA auch im Lichte der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ausnahmsweise möglich, da diese neben einer rechtsungenügenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts auch in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Frage nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit im Zeitraum vom 30. Januar 2013 bis zum 24. März 2016 begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die Angelegenheit ist daher an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie die notwendigen weiteren Untersuchungen und Abklärungen in die Wege leiten kann. Um eine vollständige und umfassende (auch rückwirkende) Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu ermöglichen, erscheint die Durchführung einer bidisziplinären Begutachtung in den Disziplinen Neurologie und Orthopädie unumgänglich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen

Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Mit der erstmaligen (bidisziplinären) Begutachtung kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1; Urteil des BVer C2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Die Gutachter haben sich unter Berücksichtigung sämtlicher ärztlicher Berichte und Gutachten zur Arbeitsfähigkeit bzw. zu den vorhandenen Einschränkungen der Beschwerdeführerin ab dem Unfallzeitpunkt am 30. September 2015 zu äussern. Sie sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.).

E. 7.1

In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass die Vorinstanz der Versicherten vom 1. Januar 2013 bis 30. Juni 2015 aufgrund der 100 % Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit eine ganze Rente zugesprochen hat. Nach Durchführung eines Einkommensvergleichs (ab 24. März 2015) ermittelte die IV-Stelle C._____ einen IV-Grad von 24 % und stellte die Rente per 30. Juni 2015 ein. Die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit für den Zeitraum vom 30. Januar 2013 (Unfallzeitpunkt) bis zum 24. März 2016 (kreisärztliche Untersuchung) ist jedoch ungeklärt geblieben (vgl. E. 5.3.3). Es ist demnach nicht rechtmässig abgeklärt worden, ob die Versicherte einen Rentenanspruch per 1. Januar 2013 gehabt hat. Der Antrag der Versicherten auf Aufhebung der Befristung und Weiterausrichtung der Rente ist deshalb unbegründet und die Verfügung ist auch aus diesem Grunde mangelhaft und aufzuheben.

E. 7.2

Die Beschwerdeführerin liess weiter geltend machen, dass sie den Haushalt nicht ohne Hilfe führen könne und verlangte eine Haushaltsabklärung. Sie war vor Eintritt des Gesundheitsschadens jedoch vollzeitlich erwerbstätig (vgl. IV-act. 2), sodass die Invaliditätsbemessung nach der allgemeinen Methode (Einkommensvergleich) zu erfolgen hat (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG). Die Tätigkeit im Haushalt ist deshalb vorliegend für die Ermittlung des IV-Grades nicht zu berücksichtigen, weshalb auf den Antrag auf Durchführung einer Haushaltsabklärung nicht weiter einzugehen ist.

E. 7.3

Die Beschwerdeführerin machte mit Verweis auf den Rentenbescheid vom 24. Juli 2017 der deutschen Rentenversicherung geltend, dass die Anspruchsvoraussetzungen seit dem 30. Januar 2012 erfüllt seien (act. 14, vgl. Sachverhalt I). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung besteht jedoch für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Demnach kann die Beschwerdeführerin aus dem Umstand, dass sie vom deutschen Sozialversicherungsträger mit Wirkung ab 1. August 2012 eine bis 30. September 2019 befristete Rente zugesprochen erhalten hat, nichts zu ihren Gunsten ableiten.

E. 8

Die Beschwerde ist insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 7. Oktober 2016 aufzuheben ist und die Angelegenheit an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer

Abklärungen im Sinne der Erwägungen (E. 6.3.2) und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen ist.

E. 9

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 9.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Ihr Gesuch vom 7. Oktober 2016 auf Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege ist somit gegenstandslos geworden. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 9.2

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. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen. Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen) gerechtfertigt (Art. 65 Abs. 5 VwVG i.V.m. Art. 16 Abs. 1 Bst. a VGG und Art. 14 Abs. 2 VGKE). (Dispositiv: nächste Seite)

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