



Urteil vom 21. August 2014

Besetzung

Richterin Franziska Schneider (Vorsitz),
Richter Vito Valenti, Richter Christoph Rohrer,
Gerichtsschreiber Roger Stalder.

Parteien

X._____, Spanien,
vertreten durch Francisco José Vazquez Bürger,
Rechtsanwalt, Avda. La Habana, 9-1.º, ES-32003 Ourense,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung (Verfügung vom 6. Februar 2013).

Sachverhalt:**A.**

Die 1951 geborene und in ihrer Heimat Spanien wohnhafte X. _____ (*im Folgenden: Versicherte oder Beschwerdeführerin*) war von 1974 bis 1992 als Köchin in der Schweiz tätig und entrichtete während dieser Zeit Beiträge an die obligatorische Schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Vom 1. Mai 1999 bis 14. Januar 2002 arbeitete sie in Spanien als Bäuerin. Am 11. September 2006 meldete sie sich im Wesentlichen wegen Nacken-, Rücken- und Schulterbeschwerden zum Bezug von IV-Leistungen an; das vom spanischen Versicherungsträger weitergeleitete Leistungsgesuch ging am 2. Mai 2007 zusammen mit weiteren Formularen bei der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK) ein (Akten der Vorinstanz [*im Folgenden: act*] 1 bis 8 und 28).

B.

Nach Vorliegen eines Teils der für die Beurteilung des Leistungsgesuchs massgeblichen Abklärungen in beruflich-erwerblicher und medizinischer Hinsicht (act. 10, 11, 16 bis 21, 23 und 28) hielt Dr. med. A. _____, Fachärztin für Innere Medizin, vom Medizinischen Dienst der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz*) am 16. März 2008 die Durchführung einer aktuellen neurologischen Untersuchung für unumgänglich (act. 29). Nach Vorliegen des Berichts der Neurologin Dr. med. B. _____ vom 7. Mai 2008 (act. 33) gab Dr. med. C. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom Medizinischen Dienst am 16. Juni 2008 eine Stellungnahme ab (act. 35). Gestützt auf dessen Beurteilung und den Einkommensvergleich vom 3. Juli 2008 (act. 36) wurde der Versicherten mit Vorbescheid vom 7. Juli 2008 bei einem Invaliditätsgrad (*im Folgenden auch: IV-Grad*) von 32 % die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht gestellt (act. 37). Nachdem der IVSTA weitere Dokumente aus der Heimat der Versicherten nachgereicht worden waren (act. 38, 39, 41 und 42), erliess jene am 8. September 2008 eine dem Vorbescheid im Ergebnis entsprechende Verfügung (act. 43).

C.

Mit Schreiben vom 21. Oktober 2008 liess die Versicherte, nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt Abelardo Vazquez Conde, der IVSTA mitteilen, dass das Schreiben vom 8. September 2008 lediglich als Vorbescheid betrachtet werde, weil eine Zustellung der Verfügung in gesetzlich vorgeschriebener Form nicht vorgenommen worden sei. Das Schreiben der

IVSTA vom 22. September 2008 enthalte falsche Angaben hinsichtlich Beginn des Fristenlaufs für eine Beschwerdeerhebung (act. 45). In der Folge ging bei der IVSTA am 11. November 2008 das Formular E 211 ("Zusammenfassung der Bescheide") ein (act. 48).

D.

Nachdem die Verfügung vom 8. September 2008 mittels Formular E 211 der Beschwerdeführerin zugestellt worden war (act. 51, 52 und 54), liess diese durch ihren Rechtsvertreter mit Eingabe vom 24. November 2008 beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erheben und zur Hauptsache Akteneinsicht und Ansetzung einer Nachfrist zur Ergänzung der Beschwerdebegründung beantragen; diesen Anträgen wurde mit prozessleitender Verfügung vom 19. Dezember 2008 entsprochen (act. 50 und 53). Daraufhin liess die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 26. Januar 2009 die Beschwerdebegründung nachreichen (act. 55).

E.

Mit dem daraufhin im Verfahren C-7641/2008 ergangenen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 30. November 2010 wurde die Beschwerde in dem Sinn gutgeheissen, als dass die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wurde (act. 61).

F.

In der Folge wurde die Versicherte vom D._____ (*im Folgenden: D._____*) in E._____ begutachtet. Die entsprechende Hauptexpertise der Dres. med. F._____, Fachärztin für Innere Medizin, und G._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, datiert vom 27. Oktober 2011 (act. 71 S. 1 bis 22); das Teilgutachten von Dr. med. H._____, Facharzt für Rheumatologie und Rehabilitation, wurde am 16. August 2011 (act. 71 S. 23 bis 32), dasjenige von Dr. med. I._____, Facharzt für Neurologie, am 20. Juli 2011 (act. 71 S. 33 bis 36) und jenes von Dr. med. J._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, am 21. Oktober 2011 verfasst (act. 71 S. 40 bis 47). Nachdem der Vorinstanz auf deren Aufforderung hin (act. 73) am 20. Dezember 2011 ein weiterer Fragebogen für die versicherte Person und eine Bescheinigung über die Zeiten der Arbeitsunfähigkeit eingereicht worden waren (act. 74 bis 76), empfahl Dr. med. K._____ vom medizinischen Dienst am 20. Februar 2012 die Einholung weiterer IV-Akten (act. 79). In ihrer medizinischen Stellungnahme vom 14. Mai 2012 nannte diese Fachärztin am 14. Mai 2012 Beispiele von

zumutbaren angepassten Tätigkeiten und hielt dafür, das Gutachten sei vollständig, in sich schlüssig, begründet, nachvollziehbar und entspreche den qualitativen Anforderungen (act. 83). Daraufhin wurde am 12. Juli 2012 ein neuer Einkommensvergleich erstellt (act. 84) und der Versicherten mit Vorbescheid vom 21. August 2012 bei einem IV-Grad von 37 % die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht gestellt (act. 85). Hiergegen liess die Versicherte mit Eingaben vom 30. August 2012 (vorsorglich) und 30. Oktober 2012 opponieren und weitere Dokumente aus ihrer Heimat nachreichen (act. 86 und 88 bis 91). Nachdem Dr. med. K._____ am 1. Januar 2013 ausgeführt hatte, die neu eingereichten Unterlagen ergäben keine neuen Gesichtspunkte von Relevanz, welche eine Neu Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfordern würde, weshalb ihre Beurteilung vom 14. Mai 2012 ihre volle Gültigkeit behalte (act. 93), erliess die Vorinstanz am 6. Februar 2013 eine dem Vorbescheid vom 21. August 2012 im Ergebnis entsprechende Verfügung (act. 94).

G.

Hiergegen liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter beim Bundesverwaltungsgericht mit Eingabe vom 11. März 2013 (Datum des Poststempels) Beschwerde erheben und unter anderem die Aufhebung der Verfügung vom 6. Februar 2013 und die Durchführung einer neuen Begutachtung beantragen (Akten im vorliegenden Beschwerdeverfahren [*im Folgenden: B-act.*] 1).

Zur Begründung wurde zusammengefasst ausgeführt, die Gutachter hätten aus unerklärlichen Gründen auf die Durchführung einer Magnetresonanz-Untersuchung verzichtet, wodurch die schwerwiegenden Nervenwurzelschädigungen und die Kanalstenosen (Rückenmark) hätten festgestellt werden können. Diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien somit bei der Bewertung des IV-Grades unberücksichtigt geblieben, obwohl diese die Arbeitsfähigkeit in erheblichem Masse reduzieren würden. Das Krankheitsbild sei nunmehr eindeutig wesentlich schwerwiegender als die Vorinstanz bisher angenommen habe. Die Begutachtungen würden einige entscheidende Mängel aufweisen und es seien einige Erkrankungen nicht so bewertet worden, wie diese sich tatsächlich darstellten. Der IV-Grad sei viel höher zu bewerten. Vor allem hinsichtlich der erwähnten orthopädischen Erkrankungen und Gesundheitseinschränkungen – welche nicht anerkannt und berücksichtigt worden seien – werde die Ansicht vertreten, dass diese erheblichen Einfluss auf den IV-Grad hätten und die Arbeitsfähigkeit weiter reduzierten. Auch die restlichen Erkrankungen (hoher Blutdruck, Dislipemie, Unterfunktion der Schilddrüse,

Hirndurchblutungsinsuffizienz, Vertigo-Syndrom) seien in der letzten medizinischen Stellungnahme des medizinischen Dienstes im letzten Bericht vollkommen ignoriert und dementsprechend nicht korrekt bewertet worden.

H.

In ihrer Vernehmlassung vom 17. Mai 2013 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde (B-act. 3).

Zur Begründung führte sie zusammenfassend aus, die bereits im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Einwände – insbesondere betreffend die orthopädischen Erkrankungen, welche in der Expertise ungenügend berücksichtigt worden und durch nachträgliche fachmedizinische Berichte seitens der Beschwerdeführerin ergänzt worden seien – seien dem IV-ärztlichen Dienst unterbreitet worden. In ihrer Stellungnahme vom 1. Januar 2013 sei die beurteilende Ärztin zur Schlussfolgerung gelangt, dass sich daraus keine zusätzlichen Sachverhaltselemente ergäben, welche den Feststellungen des voll beweiskräftigen polydisziplinären Gutachtens entgegenstünden. In somatischer Hinsicht lägen keine nachweisbaren chronischen Begleiterkrankungen vor, welche die Schmerzsymptomatik zu begründen vermöchten. Die psychischen Leiden eines ängstlich-depressiven Syndroms seien leichten Ausmasses und seit 2002 unverändert. In arbeitsmedizinischer Hinsicht bedeute dies, dass die Beschwerdeführerin in der Lage sei, leichtere, exemplarisch erwähnte Verweisungstätigkeiten seit November 2001 vollständig auszuüben. Insofern ergebe der durchgeführte Einkommensvergleich eine Erwerbseinbusse von 37 %.

I.

Mit Zwischenverfügung vom 30. Mai 2013 wurde die Beschwerdeführerin – unter Hinweis auf die Säumnisfolgen – aufgefordert, einen Kostenvorschuss von Fr. 400.- in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (B-act. 4 und 5); dieser Aufforderung wurde nachgekommen resp. Fr. 410.- überwiesen (B-act. 9 und 10).

J.

In ihrer Replik vom 17. Juni 2013 liess die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen festhalten (B-act. 6 und 7).

Zur Begründung liess sie ergänzend vorbringen, es werde der Vorinstanz zugestimmt, dass für die Feststellung einer schweizerischen Invalidität

auch nur die Schweizer Rechtsnormen massgebend seien. Mit der in Spanien gewährten ganzen Invalidenrente könne jedoch eindeutig und nachweislich dargelegt werden, dass die Versicherte an einem extrem erwerbsmindernden Krankheitsbild leide, woraus nach schweizerischem Recht eine halbe Rente oder zumindest eine Viertelsrente resultiere. Die Vorinstanz habe die vorgelegten fachärztlichen Gutachten und medizinischen Berichte einfach ignoriert. Das in der Schweiz in Auftrag gegebene und durchgeführte rheumatologische Fachgutachten weise nachgewiesenermassen essentielle Mängel auf. Es sei verwunderlich, verwerflich und fahrlässig, dass ein Rheumatologe für die Feststellung der orthopädischen Erkrankungen beauftragt worden sei. Nicht zutreffend sei die Aussage der Vorinstanz bezüglich der fehlenden nachweisbaren chronischen Begleiterkrankungen, welche aus somatischer Sicht vorliegen müssten. Der rheumatologische Fachgutachter stelle in der pluridisziplinären Begutachtung fest, dass die Beschwerdeführerin an einem schweren Weichteilrheuma mit Tendenz zur Fibromyalgie leide. Dies sei so nicht richtig, denn das Fibromyalgiesyndrom sei kein Rheuma. Die Druckempfindlichkeitszonen (Tenderpoints) seien nicht geprüft worden. Diese Vorgehensweise sei für eine Fachärztin für Rheumatologie, die eine Fibromyalgie ausschliessen solle, sehr ungewöhnlich und zu kritisieren. Die Diagnose einer Fibromyalgie könne nur von erfahrenen Fachärzten gestellt werden, die mit dem Krankheitsbild vertraut seien. Dies sei der hier eingesetzte Rheumatologe allem Anschein nach nicht, denn er sehe keinen Zusammenhang zwischen der psychiatrischen Erkrankung einer somatoformen Störung und einer Fibromyalgie, welche grundsätzlich immer in Verbindung miteinander auftreten würden. Die diagnostizierten und anerkannten schweren chronischen psychischen Erkrankungen stünden unmittelbar mit den andauernd bestehenden und chronischen Schmerzen in Verbindung.

K.

In ihrer Duplik vom 24. Juli 2013 machte die Vorinstanz geltend, aus der Replik vom 17. Juni 2013 ergäben sich keine neuen medizinischen Sachverhaltselemente, die eine erneute IV-ärztliche Würdigung bedingen würden. Auch erwiesen sich die Vorbringen der nicht pflichtgemässen Berücksichtigung der orthopädischen Leiden als unbegründet; diesbezüglich werde auf die Darlegung in der Vernehmlassung vom 17. Mai 2013 verwiesen. Es verbleibe dementsprechend weiterhin beim Antrag auf Abweisung der Beschwerde (B-act. 11).

L.

Mit prozessleitender Verfügung vom 31. Juli 2013 wurde der Schriftwechsel geschlossen (B-act. 12).

M.

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften der Parteien ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**1.**

1.1 Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

1.2 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

1.3 Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

Als Adressatin der angefochtenen Verfügung vom 6. Februar 2013 (act. 94) ist die Beschwerdeführerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem ein Kostenvorschuss von Fr. 410.- fristgerecht überwiesen worden ist (B-act. 9 und 10), ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

1.4 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 6. Februar 2013 (act. 94), mit welcher das Leistungsbegehren auf eine schweizerische IV-Rente bei einem IV-Grad von 37 % abgewiesen worden ist. Die Beschwerdeführerin liess beantragen, diese Verfügung sei aufzuheben und es sei eine neue Begutachtung durchzuführen sowie die Invalidität neu zu bestimmen. Streitig und zu prüfen ist, ob der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht abgelehnt worden ist und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 30. November 2010 im Verfahren C-7641/2008 (act. 61) nun rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

1.5 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).

2.

2.1 Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren im Wesentlichen anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

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

Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten.

Nach Art. 3 Abs. 1 der bis zum 31. März 2012 in Kraft gewesenen Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) hatten die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnten, für die diese Verordnung galt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsahen. Dabei war im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als „Mitgliedstaat“ zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA).

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (6. Februar 2013) finden vorliegend auch die am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11) Anwendung. Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Im Rahmen ihres Geltungsbereichs tritt diese Verordnung an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten geltenden Abkommen über soziale Sicherheit. Einzelne Bestimmungen von Abkommen über soziale Sicherheit, die von den Mitgliedstaaten vor dem Beginn der Anwendung dieser Verordnung geschlossen wurden, gelten jedoch fort, sofern sie für die Berechtigten günstiger sind oder sich aus besonderen historischen Umständen ergeben und ihre Geltung zeitlich begrenzt ist. Um weiterhin Anwendung zu finden, müssen diese Bestimmungen in Anhang II aufgeführt sein. Ist es aus objektiven Gründen nicht möglich, einige dieser Bestimmungen auf alle Personen auszudehnen, für die diese Verordnung gilt, so ist dies anzugeben (Art. 8 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004). Die Bestimmung des anwendbaren Rechts ergibt sich aus Art. 11 ff. der Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Die Bestimmung der Invalidität und

die Berechnung der Rentenhöhe richten sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

2.3 Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), sind die vorliegend zu beurteilenden Leistungsansprüche nach den neuen Normen zu prüfen.

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 6. Februar 2013 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]).

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (6. Februar 2013) können auch die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) Anwendung finden.

2.4 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zu-

mutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). 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 ATSG).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter

Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1, 136 V 279 E. 3.2.1, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.3). Diese für alle Versicherten in gleicher Weise geltende Gerichtspraxis ist weder menschenrechtswidrig noch diskriminierend (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2), noch basiert sie – mit Blick auf die rechtliche Natur des Kriterienkataloges – auf medizinwissenschaftlich unhaltbaren Annahmen (Entscheid des BGer vom 20. Dezember 2011, 9C_776/2010, E. 2.3 bis 2.5).

Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall dieser Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch

bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten biopsychosozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

Aus Gründen der Rechtssicherheit ist es geboten, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283). Die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze sind deshalb analog bspw. anwendbar auf Fibromyalgien (BGE 137 V 64 E. 4.2 S. 68, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 132 V 65 E. 4 S. 70; SVR 2011 IV Nr. 26 S. 74 E. 2.3).

In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die subjektiven Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

Die Therapierbarkeit oder Behandelbarkeit einer psychischen Störung sagt, für sich allein betrachtet, nichts über deren invalidisierenden Charakter aus. Für die Entstehung des Anspruchs auf eine Invalidenrente ist immer und einzig vorausgesetzt, dass während eines Jahres (ohne wesentlichen Unterbruch) eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (bis 31. Dezember 2007: aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG) bestanden hat und eine anspruchsbegründende Erwerbsunfähigkeit gemäss Art. 16 ATSG oder Art. 8 Abs. 3 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 2 und 3 IVG (bis 31. Dezember 2007: aArt. 28 Abs. 2^{bis} und 2^{ter} IVG) weiterhin besteht (BGE 127 V 294 E. 4c S. 298).

2.5 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens

70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme, wie sie seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz gilt, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1), ist vorliegend gegeben. Nach der Rechtsprechung des ehemaligen EVG stellt diese Regelung nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

2.6 Nach Art. 48 IVG (mit Wirkung ab 1. Januar 2008 durch Ziff. I des IVG vom 6. Oktober 2006 aufgehoben [5. IV-Revision; AS 2007 5129]) erlischt der Anspruch auf Nachzahlung mit dem Ablauf von fünf Jahren seit Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war (Abs. 1). Meldet sich jedoch ein Versicherter mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs zum Leistungsbezug, so werden die Leistungen lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet. Weitergehende Nachzahlungen werden erbracht, wenn der Versicherte den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte und die Anmeldung innert zwölf Monaten seit Kenntnisnahme vornimmt (Abs. 2).

Vorliegend ist demnach zu prüfen, ob und in welchem Umfang die Beschwerdeführerin seit dem 11. September 2005, das heisst zwölf Monate vor der Anmeldung zum Leistungsgesuch (11. September 2005; act. 1), Anspruch auf IV-Leistungen hatte oder ob ein solcher Anspruch danach bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (6. Februar 2013; act. 94) entstanden bzw. wieder weggefallen ist.

2.7 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 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a).

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

Auf Stellungnahmen der regionalen ärztlichen Dienste (*im Folgenden: RAD*) resp. der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll (Stellungnahmen gemäss Art. 49 Abs. 1 IVV), nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des EVG I 142/07 vom 20. November 2007 E. 4.3.1 mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C_323/2009 E. 4.3.1), spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt

(Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des BGer 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3.1 in fine, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]).

Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person 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. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 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).

3.

3.1 Im Entscheid C-7641/2008 vom 30. November 2010 erwog das Bundesverwaltungsgericht zusammengefasst, die damals angefochten gewesene Verfügung vom 8. September 2008 beruhe in medizinischer Hinsicht auf einem unvollständig bzw. unkorrekt ermittelten Sachverhalt, weshalb nicht beurteilt werden könne, ob ein Rentenanspruch bestehe, und wenn ja, in welchem Ausmass und ab wann. Aus diesem Grund habe die Vorinstanz ergänzende medizinische Abklärungen durchzuführen. Die Beantwortung der ungeklärten Fragen resp. die Klärung der Widersprüche habe durch Experten oder Expertinnen auf den Fachgebieten der Orthopädie/Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie zu erfolgen. Mit Blick auf die somatischen Leiden und die allenfalls vorhandenen psychisch-psychiatrischen Gesundheitsbeeinträchtigungen hätten die ergänzenden medizinischen Abklärungen interdisziplinär zu erfolgen (act. 61).

3.2 In Kenntnis dieses Entscheids beauftragte die Vorinstanz den D._____ mit einer multidisziplinären Begutachtung. Im Hauptgutachten der Dres. med. F._____, Fachärztin für Innere Medizin, und G._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 27. Oktober 2011 (act. 71 S. 1 bis 22) wurde in Kenntnis der Teilgutachten (act. 71 S. 12) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Periarthropathia humerosca-

pularis mit einem Impingement-Syndrom, ein zerviko-vertebrales Syndrom bei einem Status nach einer Bandscheibenvorfalloperation mit Spondylodese (operative Versteifung von Wirbelkörpern) C6-C7 und Discektomie 2001, Angst und depressive Störung (gemischt; ICD-10: F41.2) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) diagnostiziert. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden im Wesentlichen eine Tendenz zu Weichteilrheuma mit fibromyalgischem Charakter, ein Lumbovertrebralsyndrom mit spondylogenen Komponenten links sowie eine Hypothyreose ab 2000, unter hormonaler Substitutionstherapie euthyreotischer Zustand, erwähnt. Weiter wurde mit Bezug auf die rheumatologischen Gesundheitsbeeinträchtigungen ausgeführt, die aktuelle medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit der Versicherten in der Tätigkeit als Köchin, Küchenhilfe, Raumpflegerin oder Bäuerin liege bei 30 %; als Hausfrau sei die Versicherte aktuell zu 70 % arbeitsfähig (act. 71 S. 18). Im Falle eines Erfolgs der erwähnten Behandlungen könne eine Verbesserung der Funktion der Schulter und damit auch eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erwartet werden. Im Rahmen der rheumatologisch beschriebenen funktionalen Einschränkungen könne die Versicherte den linken Arm nicht über 90 Grad heben (act. 71 S. 17 unten und S. 20), und sie müsse während des Arbeitstages zwischen verschiedenen Positionen wechseln. In psychisch-psychiatrischer Hinsicht wurde weiter ausgeführt, mit der Erhöhung der Dosis des Antidepressivums Escitalopram könne eine Verbesserung der psychischen und chronischen Schmerzen erreicht werden. Es wäre auch nützlich, die Versicherte – nebst der medikamentösen Behandlung – endlich psychologisch zu unterstützen. Anzustreben sei, dass sich die Versicherte der Krankheit besser anpasse und diese akzeptiere und dass sich die Wahrnehmung der Schmerzen verbessere, damit wieder eine zufriedenstellende Lebensqualität erreicht werden könne. Insbesondere sei sicherzustellen, dass sich die bestehende psychische Störung nicht weitaus schwerer und anhaltender entwickle. Theoretisch lasse sich die Arbeitsfähigkeit in den Tätigkeiten als Kleinbäuerin, Köchin oder Raumpflegerin auf maximal 50 % steigern, wie dies im Kapitel 8 des Hauptgutachtens beschrieben worden sei. In geeigneten Tätigkeiten – wie in Kapitel 9 des Hauptgutachtens beschrieben – habe eine Arbeitsfähigkeit im Ausmass von 70 % erreicht werden können (act. 71 S. 21).

3.3 In Kenntnis der Haupt- und Teilexpertisen der Dres. med. I._____, Facharzt für Neurologie, H._____, Facharzt für Rheumatologie und Rehabilitation, und J._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. Juli (act. 71 S. 33 bis 36), 16. August (act. 71 S. 23 bis 32)

und 21. Oktober 2011 (act. 71 S. 40 bis 47) führte Dr. med. K._____, Fachärztin für Nephrologie und Allgemeine Innere Medizin, in ihrer Stellungnahme vom 14. Mai 2012 aus, die massgebenden medizinischen Untersuchungsbefunde, die Anamnesedaten und die klinischen Untersuchungsbefunde der Fachärzte seien im Gutachten enthalten. Dieses sei in sich schlüssig, begründet und nachvollziehbar und entspreche den qualitativen Anforderungen somit vollständig. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine 70%ige und in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit seit November 2001 (act. 83).

3.4

3.4.1 Das Haupt- und die Teilgutachten des D._____ erfüllen die an den vollen Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien. Insbesondere sind sie für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Sie sind zudem in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation für die hier interessierenden Fragen einleuchtend und in den Schlussfolgerungen begründet, so dass darauf abgestellt werden kann. Demnach lässt sich der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nun schlüssig und zuverlässig beurteilen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb; vgl. zum Ganzen auch E. 2.7 hiervor). Zwar sind retrospektive Beurteilungen der Arbeitsunfähigkeit schwierig, weshalb entsprechende Begutachtungen erhöhten Ansprüchen genügen müssen (vgl. Urteil des EVG I 200/03 vom 26. Juli 2004 E. 4.5). Da der D._____ die zur Verfügung stehenden Informationsquellen – in Form von Arztberichten der behandelnden Ärzte und Patienten-, Fremd- und Sozialanamnesen – berücksichtigt und umfassend sowie schlüssig gewürdigt hat, ist ohne Weiteres davon auszugehen, dass die Expertise diesen Ansprüchen genügt.

3.4.2 An der Schlüssigkeit der D._____ vermögen auch die im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nachgereichten Arztberichte und Röntgenbilder (act. 88 bis 90) nichts zu ändern. Dr. med. K._____ berichtete in ihrer Stellungnahme vom 1. Januar 2013 (act. 93), ihre bisherige Beurteilung der Arbeitsunfähigkeiten stütze sich auf die umfangreichen medizinischen Unterlagen und auf ein fachlich einwandfreies Gutachten. Die neu eingereichten Unterlagen ergäben keine neuen Gesichtspunkte von Relevanz, welche eine Neuurteilung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten

erfordern würde. Die Beurteilung vom 14. Mai 2012 behalte ihre volle Gültigkeit. Die Ausführungen von Dr. med. K._____ sind ebenfalls schlüssig und voll beweiskräftig, zumal diese Fachärztin auch über den Fähigkeitsausweis Sachkunde für dosisintensives Röntgen (KHM; vgl. www.doctorfmh.ch, http://www.kollegium.ch/aus/FA_Roentgen_KHM_Programm.pdf; zuletzt besucht am 26. August 2014) verfügt und – wie die Experten des D._____ auch – zweifelsfrei in der Lage ist, zu beurteilen, ob die vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin geforderte Magnetresonanzuntersuchung hätte durchgeführt werden müssen oder nicht. Dies war aufgrund der überzeugenden Ausführungen von Dr. med. K._____ nicht der Fall, und es lag im Ermessen des D._____, eine Magnetresonanztomographie durchzuführen oder nicht. Die Notwendigkeit dazu haben die beteiligten Gutachter zu beurteilen, und das Fehlen bildgebender Untersuchungen lässt nicht auf unzureichende fachärztliche Abklärungen schliessen (vgl. Urteil des BGer 9C_575/2011 vom 12. Oktober 2011 E. 3.3; vgl. auch Urteil des BGer 9C_457/2010 vom 30. August 2010 E. 2.2.1).

3.4.3 Betreffend die vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin erwähnten Diagnosen, welche in den D._____-Expertisen nicht berücksichtigt worden seien, ist festzuhalten, dass die Gutachten nach dem vorstehend Dargelegten (vgl. E. 3.4.1) und entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters voll beweiskräftig sind. Dieser ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass Diagnosen für sich allein genommen keinen Schluss auf eine gesundheitlich bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zulassen (vgl. BGE 132 V 65 E. 3.4 mit Hinweisen) und sich der Behandlungs- vom Begutachtungsauftrag unterscheidet (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 mit Hinweisen).

3.4.4 Der Umstand, dass kein fachorthopädisches Gutachten eingeholt worden war, vermag die D._____-Gutachten ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen. Die Beschwerdeführerin wurde am D._____ von Dr. med. H._____ begutachtet, welcher als Rheumatologe und Rehabilitationsmediziner durchaus in der Lage gewesen war, den Gesundheitszustand der Versicherten und die Auswirkungen auf die Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit in rheumatologisch-orthopädischer Sicht schlüssig und zuverlässig zu beurteilen, ansonsten er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. hierzu BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2; RKUV 2001 U 413 S. 86 E. 5b; SVR 2010 ALV Nr. 5 S. 13 E. 5.1, 2009 UV Nr. 31 S. 109 E. 2) einen Facharzt für Orthopädie beigezogen hätte. Darüber hinaus ist da-

von auszugehen, dass Dr. med. H._____ als Rheumatologe entgegen den Ausführungen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin sehr wohl Erfahrung mit dem Krankheitsbild der Fibromyalgie hat, zumal eine solche Diagnose in erster Linie von einem Facharzt für Rheumatologie zu stellen ist (Referenz).

3.4.5 Weiter ist darauf hinzuweisen, dass aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts unterliegen (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6398/2009 vom 18. Mai 2012 E. 2.1 mit Hinweis auf Entscheid des EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D.; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a). Aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin vom spanischen Sozialversicherungsträger mit Wirkung ab 14. Januar 2002 eine IV-Rente zugesprochen erhalten hatte, kann sie im Zusammenhang mit dem Anspruch auf eine schweizerische Rente nichts zu ihren Gunsten ableiten.

3.5 Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der Expertisen des D._____ und den Beurteilungen von Dr. med. K._____ als rechtsgenügend abgeklärt erweist und die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung seitens der Versicherten im Umfang der attestierten Restarbeitsfähigkeit überwindbar sind. Die Verwertung des noch vorhandenen Leistungspotenzials ist ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein durch Eigenanstrengung der Beschwerdeführerin möglich, weshalb sich eine erwerbsbezogene Abklärung erübrigt. Mit anderen Worten kann diese ihre Berufserfahrung für die Selbsteingliederung nutzbar machen resp. ist ein beruflicher Wiedereinstieg in leidensangepasste Hilfstätigkeiten ohne Weiteres möglich und zumutbar (vgl. hierzu insbesondere Urteil des BVGer C-4284/12 vom 22. Mai 2013). Es ist demnach davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als freiberufliche Bäuerin seit November 2001 eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % und in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit eine solche von 30 % aufweist. Davon ist im Rahmen der nachfolgenden Bemessung der Invalidität auszugehen.

4.

4.1 Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig mög-

lichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insofern die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1, 104 V 135 E. 2a und b; ZAK 1990 S. 518 E. 2; RKUV 1989 U 69 S. 176 E. 1).

4.2

4.2.1 Für die Ermittlung des Einkommens, welches die versicherte Person ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was sie im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 134 V 322 E. 4.1, 129 V 222 E. 4.3.1; RKUV 2006 U 568 S. 66 E. 2). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (AHI 1999 S. 240 E. 3b; Entscheid des EVG I 517/02 vom 30. Oktober 2002, E. 1.2).

4.2.2 Die Vorinstanz stützte sich im Rahmen des Einkommensvergleichs vom 10./12. Juli 2012 auf die Tabellenlöhne des Jahres 2008. Da die konkreten Einkommensverhältnisse nicht bekannt sind, rechtfertigt es sich, zur Durchführung einer Vergleichsrechnung sowohl für das Valideneinkommen als auch für das Invalideneinkommen auf die statistischen Zahlen der Schweiz abzustellen, zumal die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet und somit kein Invalideneinkommen erzielt, welches zu berücksichtigen wäre. Da der Beschwerdeführerin (teilweise) Arbeitsunfähigkeiten ab November 2001 attestiert (vgl. E. 3.2 ff.) worden waren, kämen mit Blick auf Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG (bis 31. Dezember 2007: aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG) an sich die statistischen Zahlen des Jahres 2002 zur Anwendung. Vorliegend können Leistungen wegen verspäteter Anmeldung jedoch lediglich ein Jahr zurück, d.h. ab 1. September

2005, zur Ausrichtung kommen (aArt. 48 Abs. 2 IVG; vgl. E. 2.6 hiervor), weshalb das Jahr 2005 massgeblich ist.

4.2.3 Die Beschwerdeführerin arbeitete in ihrer Heimat von 1999 bis 2002 als freiberufliche Bäuerin. Da in der Lohnstrukturerhebung (LSE) die Einkommen in der Landwirtschaft nicht erfasst werden (vgl. www.bfs.admin.ch > Themen > Arbeit, Erwerb > Publikationen > Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2008, S. 18; zuletzt besucht am 13. Mai 2014) und die Vorinstanz keine Abklärungen betreffend das von der Versicherten in der Landwirtschaft generierte Einkommen durchgeführt hatte, zog sie zur Bemessung des Valideneinkommens das Tabelleneinkommen im Wirtschaftszweig Gartenbau heran. Dieses Vorgehen ist insofern rechtsfehlerhaft und vom Bundesverwaltungsgericht zu korrigieren, als sich aus dem statistischen Einkommen von Arbeitnehmern im Gartenbaubereich das Einkommen von selbständigen Landwirten nicht ableiten lässt. Abzustellen ist vielmehr auf die jährlich herausgegebenen Agrarberichte des Bundesamtes für Landwirtschaft (vgl. Urteil des BGer 9C_335/2007 vom 8. Mai 2008 E. 3.3.3 und Urteile des BVGer C-7661/2006 vom 26. Juni 2008 E. 5.4.1 und C-265/2010 vom 2. August 2011 E. 6.2).

4.2.4 Die statistischen Angaben über die Einkommen der Landwirtschaftsbetriebe im Jahr 2005, in welchem eine Rente frühestens zur Ausrichtung kommen konnte, lassen sich dem Agrarbericht 2006 entnehmen (abrufbar unter www.blw.admin.ch > Dokumentation > Publikationen; zuletzt besucht am 14. Mai 2014). Der im Jahr 2005 erzielte landwirtschaftliche Verdienst je Familienarbeitskraft betrug durchschnittlich Fr. 36'687.- (vgl. Anhang zum Agrarbericht 2006, S. 252, Tabelle 16 [Betriebsergebnisse alle Regionen], Arbeitsverdienst je Familienarbeitskraft [Mittelwert]). Zu diesem Verdienst ist das im Jahr 2005 pro Familienarbeitskraft im Durchschnitt erzielte (ausserlandwirtschaftliche) Nebeneinkommen in der Höhe von Fr. 17'881.- (Fr. 22'172.- : 1.24 Familienarbeitskräfte [vgl. Agrarbericht 2006, S. 50; zur Berechnung vgl. Urteil des BGer 9C_335/2007 vom 8. Mai 2008 E. 3.3.3) hinzuzurechnen. Daraus ergibt sich pro Familienarbeitskraft in der Landwirtschaft für das Jahr 2005 ein durchschnittliches Jahreseinkommen von Fr. 54'568.- (Fr. 36'687.- + Fr. 17'881.-); dieses hat als hypothetisches Valideneinkommen der Beschwerdeführerin zu gelten.

4.3

4.3.1 Für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b aa). Erwerbslosigkeit aus invaliditätsfremden Gründen vermag keinen Rentenanspruch zu begründen (vgl. BGE 107 V 17 E. 2c; AHl 1999 S. 238 E. 1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung ebenfalls Tabellenlöhne herangezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b bb; RKUV 1999 U 343 S. 412 E. 4b aa). Für die Bestimmung des Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen bei Versicherten, die nach Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten können, ist in der Regel vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn ("Total") für Männer oder Frauen bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes 4) auszugehen. Dabei sind in erster Linie die Lohnverhältnisse im privaten Sektor massgebend (SVR 2002 UV Nr. 15 S. 50 E. 3c cc).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitstätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmassig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 124 V 321 E. 3b bb; SVR 2007 IV Nr. 11 S. 41 E. 3.2; RKUV 2003 U 494 S. 390 E. 4.2.3). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3, 126 V 75 E. 5b bb und cc; AHl 2002 S. 69 ff. E. 4b).

4.3.2 Aufgrund des schlüssigen und überzeugenden und damit voll beweiskräftigen D. _____-Gutachtens sowie der über volle Beweiskraft verfügenden Stellungnahmen von Dr. med. K. _____ sind der Be-

schwerdeführerin unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen leidensadaptierte, ausserhäusliche Verweisungstätigkeiten noch im Ausmass von 70 % zumutbar. Mit Blick auf die oben zusammengefasst wiedergegebene bundesgerichtliche Rechtsprechung ist zur Bestimmung des hypothetischen Invalideneinkommens der Beschwerdeführerin auf den Zentralwert der Tabelle TA1 der LSE 2004 abzustellen.

Gemäss LSE 2004, Tabelle TA1, belief sich der Totalwert für die mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten beschäftigten Frauen im privaten Sektor (Anforderungsniveau 4) auf monatlich brutto Fr. 3'893.- bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden und inkl. 13. Monatslohn (abrufbar unter www.bfs.admin.ch > Themen > Arbeit, Erwerb > Publikationen > die schweizerische Lohnstrukturerhebung 2004, Tabelle TA1, S. 53; zuletzt besucht am 14. Mai 2014). Unter Umrechnung dieses Einkommens auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2005 (abrufbar unter www.bfs.admin.ch > > Themen > Arbeit, Erwerb > Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit > detaillierte Daten > Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit > Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche 1990-2011, Total; zuletzt besucht am 14. Mai 2014) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (2004 für Frauen: 116.6; 2005 für Frauen: 117.9; vgl. www.bfs.admin.ch > Themen > Arbeit/Erwerb > Löhne, Erwerbseinkommen > detaillierte Daten > Schweizerischer Lohnindex nach Sektor: Index und Veränderung auf der Basis 1993 = 100; abgerufen am 14. April 2014) resultiert demnach ein hypothetisches Invalideneinkommen von jährlich Fr. 49'244.-. Da die Beschwerdeführerin in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit nur noch zu 70 % leistungsfähig ist, reduziert sich dieses hypothetische Invalideneinkommen als Zwischenergebnis auf Fr. 34'471.-.

4.3.3 Da die Beschwerdeführerin selbst bei leichten Hilfsarbeitstätigkeiten behindert und im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt ist und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen muss, ist ein 15%iger Abzug vom Tabellenlohn im Rahmen der mit Zurückhaltung ausgeübten Ermessenskontrolle nicht zu beanstanden. Demnach reduziert sich das jährliche hypothetische Invalideneinkommen von Fr. 34'471.- um Fr. 5'171.- auf Fr. 29'300.-. Davon ist auszugehen.

4.4 Aus der Gegenüberstellung eines hypothetischen Valideneinkommens von jährlich Fr. 54'568.- und eines hypothetischen Invalideneinkommens

von Fr. 29'300.- pro Jahr resultiert bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 25'268.- ein IV-Grad von 46 % (zur Rundung vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3), was mit Wirkung ab 1. September 2005 (vgl. E. 2.6 hier-vor) Anspruch auf eine Viertelsrente ergibt. Die entsprechenden Renten-betreffnisse sind zu verzinsen und die Vorinstanz hat zu beachten, dass die Verzugszinspflicht nach Art. 26 Abs. 2 ATSG 24 Monate nach Beginn der Rentenberechtigung als solche für die gesamten bis anhin aufgelaufenen Leistungen beginnt (vgl. hierzu 133 V 9 E. 3.6).

5.

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerde vom 8. März 2013 insofern gutzuheissen ist, als dass die Verfügung vom 6. Februar 2013 aufzuheben und die Vorinstanz anzuweisen ist, der Beschwerdeführerin rückwirkend ab dem 1. September 2005 eine Viertelsrente auszurichten. Die Akten gehen zur Berechnung der Rente und zur Nachzahlung der entsprechenden Rentenbetreffnisse samt Zinsen an die Vorinstanz.

6.

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

6.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Der unterliegenden Vorinstanz können allerdings keine Verfahrenskosten auferlegt werden (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Der zu einem grossen Teil obsiegenden Beschwerdeführerin sind ebenfalls keine Kosten aufzuerlegen. Dieser ist der von ihr geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 410.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten.

6.2 Die zu einem beachtlichen Teil 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 (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 1'800.- (inkl. Ausla-

gen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.- und für nichtanwaltliche Vertreter und Vertreterinnen mindestens Fr. 100.- und höchstens Fr. 300.-]) gerechtfertigt.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde vom 8. März 2013 wird insofern gutgeheissen, als dass die Verfügung vom 6. Februar 2013 aufgehoben und die Vorinstanz angewiesen wird, der Beschwerdeführerin rückwirkend ab dem 1. September 2005 eine Viertelsrente auszurichten.

2.

Die Akten gehen zur Berechnung der Rente und zur Nachzahlung der entsprechenden Rentenbeträge samt Zinsen an die Vorinstanz.

3.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 410.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

4.

Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 1'800.- zugesprochen.

5.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Einschreiben mit Rückschein)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Franziska Schneider

Roger Stalder

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss den Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) gegeben sind. Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: