



Urteil vom 6. Juni 2018

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),
Richterin Franziska Schneider,
Richterin Caroline Bissegger,
Gerichtsschreiberin Anna Wildt.

Parteien

A._____, (Serbien),
vertreten durch lic. iur. Gojko Reljic,
Rechtsberatung für Ausländer Go-Re-Ma,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung,
Verfügung der IVSTA vom 2. August 2016.

Sachverhalt:**A.**

A.a Die 1955 geborene serbische Staatsangehörige A._____ (nachfolgend Versicherte oder Beschwerdeführerin), wohnhaft in Serbien, stand zuletzt vom 8. Juni 1996 bis zum 31. März 2006 in der Schweiz als Zimmermädchen in einem Hotelbetrieb in einem aufrechten Arbeitsverhältnis und entrichtete Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Am (...) 2005 erlitt sie infolge eines Sturzes eine Femurschrägfraktur am Bein, welche operativ behandelt wurde. Einen ersten Antrag auf Zusprechung einer Invalidenrente wies die IV-Stelle B._____ nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen (insbesondere Einholung eines psychiatrischen und orthopädischen Gutachtens; BVGer act. 19) bei einem Invaliditätsgrad von 4% mit rechtskräftiger Verfügung vom 28. April 2008 ab (Vorakten 25).

B.

B.a Am 28. Juli 2009 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut bei der IV-Stelle B._____ zum Bezug einer Invalidenrente an. Nach einer interdisziplinären Begutachtung durch das Zentrum C._____ in (...) vom 23. März 2010 (Vorakten 35) und der Klärung von Ergänzungsfragen (Vorakten 37) wies die IV-Stelle B._____ das zweite Rentengesuch mit Verfügung vom 25. März 2011 ab (Vorakten 38).

B.b Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons D._____ mit Urteil vom 2. Februar 2012 ab (Vorakten 45). Mit Urteil vom 15. Januar 2013 hob das Bundesgericht die Entscheide auf und wies die Sache zur erneuten Verfügung an die IV-Stelle zurück (BGer 8C_217/2012, Vorakten 51).

B.c Da die Versicherte ihren Wohnsitz per 30. September 2012 nach Serbien verlegt hatte, wurde das Dossier zuständigkeitshalber der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) weitergeleitet. Die IVSTA tätigte weitere medizinische Abklärungen und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung durch das E._____ (Gutachten vom 28. Mai 2014, Vorakten 101). Im Folgenden gelangten weitere Berichte der behandelnden Ärzte (Vorakten 112, 118, 119,) und Stellungnahmen des RAD beziehungsweise des medizinischen Dienstes (Vorakten 104, 107, 113, 116, 121, 123) zu den Akten.

B.d Mit Vorbescheid vom 23. Juli 2015 stellte die IVSTA der Beschwerdeführerin in Aussicht, das neue Begehren abzuweisen (Vorakten 124). Dagegen liess die Beschwerdeführerin mit Datum vom 13. August 2015 Einwand erheben (Vorakten 130) und legte weitere medizinische Unterlagen vor (Vorakten 132, 133, 134, 135, 141, 142, 143), woraufhin die Vorinstanz die Stellungnahmen des RAD vom 31. Oktober 2015 (Vorakten 137), vom 28. Mai 2016 (Vorakten 148) und vom 28. Juni 2016 (Vorakten 150) einholte.

B.e Mit Verfügung vom 2. August 2016 (Beilage zu BVGer act. 1) stellte die Vorinstanz fest, die Gesundheitsbeeinträchtigung habe seit dem 1. Januar 2010 eine Arbeitsunfähigkeit und eine Erwerbseinbusse von 40% verursacht, weshalb die Beschwerdeführerin ab 1. Januar 2011 Anspruch auf eine Viertelsrente habe. Da sie am 30. September 2012 in ihre Heimat ausgereist sei, bestehe seit dem 1. Oktober 2012 kein Anspruch mehr.

C.

Mit Eingabe vom 18. August 2016 (BVGer act. 1) liess die Beschwerdeführerin durch ihren Rechtsvertreter Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung vom 2. August 2016 sei aufzuheben, der Beschwerdeführerin sei ab 1. Juli 2008 bis auf Weiteres eine ganze Invalidenrente zuzusprechen oder die Sache sei erneut abzuklären.

D.

Mit Vernehmlassung vom 29. November 2016 (BVGer act. 10) beantragte die IVSTA – unter Bezugnahme auf den Bericht ihres medizinischen Dienstes vom 10. November 2016 (Vorakten 167) – die teilweise Guttheissung der Beschwerde und die Anerkennung eines Anspruchs auf eine halbe IV-Rente ab 1. Juli 2014.

E.

Mit Replik vom 14. Dezember 2016 (BVGer act. 12) hielt die Beschwerdeführerin mit Veweis auf weitere spezialärztliche Dokumentation aus Serbien an ihrer Beschwerde fest.

F.

Mit Duplik vom 23. Dezember 2016 (BVGer act. 15) hielt die Vorinstanz an den Erwägungen in ihrer Vernehmlassung fest.

G.

Mit Eingabe vom 17. Januar 2017 (BVGer act. 17) nahm die Beschwerdeführerin die Gelegenheit wahr, Schlussbemerkungen einzureichen, und

legte einen weiteren Arztbericht vor, demzufolge die Beschwerdeführerin unter anderem auch an bisher noch nicht berücksichtigten Krankheiten leide.

H.

Mit Schlussbemerkungen vom 14. Februar 2018 (BVGer act. 23) nahm die Vorinstanz zur Aktenlage im Lichte der geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu psychischen Gesundheitsschäden Stellung, reichte eine Stellungnahme des RAD zu den Akten und hielt an ihren Vernehmlassungsanträgen fest. Die nunmehr geltend gemachte neue Erkrankung sei im Rahmen einer Neuanmeldung zu prüfen.

I.

Mit Eingabe vom 22. Februar 2018 (BVGer act. 25) machte die Beschwerdeführerin geltend, dass sie bereits vor der Verfügung vom 2. August 2016 an der neuen Krankheit gelitten habe und verwies auf anamnestic Angaben in den Akten. Mit dem Antrag der Vorinstanz, dies in einem neuen Verfahren zu überprüfen und vorliegend den Anspruch auf nur eine halbe IV-Rente anzuerkennen, sei sie nicht einverstanden und halte an ihren Beschwerdeanträgen fest.

J.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

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

1.2 Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG, sofern – wie im vorliegenden Fall – keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vor-

instanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA), die mit Verfügungen über Rentengesuche befasst (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.3 Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen, ist als Adressatin durch die Verfügung vom 2. August 2016 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (Art. 60 Abs. 1 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Nach fristgerechter Leistung des Kostenvorschusses ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.4 Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der IVSTA vom 2. August 2016, mit der der Beschwerdeführerin eine befristete Viertelsrente vom 1. Januar 2011 bis 30. September 2012 zugesprochen wurde.

1.4.1 Die Vorinstanz kann bis zu ihrer Vernehmlassung die angefochtene Verfügung in Wiedererwägung ziehen (Art. 58 Abs. 1 VwVG; Art. 53 Abs. 3 ATSG). Sie eröffnet eine neue Verfügung ohne Verzug den Parteien und bringt sie der Beschwerdeinstanz zur Kenntnis (Art. 58 Abs. 2 VwVG). Die Beschwerdeinstanz setzt die Behandlung der Beschwerde fort, soweit diese durch die neue Verfügung der Vorinstanz nicht gegenstandslos geworden ist (Art. 58 Abs. 3 VwVG). Dem Versicherungsträger ist eine Wiedererwägung *lite pendente* nach Erstattung der Beschwerdeantwort untersagt (Art. 53 Abs. 3 ATSG). Eine während des Beschwerdeverfahrens erlassene Verfügung beendet den Streit nur insoweit, als sie den Begehren der Beschwerde führenden Person entspricht (BGE 107 V 250).

1.4.2 In ihrer Vernehmlassung beantragte die IVSTA eine Teilguthesung der Beschwerde. Der Beschwerdeführerin sei ab 1. Januar 2011 bis 30. September 2012 eine Viertelsrente und ab 1. Juli 2014 eine halbe Rente zuzusprechen. Von einer Wiedererwägung der angefochtenen Verfügung sehe sie ab, weil aufgrund der Beschwerdevorbringen nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden könne, dass die vorgenommene Neubeurteilung den Begehren der Beschwerdeführerin voll entspreche.

Diese Ausführungen der Vorinstanz ersetzen die Verfügung vom 2. August 2016 nicht. Sie haben den Charakter eines Antrags an das Gericht. Wie in

den nachfolgenden Erwägungen zu zeigen sein wird, ist der Antrag hinsichtlich der Rentenhöhe – nicht jedoch des Beginns – gutzuheissen.

2.

2.1 Die Beschwerdeführerin ist Staatsangehörige von Serbien und hat dort ihren Wohnsitz. Die Schweiz hat mit Serbien ein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen, welches noch nicht abschliessend ratifiziert wurde. Bis zum Ratifizierungszeitpunkt ist weiterhin das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 (nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen, SR 0.831.109.818.1) sowie die Verwaltungsvereinbarung betreffend die Durchführung des Abkommens (SR 0.831.109.818.1) anwendbar (vgl. BGE 139 V 263 E. 5.4). Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens sind Angehörige der jeweiligen Staaten den Angehörigen des Partnerstaates in Rechten und Pflichten betreffend die Invalidenversicherung gleichgestellt, insoweit nicht das Abkommen selbst eine Differenzierung vorsieht. Nach Art. 4 des Sozialversicherungsabkommens ist grundsätzlich die Gesetzgebung desjenigen Landes anwendbar, in welchem die für die Versicherung massgebende Beschäftigung ausgeübt wird. Demnach bestimmt sich die Frage, ob und ab wann Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

2.2 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 2. August 2016) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Damit ist vorliegend grundsätzlich der bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretene Sachverhalt zu berücksichtigen. Neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, die der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), können im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht vorgebracht werden und sind zu würdigen. Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, im hängigen Verfahren soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und

geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

Die im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingegangenen medizinischen Unterlagen datieren teilweise erst nach dem massgebenden Stichtag. Soweit sie den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bis zum vorliegend massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung umschreiben beziehungsweise mit dem vorliegenden Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang stehen, können sie nachfolgend berücksichtigt werden.

2.3 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder 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 2. August 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.

3.

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

3.2 Anspruch auf eine Rente der Schweizerischen Invalidenversicherung haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 %

invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

3.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Viertelrente. Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50%, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG), soweit nicht Staatsverträge eine abweichende Regelung vorsehen, was laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (BGE 121 V 264 E. 6c).

3.4 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. auch Art. 87 Abs. 2 und 3, Art. 88a und Art. 88^{bis} IVV). Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV). Eine allfällige Erhöhung der Rente erfolgt gemäss Art. 88^{bis} Abs. 1 IVV frühestens – sofern die versicherte Person die Revision verlangte – von dem Monat an, in dem das Revisionsbegehren gestellt wurde (Bst. a), bei einer Revision von Amtes wegen frühestens von dem für diese vorgesehenen Monat (Bst. b).

3.5 Tritt die Verwaltung – wie vorliegend – auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 83 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch

spruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11).

3.6 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den – den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden – Tatsachen. Eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 [Urteil 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013] E. 6.1.3 m.H.).

4.

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

4.2 Die regionalen ärztlichen Dienste 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).

4.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche

Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

4.4 Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung 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). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei sind, und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 353 f.). Berichte der behandelnden 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 wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber das Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

4.5 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 und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten

oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (vgl. BGE 125 V 351 E. 3.a; 122 V 157 E. 1c).

4.6 Nicht auf eigene Untersuchungen beruhende RAD-Berichte (Art. 49 Abs. 3 IVV) können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Art. 59 Abs. 2bis IVG; Art. 49 Abs. 3 IVV; vgl. Urteil des BGer 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1). Ein förmlicher Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung besteht mithin nicht. Eine solche ist indes anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen. Ein externes, meist polydisziplinäres Gutachten ist namentlich einzuholen, wenn der interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der RAD nicht über die nötigen fachlichen Ressourcen verfügt, sowie wenn zwischen RAD-Bericht und dem allgemeinen Tenor im medizinischen Dossier eine relevante Differenz besteht (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1; 135 V 465 E. 4.6).

4.7 Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, als der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 50; THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70, Rz. 58 ff.).

5.

5.1 Vorliegend hat die Vorinstanz der Beschwerdeführerin vom 1. Januar 2010 bis 30. September 2011 eine befristete Viertelsrente zugesprochen. In der Beschwerdeschrift wird sowohl die Höhe der Rente als auch der frühestmögliche Rentenbeginn bestritten und eine ganze Invalidenrente ab 1. Juli 2008 bis auf Weiteres beantragt. In der Vernehmlassung stellte die Vorinstanz den Antrag, der Beschwerdeführerin zusätzlich ab Juli 2014 eine halbe Rente zuzusprechen.

In Anwendung der dargelegten Grundsätze (vgl. E. 3 und 4 hiavor) ist vorliegend zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bzw. deren Arbeitsfähigkeit – andere Revisionsgründe stehen nicht in

Frage – seit der rentenabweisenden Verfügung vom 28. April 2008 bis zum Erlass der angefochtenen Revisionsverfügung vom 2. August 2016 zweimal in anspruchserheblicher Weise verändert hat. Es ist zu untersuchen, ob die Vorinstanz zu Recht von zwei Revisionszeitpunkten ausgegangen ist, zumal die Beschwerdeführerin geltend macht, ihr stehe ab 1. Juli 2008 eine ganze IV-Rente zu.

5.2 Die Verfügung vom 28. April 2008, mit welcher der Leistungsanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 4 % rechtskräftig abgewiesen wurde, stützte sich insbesondere auf die Gutachten von Dr. F._____, Facharzt für Psychiatrie, und Dr. G._____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, sowie deren Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Rahmen der Beurteilung vom November 2007 (vgl. Beilage zu BVGer act. 19).

Im Gutachten sind folgende Diagnosen enthalten:

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
Längere depressive Episode
Mässige kulturelle Integration
Eheprobleme
- Chronisch sich generalisierendes Schmerzsyndrom
 - nicht ausreichend somatisch abstützbar nach Sturzereignissen im 07/05;
 - generalisierte Druckdolenz;
 - lumbalbetontes Panvertebralsyndrom ohne Hinweis für radikuläre Reiz- oder Ausfallkomponente
 - Rücken-Becken-Beinschmerzen
 - diffuse Sensibilitätsstörungen
 - diffuse Beschwerden am Körperstamm
 - anamnestisch Reizmagen-Syndrom
- Sturz mit Kniekontusion rechts und Sturz mit distaler Femurspiralfraktur rechts
- (...) 2005 Verschraubungs- und DCS-Plattenosteosynthese wegen distaler Femurschrägfraktur rechts
- 2005 anamnestisch Thrombose des rechten Beines
- (...) 2006 Osteosynthesematerialentfernung einer distalen Femurspiralfraktur rechts
- Adipositas
- Laborchemische Hepatopathie
- Arterielle Hypertonie
- Penicillin-Allergie
- Subklinische Hypothyreose möglich

Die Arbeitsfähigkeit sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht für körperlich schwergradig belastende Arbeiten, für solche, die verbunden sind mit repetitivem Bewegen von Gewichten über 10 kg, und für solche, die das Einhalten der Rückenergonomie nicht zulassen, nicht mehr gegeben. Für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit könne keine Einschränkung

der Leistungsfähigkeit bestätigt werden. Unter Berücksichtigung der somatisch-rheumatologischen als auch der psychosomatisch-psychiatrischen Komponente liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor.

5.3 Der nunmehr angefochtene Entscheid vom 2. August 2016 beruhte im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Unterlagen:

5.3.1 Im Bericht der (...) Klinik H. _____ vom 9. Mai 2008 (Vorakten 26) stellten Dr. I. _____, Leitende Ärztin Psychosomatik, und Dr. J. _____, Ass.-Ärztin, folgende Diagnosen:

Diagnosen:

- Chronisches Schmerzsyndrom (St. n. Femurspiralfraktur mit kompliziertem Heilungsverlauf; reaktive lumbale Rückenschmerzen nach Dekonditionierung und langem Stockgebrauch)
- Panikstörung mit Hyperventilation, Tachykardie und Schwindel
- Grenzwertige Hypothyreose substituiert

Nebendiagnosen:

- Arterielle Hypertonie
- Hypothyreose mit Medikamenten substituiert

5.3.2 Aufgrund des MRI der Klinik K. _____ vom 27. November 2008 (Vorakten 28), das minimale Läsionen des Meniskus zeigte, sah Dr. M. _____, Chefarzt des orthopädischen Zentrum L. _____, im Bericht vom 16. Januar 2009 (Vorakten 29) – bei fehlender Vorhersehbarkeit einer Verbesserung der Gesamtsituation – eine Indikation zur Kniearthroskopie gegeben.

5.3.3 Der behandelnde Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. N. _____, diagnostizierte im Bericht vom 8. Juli 2009 (Vorakten 31) eine mittelgradige depressive Störung bei einer rezidivierenden depressiven Störung sowie eine Panikstörung mit agoraphobischen Anteilen und schloss auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab Herbst 2008. Es liege eine psychiatrische Komorbidität vor, welche gegen die Überwindbarkeit der Schmerzverarbeitungsstörung spreche und die Schmerzverarbeitung erschwere. Die Arbeitsfähigkeit liege bei 40%.

5.3.4 Am 10. August 2009 hielt Dr. O. _____, Spezialärztin für Innere Medizin, folgende Diagnosen fest (Vorakten 32):

- Chronisches Lumbovertebralsyndrom bei/mit
 - Fehlbelastung; Verdacht auf rezidivierende Blockaden des Iliosakralgelenkes rechts
- Beinschmerzen rechts mit/bei
 - Posttraumatischer Rotationsfehlstellung des rechten Beines

- Beginnende Coxarthrose rechts
- Progrediente Knieschmerzen rechts (MRI)
- Depressive Störung

Ihrer Beurteilung nach hätten die Probleme während der letzten 12 Monate kontinuierlich zugenommen. Sie schliesse sich der Einschätzung des behandelnden Psychiaters an, die Arbeitsfähigkeit liege bei 40%.

5.3.5 Sodann gab die Vorinstanz auf Empfehlung des RAD (Vorakten 33 und 34) eine polydisziplinäre Begutachtung (allgemeinmedizinisch, internistisch, orthopädisch und psychiatrisch) in Auftrag. In dem Gutachten des Zentrum C. _____ (...) vom 23. März 2010 (Vorakten 35) sind folgende Diagnosen enthalten:

Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode [ICD10 F33.1] (DD: Angst und depressive Störung gemischt [F41.2])

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Arterielle Hypertonie
- Adipositas
- Schilddrüsenunterfunktion, substituiert
- chronische Schmerzen im rechten Bein
 - bei Status nach distaler Femurfraktur
 - Status nach Entfernung des Osteosynthesematerials 2006 im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung
 - Streckausfall rechtes Knie von 20° bei Verkürzung der ischiocruralen Muskulatur
- chronisches Lumbovertebralsyndrom
- leichte Agoraphobie
- Probleme in der Beziehung zum Ehepartner
- Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung

Im Vergleich zum Gutachten von Dr. F. _____ (vom November 2007) sei von einer eindeutigen Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes auszugehen. Es liege eine depressive Symptomatik vor, die gemäss Aktenlage schon länger andauere und zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40% in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit führe. Hintergrund sei eine nicht verarbeitete depressivierende Lebenssituation, die eine Transformierung in psychosomatische Symptome erfahren habe. Alle leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeiten kämen somatisch beurteilt in Frage, die psychiatrische Problematik interferiere in allen möglichen Verweistätigkeiten.

Die Festlegung auf eine 60%ige Restarbeitsfähigkeit begründete der begutachtende Facharzt für Psychiatrie, Dr. P._____, am 28. Januar 2011 (Vorakten 37) nach Aufforderung zur Stellungnahme wie folgt:

Aufgrund der objektivierbaren depressiven Symptomatik sei man zu einer von der psychosomatischen Problematik getrennten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig mittelschweren Episode gemäss ICD-10 F 33.1 mit der differentialdiagnostischen Überlegung einer Angst- und depressiven gemischten Störung (F 41.2) gelangt. Dies sei als Hauptdiagnose gestellt worden und ein vom Schmerzsyndrom losgelöster eigenständiger diagnostischer Komplex.

5.3.6 Der RAD prüfte in den Stellungnahmen vom 11. und 13. Juli 2011 (Vorakten 40, 41) das Gutachten und schloss sich der darin enthaltenen medizinischen Einschätzung an, woraufhin die IV-Stelle am 25. März 2011 eine abweisende Verfügung erliess, welche nach Beschwerdeerhebung an das Verwaltungsgericht und in der Folge an das Bundesgericht durch das bundesgerichtliche Urteil vom 15. Januar 2013 aufgehoben wurde.

5.3.7 Nach Rückkehr in ihre Heimat reichte die Versicherte folgende Arztberichte zu den Akten:

- Elektroneuromyographie-Befund von Dr. Q._____, Neuropsychiaterin, vom 3. April 2013 (Vorakten 66), mit folgenden Diagnosen: Diabetes mellitus, Polyneuropathia sensori motoria diabetica, Radiculopathia C7 L. dex., Radiculopathia L5 bill et S1 bill pp S1 L. dex, Carpaltunnelsyndrom bill, HTA Hypothyreosis, Depressio F32. Laut Kontrollbericht vom 30. Mai 2013 liege keine Änderung in der Diagnosestellung vor; im Kontrollbericht vom 9. Januar 2014 stellte sie neu die Diagnosen F-33, Hypertensia art und St post op ETC coxae l. dex aa VIII (Vorakten 95).
- Bericht von Dr. R._____, Interne Medizin, vom 13. April 2013 (Vorakten 68), mit den Diagnosen Primäre Hyperthyreose (E03), Arterielle Hypertonie (I10), Diabetes mellitus Typ II mit sensomotorischer Polyneuropathie (E11 G61). Es liege eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor. Mit gleichlautenden Diagnosen und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit stellte er im weiteren Bericht vom 3. Januar 2014 eine ungünstige Prognose (Vorakten 97).
- Bericht von Dr. S._____, Orthopäde, vom 14. April 2013 (Vorakten 69), mit den Diagnosen M47 Spondylosis cervicalis et lumbalis cum discopathio C6/C7 und L5/S1 und M16 Coxarthrosis l. dex incipiens. Sie könne nicht länger stehen, Lasten tragen und sei nicht mehr belastbar. In einem weiteren Bericht

vom 6. Juli 2013 (Vorakten 96) stellte er die Diagnose M17 Gonarthrosis I dex. (G).

- Bericht von Dr. T. _____, Psychiater, vom 14. Januar 2014, mit der Diagnose: F33.3 (Vorakten 84); die Patientin fühle sich ziemlich schlecht; Status: trauriger Ausdruck, psychomotorisch verlangsamt, bewusst, gut orientiert, akustische Halluzinationen angegeben; Erinnerung adäquat für ältere Geschehnisse, tlw. kompromittiert für jüngere Geschehnisse, Denken verlangsamt; depressiver Inhalt, ängstlich, depr. polarisierte Hyperthymie mit kompromittierenden VND- Hyperbullien, vorübergehend Schlaflosigkeit, soziales Benehmen beschränkt. Von Zeit zu Zeit Selbstmordgedanken. Abschliessend werden Medikamente aufgelistet.

5.3.8 Zu dieser Berichtslage nahm der RAD in der Folge aus allgemeinmedizinischer und psychiatrischer Sicht Stellung (Vorakten 76). Die Fachärzte kamen zum Ergebnis, dass die neuropsychiatrische Diagnosestellung von Dr. Q. _____ (Vorakten 66) ungewöhnlich sei.

5.3.9 Sodann gab die nunmehr zuständige IVSTA beim E. _____ ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag. Im Gutachten (allgemeinmedizinisch, neurologisch, orthopädisch, psychiatrisch) vom 28. Mai 2014 sind folgende Diagnosen und Beurteilungen enthalten (Vorakten 101):

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Nicht näher bezeichnete Angststörung mit Tendenz zur Agoraphobie und episodischer Panikstörung möglich
- Angedeutete degenerative Veränderungen der rechten Hüfte, beginnende Coxarthrose (Röntgen vom 29.04. 2014)
- Peritendiose rechte Schulter mit beginnender Steifigkeit und Impingement
- Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit pseudoradiculärer Ausstrahlung rechts (JB)
 - Kein Nachweis eines lumboradikulären Reiz- und Ausfallsyndroms
 - Degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit spondylotischen Veränderungen und Discarthrose L5/S1
 - Insuffizienz und Dysbalance der Rumpfmuskulatur bei leichter Skoliose
- Schulter- und Arm-Schmerz rechts
 - Kein Nachweis eines cervicoradiculären Reiz- und Ausfallsyndroms
 - Deutliches Carpaltunnelsyndrom rechts
- Chronische Kopfschmerzen
 - Spannungskopfschmerz
 - V.a. Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (MÜKS)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- V.a. beginnende / grenzwertige Polyneuropathie

- am ehesten bei bekanntem Diabetes mellitus
- Status nach Problemen in Verbindung mit Ausbildung und Bildung (Z55), keine Berufsausbildung
- Probleme in Verbindung mit ökonomischen Verhältnissen (Z59); Gatte 2010 in der Schweiz ohne Stelle, deswegen Rückkehr nach Serbien 2011
- Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (Z60.3) wegen spezifischen transkulturell schwierigen Umgebungsfaktoren
- Status nach distaler Femurfraktur mit Osteosynthese und Metallentfernung (Unfall vom [...] 2005)
- Beidseitiges chronisches Schmerzsyndrom der Kniegelenke
 - klinisch und bildgebend beidseitige Patellachondropathie
 - klinisch und bildgebend keine Anzeichen einer Gonarthrose
 - Status nach Kniegelenks-Distorsion rechts ([...] 2005)
- Muskuläre Schwäche und Fussfehlstellung rechts unklarer Genese
- Knick-, Senk- und Spreizfuss links, Hallux valgus links
- V.a. initiales Carpal-Tunnel Syndrom rechts
- Diabetes mellitus

Die gesamtmedizinische Beurteilung ergab, dass leichte bis intermittierend mittelschwere adaptierte Tätigkeiten vollschichtig möglich seien, mit einer Einschränkung von 40%. Die aus somatischer und aus psychiatrischer Sicht feststellbaren Einschränkungen seien nicht additiv zu sehen (101/54). Die Einschätzung der Funktionseinschränkungen basierte unter anderem auf den Feststellungen des orthopädischen Teilgutachtens, wonach es der Versicherten nicht möglich sei, „schwere körperliche Tätigkeiten mit Heben von Lasten, die mehr als 10 kg wiegen, und die mit häufigen Bücken, Kauern einhergehen, möglich seien; auch über-Kopf Arbeiten seien ihr nicht zuzumuten“; ab März 2007 sei aus orthopädischer Sicht eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten anzunehmen (Vorakten 101/54). Im neurologischen Teilgutachten wurde eine 10%ige Leistungsminderung festgehalten (101/53) und im psychiatrischen Teilgutachten eine Arbeitsunfähigkeit von 40% seit 2010 (101/54).

5.3.10 Nach Prüfung des Gutachtens hielt Dr. U. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin, im Schlussbericht des RAD vom 14. Juli 2014 (Vorakten 104) folgende Diagnosen fest:

Diagnosen:

- Nicht näher bezeichnete Angststörung mit Tendenz zur Agoraphobie (F41.9) und episodischer Panikstörung (F41.0)
- Angedeutete degenerative Veränderungen der rechten Hüfte, beginnende Coxarthrose (M16.1)
- Peritendiose rechte Schulter mit beginnender Steifigkeit und Impingement (M75.0)
- Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit pseudoradiculärer Ausstrahlung rechts (M54.4)
 - Kein Nachweis eines lumboradiculären Reiz- und Ausfallsyndroms

- Degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit spondylotischen Veränderungen und Discarthrose L5/S1
- Insuffizienz und Dysbalance der Rumpfmuskulatur bei leichter Skoliose
- Schulter- und Armschmerz rechts (M54.2)
 - Kein Nachweis eines cervicoradiculären Reiz- und Ausfallsyndroms
 - Carpaltunnelsyndrom rechts

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- V.a. beginnende / grenzwertige Polyneuropathie
 - am ehesten bei bekanntem Diabetes mellitus
- Status nach Problemen in Verbindung mit Ausbildung und Bildung (Z55)
- Probleme in Verbindung mit ökonomischen Verhältnissen (Z59)
- Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (Z60.3)

In seinem Schlussbericht schätzte der RAD-Arzt Dr. U._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl für die angestammte Tätigkeit als auch für Verweistätigkeiten auf 46% (vgl. Vorakten 104/5 f.).

5.3.11 Im Weiteren reichte die Versicherte folgende Arztberichte zu den Akten:

- Bericht von Dr. T._____, Psychiater, vom 7. Oktober 2014 (Vorakten 112) mit der Diagnose: F33.3 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer, mit psychotischen Symptomen), der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Im Attest vom 16. Januar 2015 (Vorakten 118) berichtete er bei gleichlautender Diagnose (F33.3) von einer weiteren Verschlechterung des Zustands.
- Bericht von Dr. V._____, orthopädische Facharztpraxis, vom 21. Januar 2015 (Vorakten 119) mit den Diagnosen: St. post fracturam et osteosynthesis femoris dex. Abreviatio extra (unleserlich) inferioris dex. (2.5 cm). Coxarthrosis secundaris dex. Coxarthrosis bilateralis. Spondylosis lumbalis. Diabetes mellitus cum polyneuropathia. Sie sei nicht fähig zu körperlicher Arbeit, zum Stehen und Gehen über einen längeren Zeitraum. Wegen ausgeprägter Instabilität der Knie bewege sie sich mit Hilfe eines Gehstockes.
- Bericht von Dr. R._____, Interne Medizin, undatiert (Vorakten 132), mit den Diagnosen E03, HTA, I10, E11 G61. Primäre Hyperthyreose, Arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II mit sensomotorischer Polyneuropathie. Sie sei nicht geeignet, zu arbeiten, wobei eine Besserung der Grunderkrankung nicht zu erwarten sei. Es werde empfohlen, ihr eine Invalidität der Kategorie L zuzusprechen.

- Bericht vom 18. Mai 2015, Name unleserlich (Vorakten 133) mit der Diagnose: F33.3.
- Bericht von Dr. V._____, Orthopäde, vom 30. Juli 2015 (Vorakten 134), mit den Diagnosen: St. post fracturam et soteosynthesis femoris dextri. Gonarthrosis secundaris dextri. Spondylosis lumbalis. Diabetes mellitus cum polyneuropathia. Varices cruris. Die Versicherte sei nicht in der Lage, körperlich anstrengende Tätigkeiten zu verrichten (längeres Stehen, Gehen sollte sie vermeiden). Wegen unstabiler Knie Bewegung mit Hilfe eines Gehstocks; es werde eine langsame Verschlechterung prognostiziert.
- Bericht Krankenhaus Dr. W._____, vom 30. Juli 2015 (Vorakten 135), Kontrolluntersuchung: Der Zustand habe sich seit dem letzten Mal stark verschlechtert. Diagnose F33.3 (bei starker Angststörung, depressiv polarisierter Hyperthymie; Trieb und Wille reduziert, Hypobulie, Insomnie und übermässiger Appetit).
- Bericht von Dr. V._____, Orthopäde, vom 17. Dezember 2015 (Vorakten 141), mit den Diagnosen: Spondylosis cervicalis, Arthrosis meris dex., Gonarthrosis dex Secundaria. Spondylosis lumbalis. Diabetes mellitus cum polyneuropathia. Die Versicherte sei nicht fähig, körperliche Tätigkeiten auszuführen, Lasten zu tragen, länger zu sitzen, stehen o.ä. Empfehlung: Gehen mit Stock oder Gehstützen.
- Bericht von Dr. T._____, Psychiater, vom 18. Dezember 2015 (Vorakten 142), mit der Diagnose F33.3. Die Patientin sei zum Ausüben jeder Tätigkeit unfähig.
- Bericht von Dr. X._____, ORL [HNO], vom 12. Januar 2016 (Vorakten 143), mit den Diagnosen: Residuum nach Otitis rechts, Läsion nervus cochlearis, Tinnitus.

5.3.12 Der medizinische Dienst der IVSTA äusserte sich in Stellungnahmen zur Aktenlage wie folgt:

- Dr. Y._____, Facharzt Psychiatrie, hielt am 31. Oktober 2015 fest (Vorakten 137), die somatischen und psychiatrischen Atteste seien nicht geeignet, das qualitativ hervorragende und ausführliche Gutachten vom 29. April 2014 in Zweifel zu ziehen. Auch die serbischen Ärzte würden davon ausgehen, dass die Versicherte keine schweren Arbeiten mehr verrichten könne; dies implizierte aber, dass ihr eine körperlich weniger anstrengende Arbeit zumutbar

sei. Am 28. Mai 2016 (Vorakten 148) hielt Dr. Y._____ fest, bei den psychiatrischen Berichten handle es sich lediglich um eine andere Einschätzung desselben Gesundheitszustands.

- Dr. Z._____, Arzt für Allgemeine Medizin, hielt am 28. Juni 2016 (Vorakten 150) fest, aus somatischer Sicht änderten die Berichte der behandelnden Ärzte nichts an den bisherigen Stellungnahmen. Die vom behandelnden Orthopäden beschriebene Zustandsverschlechterung stelle im Vergleich zum ausführlichen Gutachten des E._____ nur eine andere medizinische Beurteilung eines stationären Zustandes dar.

5.4 Nach Erlass der angefochtenen Verfügung gelangten folgende Arztberichte zu den Akten:

- Dr. T._____, behandelnder Psychiater, erklärte im Bericht vom 9. August 2016 (Beilage zu BVGer act. 1), die Beschwerdeführerin sei arbeitsunfähig, und diagnostizierte – neu – eine kognitive Störung (F06.7; differenzialdiagnostisch: F32.3, F00.1); ihr Zustand habe sich verschlechtert, sie sei arbeitsunfähig und nicht in der Lage, ihr Leben selbständig zu führen.
- Der Bericht des behandelnden Orthopäden, Dr. V._____, vom 10. August 2016 (Beilage zu BVGer act. 1), enthält die Diagnosen Spondylosis cervicalis et lumbalis; St. n. Femurfraktur und Osteosynthese; Gonarthrosis dex. secundaria; Periarthritis humeroscapularis dex., Diabetes mellitus cum polyneuropathia; Varices cruris bilatralis. Die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage, länger zu gehen, zu stehen oder zu sitzen, und unfähig, schwere körperliche Arbeiten zu verrichten. Leichtere Arbeiten seien nur im begrenzten Umfang möglich.
- Im undatierten Bericht des Dr. R._____, Facharzt für Innere Medizin (Beilage zu BVGer act. 1) wurden die Diagnosen Hypothyreose, Hypertonie, Diabetes mellitus, Polyneuritis, sensomotorische Polyneuropathie, Bluthochdruck, Fettleber, Gallenblase mit wenig Ablagerungen, Pankreas lipomatös, beide Nieren mit Zeichen von Mikrolithiasis, Angiopathie, hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie und Angina pectoris diagnostiziert. Sie sei arbeitsunfähig, eine Verbesserung der Grunderkrankungen sei nicht zu erwarten.
- Im Bericht vom 17. Januar 2018 (Beilage zu BVGer act. 17) stellte der behandelnde Psychiater, Dr. T._____, die Diagnose einer Demenzerkrankung vom Alzheimerstyp (F00.0). Der Zustand der Versicherten habe sich verschlechtert. Sie sei immer vergesslicher, wisse nicht, wohin sie gehe, wo sie

ihre Sachen ablege, und sei nicht in der Lage, grundlegende Lebensbedürfnisse selbstständig zu befriedigen; sie sei schwer beweglich, falle zu Boden. Die verbale Kommunikation werde schwer hergestellt und aufrechterhalten; sie sei bewusst, desorientiert in Zeit und Raum, Aprozexie, Erinnerung an rezente Ereignisse beeinträchtigt, Denken begrenzt. Depressionsbedingt polarisierte Hyperthymie, Angststörung, verminderte Willens- und Triebdynamik. Apragmasie, Schlafstörung.

5.5 Hierzu äusserte sich der medizinische Dienst wie folgt:

- In der Stellungnahme vom 12. Oktober 2016 (Vorakten 165) hielt Dr. Z._____, Arzt für Allgemeine Medizin, fest, im Vergleich zum E._____-Gutachten vom Jahr 2014 seien in den auf Beschwerdeebene vorgelegten somatischen Arztberichten neue Diagnosen enthalten: sensomotorische Polyneuropathie ohne entsprechende Befunde (Ausfall von ASR und PSR für Diagnose nicht ausreichend), Angiopathie ohne genauere Beschreibung, hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie und Angina pectoris. Die Angaben seien hinsichtlich des Schweregrads und möglicher Funktionsausfälle nicht verwertbar. Ferner enthalte der Arztbericht von Dr. T._____ neu die Diagnose F06.7 (leichte kognitive Störung).
- Am 10. November 2016 wurde eine Stellungnahme des Expertenrapportes der IVSTA zu den Akten gereicht (Vorakten 167). Darin wird die vom behandelnden Psychiater beschriebene erhebliche Änderung des Zustands, vor allem die (differenzial)diagnostisch erwähnte Alzheimererkrankung, für wenig glaubhaft befunden. Auch der orthopädische Bericht enthalte keine neuen Erkenntnisse. Aufgrund der somatischen Teilgutachten des E._____ vom 28. Mai 2014 sei jedoch seit der Begutachtung von einem höheren Funktionsausfall in der angestammten Tätigkeit auszugehen, als ursprünglich vom RAD angenommen worden sei.
- Am 7. Februar 2018 nahm Dr. Aa._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie vom medizinischen Dienst, zur weiteren Entwicklung der Krankheit aus psychiatrischer Sicht ausführlich Stellung (Beilage zu BVGer act. 23).

5.6 Im hängigen Beschwerdeverfahren machten die Vorinstanz (BVGer act. 23) und die Beschwerdeführerin (BVGer act. 17) von der Gelegenheit Gebrauch, aufgrund des mittlerweile ergangenen Grundsatzurteils des Bundesgerichts BGE 143 V 418 eine Stellungnahme abzugeben. Die Beschwerdeführerin legte ein weiteres Attest vor, das eine Verschlechterung

des psychischen Zustands beschreibt. Gestützt auf die Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes vom 7. Februar 2018 hielt die IVSTA fest, die Beschwerden seien nachvollziehbar als Angsterkrankung mit sekundären depressiven Beschwerden eingeordnet worden, mit dem E._____ -Gutachten vom April 2014 sei es möglich, die Standardindikatoren zu diskutieren. Die Beschwerdeführerin machte in der Eingabe vom 22. Februar 2018 (BVGer act. 25) geltend, sie leide an einer Demenzerkrankung.

6.

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die IVSTA den rechtserheblichen Sachverhalt richtig und vollständig erhoben hat. Zu prüfen ist im Weiteren, ob die medizinische Aktenlage den Anforderungen des strukturierten, indikatorenbasierten Beweisverfahrens genügt.

6.1 Nach BGE 141 V 281 hat der Entscheid über den Anspruch auf eine IV-Rente beim Vorliegen von ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Leidenszuständen in einem strukturierten Beweisverfahren zu erfolgen. Im strukturierten Beweisverfahren ist der Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Gesundheitsschädigung unter Verwendung der nachfolgenden Indikatoren zu erbringen: Kategorie "funktioneller Schweregrad" mit den Komplexen "Gesundheitsschädigung" (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde; Behandlungserfolg oder -resistenz; Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) und "sozialer Kontext" sowie der Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens) mit den Komplexen Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (BGE 141 V 281 E. 4.1.3).

6.2 Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht die Anwendung des indikatorengeliteten Beweisverfahrens auf sämtliche psychischen Erkrankungen mit der Begründung ausgedehnt, dass auch bei diesen Störungen im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme bestünden. Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren jedoch nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8; BGE 137 V 210 E. 6).

6.3 Zunächst ist zu prüfen, ob das polydisziplinäre E. _____-Gutachten vom 28. Mai 2014 den allgemeinen Beweisanforderungen standhält (vgl. E. 4.4 und E. 4.5 hiervor).

6.3.1 Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. Bb. _____, Facharzt für Psychiatrie, genügt den beweisrechtlichen Anforderungen. Es überzeugt in Bezug auf Aufbau, erhobene Befunde und die medizinische Würdigung, auch vor dem Hintergrund der Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der SGPP (SZS 05/2016 S. 435 ff.). Das ausführliche Gutachten gibt eingehend die Anamnese sowie die von der Beschwerdeführerin geäußerten Beschwerden wieder. Es beruht auf einem ausführlichen Untersuchungsgespräch, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und setzt sich einlässlich mit den bereits vorhandenen medizinischen Unterlagen auseinander. Ferner beschreibt der Gutachter in nachvollziehbarer und widerspruchsfreier Weise den aktuellen Gesundheitszustand der Versicherten im Begutachtungszeitpunkt, wobei er auch auf die Frage der Entwicklung des Gesundheitszustands seit der letzten Begutachtung (Zentrum C. _____ (...), 2010) eingeht.

6.3.2 Auch hinsichtlich der somatischen Teilgutachten kommt das Bundesverwaltungsgericht nach eingehender Prüfung der Akten zum Schluss, dass die Expertisen von Dr. Cc. _____, Facharzt für Neurologie, und von Dr. Dd. _____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, die allgemeinen Anforderungen erfüllen, die an den Beweiswert gestellt werden. Insgesamt, auch in Hinsicht auf die allgemeinmedizinische Begutachtung durch Dr. Ee. _____, erweist sich das polydisziplinäre Gutachten als beweiskräftig, beruht auf ausführlichen Anamnesen und Untersuchungen der Beschwerdeführerin und berücksichtigt die Vorakten, wenn auch den Gutachtern – wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird – nicht alle damals vorhandenen somatischen Berichte der behandelnden Ärzte vorgelegen sind.

So ist davon auszugehen, dass die Gutachter keine Einsicht in vier Kurzatteste der behandelnden Ärzte hatten, weshalb zu untersuchen ist, ob Indizien bestehen, die gegen die Erfüllung sämtlicher Anforderungen an ein externes Gutachten sprechen, um die volle Beweiskraft zu entfalten (vgl. E. 4.4 hiervor). Wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird, ist dadurch aber die Schlüssigkeit der gutachtlichen Beurteilung nicht beeinträchtigt worden.

6.3.2.1 Im E. _____-Gutachten sind in der Auflistung der medizinischen Dokumentation folgende Berichte nicht erwähnt: Kurzattest von Dr. S. _____, Orthopäde, vom 6. Juli 2013 (Diagnose: M17 Gonarthrosis I

dex.; Vorakten 96), Attest von Dr. R. _____, Interne Medizin, vom 3. Januar 2014 (Diagnosen: Primäre Hyperthyreose, HTA, DM Typ II mit sensorischer Polyneuropathie E11 G61; Vorakten 97) und zwei Berichte über Kontrolluntersuchungen bei Dr. Q. _____, Neuropsychiaterin, vom 30. Mai 2013 und vom 9. Januar 2014 (Diagnosen: „idem“ bzw. „F– 33; Diabetes mellitus Typ 2 Polyneuropathia s. m.; Hypertensia art; CTS bill Radiculopathia C7 I. dex; Radiculopathia L5 et SI bill; St post op ETC coxae I. dex aa VIII“; Vorakten 95).

Die genannten vier Berichte bestehen aus der Auflistung von Diagnosen inklusive Behandlungsmethoden und geben keine Auskunft über deren Herleitung. Sodann ergibt sich aus der medizinischen Dokumentation (beziehungsweise Auflistung im Gutachten), dass die in den vier Attesten enthaltenen Beschwerden und Diagnosen den Gutachtern bekannt waren und im Zuge der Begutachtung abgeklärt wurden.

6.3.2.2 Dr. R. _____ wiederholte im Kurzbericht vom 3. Januar 2014 (Vorakten 97) nur jene Diagnosen, die bereits im Elektroneuromyographie-Befund vom 3. April 2013 (Vorakten 66) gestellt worden waren, der den Gutachtern vorgelegen ist. Zudem erscheint der Bericht von Dr. R. _____ vom 3. Januar 2014 zweifelhaft, weil er sich darin auf die Ergebnisse eines Laborbefunds von „Konsilium“ berufen konnte, welcher jedoch laut Aktenlage erst am 4. Januar 2014 erstellt worden ist (Vorakten 81). Die von Dr. R. _____ wiederholten Diagnosen, die aus dem Elektroneuromyographie-Befund stammen, bildeten sodann auch die Grundlage der drei Berichte des RAD (Vorakten 76), die zur Entscheidung der Vorinstanz führten, eine polydisziplinäre Begutachtung durchzuführen. Die auch von Dr. R. _____ diagnostizierten Leiden konnten sodann ausführlich und mit überzeugendem Befund und Begründung im Gutachten abgeklärt werden.

6.3.2.3 Im Weiteren hat die Beschwerdeführerin von Anbeginn an Kniebeschwerden geltend gemacht, die auch im orthopädischen Kurzarztbericht von Dr. S. _____ vom 6. Juli 2013 genannt wurden. Aufgrund ihrer Angaben und dem Röntgenbefund „geschwächter Knorpel im Bereich des medialen Kondylus“ diagnostizierte Dr. S. _____ damals eine Gonarthrosis und verordnete Injektionen (Vorakten 96). Im später erstellten orthopädischen E. _____-Teilgutachten wurde hingegen eine Gonarthrose differenzialdiagnostisch (101/93) und mit überzeugender Argumentation auf der Grundlage aktueller Bildgebung des Instituts Ff. _____ vom 29. April 2014 (Vorakten 100) ausgeschlossen. Die Kniebeschwerden seien auf Anzeichen einer beidseitigen Patellachondropathie zurückzuführen, welche

sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (Vorakten 101/95). Im Weiteren hat der RAD-Arzt in seinem Schlussbericht vom 14. Juli 2014 (Vorakten 104) das Ergebnis der E._____-Begutachtung, wonach eine Patel-lachondropathie vorliege, gestützt. Hinsichtlich der festgestellten Gesundheitsschäden sind somit – trotz anders lautender Diagnosestellung des behandelnden Arztes – keine ausreichenden Indizien erkennbar, die gegen die Zuverlässigkeit der E._____-Expertise, welche nach dem Bericht von Dr. S._____
erstellt wurde, sprechen, zumal beweisrechtlich das schlüssige Ergebnis der Abklärung des Knieleidens im Rahmen einer externen Begutachtung die Beurteilung des behandelnden Arztes überwiegt (vgl. E. hiervor).

6.3.2.4 Jedoch ist in Anbetracht der im orthopädischen E._____-Teilgutachten von Dr. Dd._____
genannten Funktionseinschränkungen eine Inkonsistenz zur darauffolgenden versicherungsmedizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erkennbar. Sowohl er als auch der begutachtenden Neurologe, Dr. Cc._____, erachteten – trotz der bekannten Einschränkungen – eine Tätigkeit als Reinigungskraft beziehungsweise als Zimmermädchen weiterhin als voll zumutbar. Diese versicherungsmedizinische Beurteilung leuchtet hingegen aufgrund des Anforderungsprofils nicht ein. Vielmehr überzeugt die Argumentation des Expertenrapportes des medizinischen Dienstes der Vorinstanz vom 10. November 2016, wonach auf die nachvollziehbar festgestellten Funktionseinbussen abzustellen und deshalb eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf vorzunehmen sei (vgl. E. 7.3 hiernach).

6.3.2.5 Insbesondere sind die im orthopädischen Teilgutachten beschriebenen Funktionseinbussen – die Beschwerdeführerin sei noch für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten einsetzbar – durch die erhobenen Befunde abgedeckt und erklärbar. Anlässlich der Stuserhebung (2014) fand sich neben einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom, welches bereits im Zentrum C._____
-Gutachten (2010) beschrieben worden war, neu auch eine endgradige Schmerzhaftigkeit der rechten Hüfte. Bildgebend wurden degenerative Veränderungen der Intervertebral-Gelenke am lumbosacralen Übergang, eine beginnende Arthrose der rechten Hüfte, sowie eine Peritendinose der rechten Schulter mit Anzeichen für ein Impingement festgestellt. Es ist somit – gegenüber 2010 – von einer neuerlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin auszugehen.

6.3.3 Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass das psychiatrische Teilgutachten den allgemeinen Anforderungen an die Beweiskraft genügt. Auch

durch die sorgfältig erhobenen somatischen Befunde wurde in den weiteren Teilgutachten nachvollziehbar dargestellt, dass aufgrund der Veränderungen im Bewegungsapparat körperliche Tätigkeiten mit Heben von Lasten, die mehr als 10 kg wiegen, und zudem auch mit häufigem Bücken oder mit Kauern einhergehen, wie auch über-Kopf-Arbeiten nicht mehr zumutbar sind. In der Gesamtbeurteilung wird im E. _____-Gutachten eine 40%ige Leistungsminderung geschätzt, wobei die somatischen und psychischen Beeinträchtigungen nicht additiv gesehen wurden.

6.4 Wie bereits erwähnt, ist die neue Rechtsprechung zu ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Leidenszuständen (BGE 141 V 281) wie auch zu Depressionen und psychischen Leiden auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (BGer 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1). In sinngemässer Anwendung ist im vorliegenden Fall zu prüfen, ob die beigezogenen Sachverständigen-gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen.

In Hinblick auf den psychischen Zustand stehen im E. _____-Gutachten (2014) die Angstsymptome im Vordergrund, wobei im Vergleich zum früheren Zentrum C. _____-Gutachten die 2010 noch im Vordergrund stehenden Anzeichen einer Depression als sekundär erkannt wurden. Die psychiatrische Symptomatik wurde aber im Jahr 2014 gleichermassen leistungseinschränkend bewertet wie im Jahr 2010. Die medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit liegt damit – seit 2010 gleichbleibend – für sämtliche Tätigkeitsbereiche bei 40%, wobei die Schätzung aufgrund der von Dr. Bb. _____ festgestellten Funktionseinschränkungen – wie nachfolgend aufzuzeigen ist – nachvollziehbar ist.

Aus der Stellungnahme des medizinischen Dienstes, Dr. Aa. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Februar 2018 (BVGer act. 23) geht sodann eine nachvollziehbare Auseinandersetzung mit den Standardindikatoren hervor. Wie hiernach aufzuzeigen sein wird, können allfällige diesbezügliche Mängel des Gutachtens als geheilt angesehen werden.

6.4.1 Die Gutachter gingen insgesamt von einer Leistungsfähigkeit von 60% aus. Hinsichtlich der Kategorie „Funktioneller Schweregrad“, Komplex „Gesundheitsschädigung“ (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1) sagt die im

E. _____-Gutachten diagnostizierte Angststörung (ICD-10 F41.9; mit Tendenz zur Agoraphobie und episodischer Panikstörung F.41.0) an sich noch nichts über eine Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome respektive über die Schwere des Krankheitsgeschehens aus. Die daraus folgenden individuellen Funktionseinschränkungen wurden aber in dem Gutachten nachvollziehbar aufgezeigt. Die Beschwerdeführerin ist demzufolge aufgrund einer eigenständigen Krankheit vermindert belastbar, vermindert stressbelastungsfähig und verfügt über ein reduziertes Durchhaltevermögen. Gemäss der medizinischen Beurteilung des Experten sind mit der inneren Angespanntheit Konzentrationsschwierigkeiten verbunden. Deshalb und auch wegen der immer wieder wiederkehrenden Panikstörung mit Hyperventilationstendenz nehme die Fehlerneigung bei der Arbeit zu. Im Gegensatz zur Erstverfügung liege aber keine somatoforme Schmerzstörung mehr vor; die geltend gemachten Beschwerden seien in den Hintergrund getreten, hingegen müsse eine unspezifische Schmerzfehlerverarbeitung angenommen werden (Vorakten 101/36). Zur Frage des Einflusses der Schmerzen auf die Arbeitsfähigkeit führte der Experte sodann konkret an, dass aufgrund der Fusschmerzen eine Tätigkeit als Zimmermädchen fraglich sein könne (Vorakten 101/37). Diese Einschätzung steht in Einklang mit den bereits diskutierten Befunden des orthopädischen Teilgutachtens, wonach davon auszugehen ist, die Beschwerdeführerin könne nicht mehr als 10 kg aufheben, sie sei nicht in der Lage, sich häufig zu bücken, zu kauern, weiter seien ihr auch über-Kopf Arbeiten nicht mehr zumutbar (vgl. E. 6.3.3 hiervoor).

Gemäss dem Bundesgericht ist nicht ausschlaggebend, dass der Orthopäde keine klare Diagnose fassen konnte, da sowohl die objektivierbaren als auch die medizinisch nicht oder nicht klar fassbaren Beschwerdebilder grundsätzlich die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einzuschränken und somit einen Rentenanspruch zu begründen vermöchten. Die subjektiv von der versicherten Person geltend gemachten Funktionseinschränkungen seien hierfür stets einer sorgfältigen Plausibilitätsprüfung zu unterziehen. Hierbei seien die Indizien, wie sie im Rahmen der Praxis zu den organisch nicht nachweisbaren unklaren Beschwerdebildern regelmässig zu berücksichtigen seien, miteinzubeziehen. Mangels Nachweises der invalidisierenden Folgen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung (das heisst bei Beweislosigkeit), sei zu vermuten, dass sich der beklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirke (BGE 140 V 290 E. 3.3.1, 3.3.2 und 4.1).

6.4.2 Bezüglich inhaltlichem Denken äusserte die Versicherte zum Explorationszeitpunkt laut E. _____-Gutachten deutliche Symptome aus dem

Formenkreis der generalisierten Angststörung und der Panikstörung, eher sekundär Symptome aus dem depressiven Formenkreis (Vorakten 101/32). Sie sei sehr einfach strukturiert und wenig fähig, ihre Befindlichkeitsstörung exakt zu schildern (Vorakten 101/32, 101/35). Die einfache Strukturierung dürfte laut Gutachter dafür mitverantwortlich sein, dass sie im Umgang mit den Beschwerden kein günstiges Coping habe lernen können (Vorakten 101/36).

6.4.3 Wie sodann vom medizinischen Dienst zutreffend aufgezeigt wurde (BVGer act. 23), setzt sich das Gutachten hinreichend mit den Komplexen Persönlichkeit, sozialer Kontext und Konsistenz auseinander (BGE 141 V 281 E. 4.3.2, 4.3.3. 4.4): Zum Komplex Persönlichkeit ist nochmals auf die einfache Strukturierung der Beschwerdeführerin hinzuweisen. Im Gutachten wurde konkret festgehalten, dass dies eine Auswirkung auf die Therapierbarkeit habe (zu dieser Frage vgl. auch E. 6.4.5 und 6.4.6 hiernach). In den Teilgutachten halten die Experten zudem unabhängig voneinander fest, dass es sich um eine sehr ängstliche, teils hilflos wirkende Person handle.

Zum Komplex sozialer Kontext kann Folgendes festgehalten werden:

Wie der medizinische Dienst in zutreffender Weise festhält, ist hierfür in Betracht zu ziehen, dass die Beschwerdeführerin in einer intakten Ehe und mit guter Beziehung zur im gleichen Haus wohnenden Tochter lebe. Ihre Lebensgestaltung sei krankheitsbedingt eher zurückgezogen. Sie verlasse ihre Umgebung kaum, aufgrund ihrer Angst, zu stürzen. Im Haus und Garten übernehme sie noch einfache Tätigkeiten. Gelegentlich erhalte sie Besuch von Bekannten. Ihre Lebensgestaltung sei zwar eher zurückgezogen, was im Wesentlichen auf ihre Ängste zurückzuführen sei, die intakten familiären Beziehungen würden aber auf relevante persönliche Ressourcen schliessen lassen. Die Pflege sozialer Kontakte sei zeitlich beschränkt möglich, Aktivitäten des täglichen Lebens seien jedoch eingeschränkt. Aufgrund der nach wie vor vorhandenen Sozialkompetenz seien der Beschwerdeführerin Anstrengungen zumutbar, sich beruflich wieder zu rehabilitieren (Vorakten 101; BVGer act. 23).

6.4.4 Das Bundesgericht begründete die Aufhebung der vormals ergangenen abweisenden Entscheide (vgl. oben Sachverhalt Bst. B.b) damit, dass in den medizinischen Beurteilungen des polydisziplinären Gutachtens des Zentrum C. _____ vom 23. März 2010 (Vorakten 35) als Diagnose mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode, festgehalten worden sei, wodurch – im Gegensatz zur damaligen Beurteilung der IV-Stelle und des Verwaltungsgerichts D._____ – eine eindeutige Verschlechterung des psychischen Zustandes seit der psychiatrischen Erstbeurteilung (November 2007) festgestellt worden sei. Hingegen ging für das Bundesgericht aus der Aktenlage nicht hervor, ob der Versicherten eine willentliche Überwindung der Einschränkung möglich und zumutbar sei; zudem sei nicht klar gewesen, ob die auszuklammernden psychosozialen Belastungsfaktoren genügend berücksichtigt worden seien.

Auch unter der neuen Rechtsprechung zu somatoformen Schmerzstörungen bzw. psychischen Leiden (vgl. E. 6.1 und 6.2 hiervor) sind die damals vom Bundesgericht beanstandeten invaliditätsfremden Faktoren zu berücksichtigen, und zwar ebenfalls unter dem Aspekt „Sozialer Kontext“ (Abgrenzung psychosozialer und soziokultureller Faktoren einerseits und Eruiierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds andererseits).

Im Zentrum C._____ -Gutachten aus dem Jahr 2010 stellte der Psychiater bei der Versicherten Denkstörungen im Sinne einer hypochondrisch verstehbaren Angst beziehungsweise depressiven Symptomatik kombiniert mit Ängsten (vor neuerlichem Sturz, Hilflosigkeit, danach auf einen Rollstuhl angewiesen zu sein) fest, woraus damals auch gewisse belastende psychosoziale Faktoren resultierten (etwa Spannungen in der Ehe; vgl. Vorakten 35/34 f.). Sie habe primär depressiv auf den Zusammenbruch eines Lebenskonzeptes reagiert; pathologisch sei dies, weil ihr die Zusammenhänge nicht bewusst seien, sodass ihr die Verarbeitung einer depressivierenden Lebenssituation nicht möglich gewesen sei, die teils eine Transformierung in psychosomatische Symptome erfahren habe. Antidepressiva könnten die Probleme grundsätzlich nicht lösen, hierfür sei eine vertiefte psychiatrische Betreuung notwendig (Vorakten 35/38 f.).

Im E._____ -Gutachten aus dem Jahr 2014 konnte der Psychiater zwar noch gewisse soziokulturelle Probleme feststellen, die jedoch gemäss der Stellungnahme des RAD vom 18. November 2013 als untergeordnet angesehen werden können, weil die Beschwerdeführerin in ihre Heimat zurückgekehrt sei (Vorakten 76). Insbesondere haben sich im Zeitpunkt der Begutachtung des E._____ keine invaliditätsfremden psychosozialen Faktoren feststellen lassen. Vielmehr habe Angst – aus dem Formenkreis einer generalisierten Angststörung – eine wesentliche Rolle gespielt für die psychische Fehlentwicklung (Vorakten 101/35). Der Gutachter kam sodann

nachvollziehbar zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand allein aus psychiatrischer Sicht seit 2010 nicht verschlechtert habe, wobei er mit überzeugender Argumentation darstellte, dass die Klinik praktisch dieselbe sei, wie sie 2010 im Zentrum C._____ -Gutachten beschrieben worden sei (Vorakten 101/37).

Aus der medizinischen Aktenlage ist somit für die Klärung der Frage des Einflusses invaliditätsfremder Faktoren auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ableitbar, dass – nach Rückweisung der Sache durch das Bundesgericht – für den Gutachter zum Explorationszeitpunkt 2014 keine solchen Faktoren erkennbar waren.

6.4.5 Der behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck ergibt sich aus dem Gutachten dahingehend, dass die Beschwerdeführerin, die nach dem Sturz Mitte 2005 keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgekommen ist, 2007 und 2008 in (...) und H._____ stationäre Aufenthalte durchlief und sich regelmässig ambulanten psychiatrischen Behandlungen unterzog (einmal pro Monat sowohl in der Schweiz als auch nach der Rückkehr in Serbien). Jedoch führten die Behandlungen zu keiner Änderung der feststellbaren krankheitsbedingten Leistungseinbusse (zum schlechten Coping beziehungsweise dem Einfluss der Persönlichkeitsstruktur vgl. E. 6.4.2 und E. 6.4.3 hiervor). In den Stellungnahmen des RAD sind zur Frage der Therapierbarkeit wiederholt Aussagen dokumentiert, die übereinstimmend auf eine Therapieresistenz hinweisen (vgl. zusammenfassend RAD vom 1. September 2014: „malheureusement, il n’y a pas de traitement régulièrement efficace connu et l’administration d’anti-dépresseurs ne donne de bon résultats que pour un nombre restreint de patients“; Vorakten 107). Dr. Gg._____, Psychiater des RAD, hält in der Stellungnahme vom 4. Juli 2014 fest, es seien Hinweise auf eine neurotische Persönlichkeitsentwicklung vorhanden und gegen Neurosen gebe es kein Medikament (Vorakten 104).

6.4.6 Zusammenfassend sind nach erfolgter neuer Abklärung keine IV-fremden Faktoren erkennbar, die einen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin haben. Die Beschwerdeführerin ist seit 2009 in regelmässiger psychiatrischer Behandlung und es liegt seit her kein Behandlungserfolg vor.

6.4.7 Zur Frage der Konsistenz hält der psychiatrische Gutachter fest, die Beschwerdeschilderung sei ungenau, dies sei jedoch Folge der einfachen

Strukturierung der Beschwerdeführerin. Vorliegend sind keine krankheitsfremden Gesichtspunkte erkennbar, welche im Vordergrund stünden, und die medizinisch zumutbare Willensanstrengung zur Bewältigung der Defizite behindern würden.

6.5 Nach dem durchgeführten Beweisverfahren ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Schlussfolgerungen des Gutachters Dr. Bb. _____ (E. _____, 2014) nachvollziehbar und überzeugend sind. Aus psychiatrischer Sicht hat er schlüssig festgehalten, dass seit dem Zentrum C. _____-Gutachten (Begutachtungszeitpunkt: Februar 2010) aufgrund einer eigenständigen Krankheit eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit festzustellen sei. Aus den somatischen Teilgutachten und der Gesamtbeurteilung des E. _____-Gutachtens (Begutachtungszeitpunkt: April 2014) treten sodann auch somatische Funktionseinschränkungen hervor, die nach schlüssiger Einschätzung des Experten Dr. Bb. _____ verhindern könnten, dass die Beschwerdeführerin wiederum in ihrem angestammten Beruf als Zimmermädchen tätig werde.

Auf der Basis des E. _____-Gutachtens ist von zwei eingetretenen Verschlechterungen des Gesundheitszustandes (2010 und 2014) und von zwei Revisionszeitpunkten auszugehen.

6.6

6.6.1 Da das beweiskräftige E. _____-Gutachten über zwei Jahre vor dem Erlass der Verfügung vom 2. August 2016 erstellt wurde, ist zu überprüfen, inwieweit sich die Vorinstanz in ihren weiteren Beurteilungen des Krankheitsverlaufs auf dieses Gutachten und die Stellungnahmen des RAD bzw. des medizinischen Dienstes stützen konnte. Soweit die von der Beschwerdeführerin eingereichten medizinischen Berichte bei gleichlautenden Diagnosen die verbliebene Restarbeitsfähigkeit teilweise anders einschätzen, vermögen sie jedoch die Ergebnisse des Gutachtens nicht in Frage zu stellen.

6.6.2 Die nach der Begutachtung attestierte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes wurde vom medizinischen Dienst vom Ausmass her als nicht nachvollziehbar eingeschätzt. Diesbezüglich hielt bereits der Psychiater des medizinischen Dienstes, Dr. Y. _____, am 4. Juli 2015 fest, dass es sich – krankheitsbedingt – um passagere Zustände handle (Vorakten 123). Auch wurde bei der aktuellsten Verlaufsbeurteilung vom 7. Februar 2018 (Beilage zu BVGer act. 23) von Dr. Aa. _____,

Fachärztin für Psychiatrie, mit schlüssiger Argumentation das Vorliegen einer schweren Depression verneint. Etwa sei nicht nachvollziehbar, dass die Medikation trotz einer bedeutenden Verschlechterung (schwere depressive Episoden/Depressionen, Suizidgefahr) von den behandelnden Ärzten beibehalten worden sei, sodass bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung von keiner Verschlechterung der bekannten psychischen Leiden ausgegangen werden könne. Auch im Rahmen des ausführlichen Untersuchungsgesprächs hat Dr. Bb. _____, Facharzt für Psychiatrie, die Versicherte auf Suizidalität angesprochen (Vorakten 101/55), woraufhin diese weinte und ihm antwortete, Suizid wäre für sie eine Option gewesen, wenn sie in die Psychiatrie hätte müssen (in der Anamnese wird zuvor im Kontext zu den Symptomen „Weinen“ und „Atemnot“ festgehalten, ihr sei in Serbien im Januar 2014 vom behandelnden Psychiater eine solche Einweisung verordnet worden, sie habe jedoch davon abgesehen, aus Angst, ihr Zustand könnte sich verschlimmern [vgl. Vorakten 101/29]; aus der Aktenlage ist sodann ersichtlich, dass der behandelnde Psychiater bereits im Bericht vom 14. Januar 2014 anamnestisch Suizidgedanken festhielt und die Diagnose F33.3 stellte [Vorakten 84], wobei die angeblich von ihm ins Spiel gebrachte Einweisung in diesem Kontext nicht erwähnt wird). Der Gutachter kam sodann im April 2014 – relativ zeitnah zur Diagnosestellung durch den behandelnden Psychiater – aufgrund seines schlüssigen Untersuchungsbefunds zum Ergebnis, die Depressivität sei sekundär. Bei dieser Sachlage ist auch die Einschätzung des medizinischen Dienstes, dass hinsichtlich der später vorgebrachten Verschlechterung mit Diagnosen aus dem depressiven Formenkreis von einem weitgehend gleichbleibenden Zustand – mit jeweils passageren Verschlechterungen und Verbesserungen – auszugehen sei, überzeugend und überwiegt die später zu den Akten gereichten Berichte der behandelnden Ärzte.

6.6.3 In somatischer Hinsicht schätzten die behandelnden Ärzte die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von Beginn an schwerer ein (vgl. E. 5.3.7 hiervor) als nach ihnen die Gutachter und der RAD. In der Würdigung überwiegen auch hier die beweiskräftigen Aussagen des E. _____-Gutachtens die Einschätzung der behandelnden Ärzte. Seit der E. _____-Begutachtung stellte der behandelnde Orthopäde eine langsam voranschreitende Verschlechterung des Zustands fest (vgl. Vorakten 134). Am 30. Juli 2014 berichtete er, die Versicherte könne keine körperlich anstrengenden Tätigkeiten ausführen. Einmal, im Dezember 2015, attestierte er eine Arbeitsunfähigkeit (Vorakten 141), dann wiederum im August 2016 – zeitnah zur angefochtenen Verfügung – bestätigte er eine noch vorhandene Restarbeitsfähigkeit, wobei ihr körperliche Anstrengungen nicht zumutbar seien

(Beilage zu BVGer act. 1). Im orthopädischen E._____-Teilgutachten konnten nur sehr spärliche objektivierbare organische Veränderungen festgestellt werden. Auch konnten im neurologischen Teilgutachten bei beginnender Polyneuropathie keine Funktionsausfälle festgestellt werden. Bei dieser Beurteilung ist von keiner wesentlichen Veränderung der bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung bekannten Funktionsbeeinträchtigungen auszugehen.

6.7

Im Weiteren erweist sich die novenrechtliche Zulässigkeit der nach dem 2. August 2016 eingereichten Arztberichte, insofern sie neue Diagnosen enthalten, als nicht gegeben.

6.7.1 Der Beschwerdeführerin wurde im Arztbericht vom 9. August 2016 erstmals eine leichte kognitive Störung attestiert (F06.7; differenzialdiagnostisch F32.3, F00.1; vgl. Beilage zu BVGer act. 1). Das Beweismittel ist erst nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung entstanden, weshalb es sich von vorneherein als unzulässig erweist, sofern es sich nicht auf vorbestandene Tatsachen bezieht (vgl. E. 2.2). Der medizinische Dienst hielt zunächst fest, die Diagnosestellung vom 9. August 2016 sei nicht glaubhaft. Im Januar 2018 stellte der behandelnde Arzt die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer Typ. Dr. Aa._____. vom medizinischen Dienst konnte in dem Bericht vom Februar 2018 zur Sicherung der Diagnose respektive Differentialdiagnose aufgrund fehlender Untersuchungen und Tests nicht abschliessend Stellung nehmen. Die Diagnose passe zu den Schilderungen des Ehemannes mit Verhaltensauffälligkeiten und Beeinträchtigungen im Alltag, sowie auch zur seit 2015 mehrfach erwähnten zeitlichen Desorientierung und zur leichten Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit vor allem für kürzlich zurückliegende Ereignisse. Dies sei allerdings auch jeweils im Zusammenhang mit starken Ängsten feststellbar gewesen. Erst 2018 sei die Medikation um ein Antidementivum ergänzt und die Antidepressiva abgesetzt worden. Das hoch dosiert verordnete Benzodiazepin wurde erst 2018, gemäss Arztbericht vom Januar 2018, etwas reduziert (laut Angaben des medizinischen Dienstes könnten diese Medikamente bei Demenz paradox wirken und grundsätzlich die kognitive Leistungsfähigkeit beeinträchtigen).

6.7.2 Die Angaben der Beschwerdeführerin zur Vergesslichkeit wurden bereits im voll beweiskräftigen Gutachten von Dr. Bb._____ in der Anamnese vom April 2014 festgehalten und im Rahmen der Befunderstellung

berücksichtigt beziehungsweise überprüft, wobei sich zum Untersuchungszeitpunkt im April 2014 kein beeinträchtigtes Frischleistungsgedächtnis gezeigt habe (Vorakten 101/33). Hingegen gibt der behandelnde Psychiater in einem zeitnahen Rahmen dazu am 14. Januar 2014 an, eine Vergesslichkeit betreffend kürzlich zurückliegender Ereignisse beobachtet zu haben (Vorakten 84). In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass die diagnostizierte Angststörung laut nachvollziehbarer Argumentation des medizinischen Dienstes mit kognitiven Beeinträchtigungen einhergehen kann. Bei dieser Sachlage ging die Vorinstanz zu Recht davon aus, bei den medizinischen Berichten, welche nach Erlass der angefochtenen Verfügung eingereicht wurden und eine kognitive Störung betreffen, handle es sich um ein echtes Novum, welches im Rahmen einer Neuanschuldung zu prüfen sei.

6.7.3 Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass es sich beim Arztbericht datierend sieben Tage nach der angefochtenen Verfügung, mit dem die Beschwerdeführerin – neu – eine gravierende psychische Störung geltend macht, um ein neues Beweismittel handelt, das sich im Gegensatz zu den anderen in späteren Arztberichten erwähnten bekannten Leiden auf eine neue Tatsache bezieht. Dieses Vorbringen kann im vorliegenden Verfahren keine Berücksichtigung finden (vgl. E. 2.2 hiervor). Dies gilt auch für die neu geltend gemachten somatischen Leiden, wie für die von Dr. R. _____ im undatierten Bericht festgestellten Krankheiten (vgl. E. 5.4 hiervor; insbes. Kardiomyopathie und Angina pectoris).

6.8 Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass aufgrund der bestehenden Aktenlage eine zuverlässige Einschätzung, in welchem Mass die Beschwerdeführerin Einschränkungen unterliegt, bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 2. August 2016 vorgenommen werden kann. In medizinischer Hinsicht ist der rechtserhebliche Sachverhalt durch die Vorinstanz rechtsgenüglich abgeklärt und gewürdigt worden (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 und Art. 49 lit. b VwVG).

7.

7.1 Im Weiteren ist zu prüfen, ob die IVSTA die der Beschwerdeführerin verbleibende Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar ermittelt hat, oder ob in diesem Zusammenhang zusätzliche Abklärungen vonnöten sind.

7.2 Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist es Aufgabe der Arztperson, die körperlich-funktionellen Belastbarkeitsgrenzen zu bestimmen, und

bezüglich der Abschätzung der Folgen der ermittelten Gesundheitsbeeinträchtigung eine so substantiell wie möglich begründete Schätzung der Arbeitsunfähigkeit abzugeben. Auf dieser Grundlage nimmt die rechtsanwendende Behörde eine juristische Beurteilung der Frage vor, welche Arbeitsleistungen einer Person noch zugemutet werden können, das heisst welche konkreten leidensangepassten Tätigkeiten für sie geeignet sind. Für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens sind nötigenfalls, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Verweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C_545/2012 vom 25. Januar 2013 E. 3.2.1).

7.3 Festzustellen ist, dass die Gutachter gestützt auf die vorgenommenen Untersuchungen, Erhebungen und unter Berücksichtigung der Vorakten begründete, nachvollziehbare Einschätzungen der Funktionseinbussen vorgenommen haben. Laut Vernehmlassungsantrag habe sodann der RAD im Schlussbericht vom 14. Juli 2014 (Vorakten 104) nicht richtig beurteilt, welche Tätigkeiten die Beschwerdeführerin noch ausführen könne.

7.3.1 Auf der Grundlage der erhobenen Befunde und Funktionseinbussen hielt der RAD-Arzt Dr. U. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin, am 14. Juli 2014 (Vorakten 104/ 4) fest, es sei insgesamt auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 46% zu schliessen. Er ging davon aus, dass sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in den von ihm aufgelisteten Verweistätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit in psychischer Hinsicht von 40% bei einer körperlichen Leistungseinschränkung von 10 % vorliegen würde. Darauf gestützt bestimmte die Vorinstanz den Invaliditätsgrad in der Höhe von 40% (vgl. angefochtene Verfügung vom 2. August 2016, Beilage zu BVGer act. 1). Hingegen ist dem nachträglich im Beschwerdeverfahren eingereichten Protokoll des Expertenrapportes vom 10. November 2016 (Vorakten 167) zu entnehmen, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ab April 2014 im angestammten Beruf viel stärker beeinträchtigt sei, als ursprünglich im Schlussbericht vom 14. Juli 2014 angenommen wurde. Ab dem 29. April 2014 sei daher von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf auszugehen. Wie bereits erwähnt, wurden im E. _____-Gutachten vom 28. Mai 2014 (Vorakten 101) unter anderem aus fachärztlicher orthopädischer Sicht folgende Funktionseinschränkungen festgestellt: Heben von Lasten, die mehr als 10 Kilo wiegen; häufiges Bücken oder Kauern; über-Kopf-Arbeiten.

7.3.2 Die Stellungnahme des Expertenrapportes, wonach in Hinblick auf das Anforderungsprofil für Zimmermädchen (Leintücher wechseln, Matratzen heben, Bettdecken wechseln; Sanitäranlagen, Spiegel, Fenster putzen, Vorhänge wechseln, Staubsaugen, Möbel abstauben, im notwendigen Arbeitstempo den Wäschewechsel durchführen) im angestammten Beruf der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 70% bestehe, ist nachvollziehbar. Etwa kann die Beschwerdeführerin einen Arm nicht mehr vollständig vom Körper abheben (vgl. Abduktion/Adduktion- und Vorwärts-extensionseinschränkungen rechts; Vorakten 101/91) und sie kann sich auch nicht mehr häufig bücken. Es leuchtet nicht ein, wie sie dann Sanitäreinrichtungen putzen oder unter dem Mobiliar in Hotelzimmern staubsaugen soll. Für die anderen Verweistätigkeiten, bei denen es sich um einfache Tätigkeiten im Dienstleistungssektor handelt (vgl. Vorakten 104: etwa Wachdienste [auf Parkplätzen oder als Pförtnerin], mehrheitlich sitzende Tätigkeiten im Detailhandel oder einfache Hilfstätigkeiten im administrativen Bereich), geht die Vorinstanz gestützt auf die E. _____-Expertise und die Einschätzung des medizinischen Dienstes nachvollziehbar von einer noch möglichen adaptierten Tätigkeit von 60% aus. Dies scheint auch in Hinblick auf die Angaben der Beschwerdeführerin in der Anamnese plausibel, wonach sie noch einfache Tätigkeiten im Haus und Garten auf dem familieneigenen Bauernhof ausüben könne (vgl. Vorakten 101). Hingegen wird bei der Festlegung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit und Bestimmung des Invalideneinkommens auch den psychischen Symptomen (eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit, gedankliche Blockierung, Fehlerneigung infolge der Angststörung) besonderes Gewicht einzuräumen sein.

7.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine rechtsgenügende fachärztliche Einschätzung der Leistungsfähigkeit im angestammten Beruf sowie in den noch zumutbaren Verweistätigkeiten vorliegt. Die Vorinstanz hat sich in ihrem Vernehmlassungsantrag in zutreffender Weise auf die fachärztlich relevante Stellungnahme des Expertenrapportes (darunter die Fachrichtungen Neurologie, physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie) gestützt, der die erheblichen Funktionseinschränkungen in Anbetracht des Arbeitsprofils im angestammten Beruf der Beschwerdeführerin nachvollziehbar bewertete. Damit ist hinreichend dargelegt, dass in der Beurteilung der Funktionseinschränkungen im angestammten Beruf von der Einschätzung des medizinischen Dienstes vom 14. Juli 2014 abzuweichen ist.

7.5 Nach dem durchgeführten Beweisverfahren ist von zwei Revisionszeitpunkten auszugehen. Der medizinische Sachverhalt ergibt, dass die Beschwerdeführerin zunächst in psychischer Hinsicht unter relevanten Beeinträchtigungen litt, zu denen im weiteren Krankheitsverlauf IV-relevante somatische Beschwerden hinzukamen. Zu prüfen bleibt, ab welchem Datum aus medizinischer Sicht von IV-relevanten Änderungen des Gesundheitszustands auszugehen ist. Wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird, ist dies ab Februar 2011 (E. 7.5.1) und ab Juli 2014 (E. 7.5.2) der Fall.

Daraus ergibt sich für den Zeitpunkt des Entstehens eines Rentenanspruchs – im Gegensatz zum Beschwerdebegehren – Folgendes:

7.5.1 Nach der letzten rechtskräftigen Verfügung vom April 2008 berichtete erstmals der behandelnde Psychiater, Dr. N._____, am 8. Juli 2009 von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands. Er ging von einer Arbeitsunfähigkeit von 60 % aus, wobei sich der Gesundheitszustand seiner Ansicht nach bereits seit Herbst 2008 entsprechend verschlechtert habe. Am 10. August 2009 schätzte die behandelnde Hausärztin, Dr. O._____, die Arbeitsunfähigkeit auf 60%. Demgegenüber ging das Zentrum C._____ nach der Begutachtung vom Februar 2010 von einer 40%igen Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus. Die psychische Beeinträchtigung wurde vom psychiatrischen Teilgutachten des E._____ (2014), das volle Beweiskraft entfaltet, „ab Anfang 2010“ mit überzeugenden Argumenten bestätigt (vgl. Vorakten 101). Die Beweiskraft des Zentrum C._____-Gutachtens wurde in der Frage der gutachtlich geschätzten Leistungseinschränkung weder vom Verwaltungsgericht des Kantons D._____ noch vom Bundesgericht in Zweifel gezogen (aufgrund der Aktenlage liess sich damals jedoch nicht abschliessend beurteilen, ob diese Einschränkung invalidisierend sei). Auch das Bundesverwaltungsgericht kommt vorliegend zum Schluss, dass seit dem C._____-Gutachten aus dem Jahr 2010 (Begutachtung 8. – 12. Februar 2010) erstmals mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine relevante Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands feststellbar ist. Für den Zeitraum davor liegen keine hinreichend aussagekräftigen ärztlichen Unterlagen vor.

Ein Rentenanspruch kann daher erstmals – nach Ablauf der einjährigen Wartefrist (vgl. E. 3.2 hiervor) – frühestens ab dem 1. Februar 2011 entstehen und nicht – wie von der Vorinstanz unzutreffend festgehalten – ab Januar 2011.

7.5.2 Im Weiteren ist festzuhalten, dass der externe Experte aus dem Fachgebiet Orthopädie im Begutachtungszeitpunkt im Februar 2010 – im Gegensatz zur orthopädischen Begutachtung vom April 2014 – noch keine Veränderungen im Bewegungsapparat der Beschwerdeführerin feststellen konnte, die geeignet erscheinen, ihre Leistungsfähigkeit in IV-relevanter Weise einzuschränken. Damit ist ab April 2014 eine weitere IV-relevante Veränderung im Krankheitsverlauf hinreichend wahrscheinlich, wobei diese gemäss Aktenlage – wie aufgezeigt (vgl. E. 7.3.2) – einen relevanten Einfluss auf die Tätigkeit im angestammten Beruf als Zimmermädchen beziehungsweise Reinigungskraft entfaltet. Demnach kann eine Änderung des Rentenanspruchs frühestens ab Juli 2014 vorliegen (vgl. E. 3.4 hier vor).

7.6 Nach dem Gesagten sind die darüber hinausgehenden Beschwerdebegehren hinsichtlich des Zeitpunkts der Entstehung eines Rentenanspruchs (ab 2008) mangels rechtsgenügenden Nachweises einer entsprechenden Veränderung der Verhältnisse abzuweisen.

8.

Im Folgenden sind die wirtschaftlichen Auswirkungen der ab April 2014 veränderten gesundheitlichen Einschränkungen zu überprüfen.

8.1 Die Vorinstanz ging trotz des fortgeschrittenen Alters der Beschwerdeführerin von einer wirtschaftlichen Verwertbarkeit der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit aus. Sie kam zum Schluss, der Beschwerdeführerin stünden auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend Arbeitsgelegenheiten wie beispielsweise Überwachungsarbeiten oder einfache administrative Hilfstätigkeiten zur Verfügung und es sei ihr ein entsprechender Berufswechsel zumutbar. Vom medizinischen Dienst sind diverse Verweistätigkeiten bezeichnet worden, die mehrheitlich keine besondere Berufsausbildung voraussetzen.

8.2 Was die Verwertbarkeit des verbleibenden 60 %-Pensums anbelangt, so ist gemäss der Rechtsprechung davon auszugehen, dass der für die Bestimmung des Invalideneinkommens massgebliche ausgeglichene Arbeitsmarkt gekennzeichnet ist durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten aufweist. Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die

unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur mehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein ausgeschlossen erscheint (vgl. Urteil des BGer 9C_277/2016 vom 15. März 2017 E. 4.1 mit Hinweisen).

8.3 Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459). Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist dabei auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 138 V 457 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_134/2016 vom 12. April 2016 E. 3.1).

8.4 Die im (...) 1955 geborene Beschwerdeführerin war in dem für die richterliche Beurteilung massgebenden Zeitpunkt der letzten Begutachtung (April 2014) 59 Jahre alt. Die ihr verbleibende Aktivitätsdauer bis zum Eintritt ins AHV-Alter betrug zum Verfügungszeitpunkt somit noch gut fünf Jahre. Sie war im Rahmen ihrer letzten Anstellung über 10 Jahre beim gleichen Arbeitgeber als Zimmermädchen beschäftigt. Dennoch ist nicht ohne Weiteres davon auszugehen, dass sie dadurch befähigt wäre, ausserhalb ihres Berufs ihre Kenntnisse gleichermassen im Rahmen einer anderen beruflichen Tätigkeit erbringen zu können.

8.5 Das Bundesgericht hat die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines über 61-jährigen Versicherten verneint, der über keine Berufsausbildung verfügte, bezüglich der aus medizinischer Sicht im Umfang von 50% zumutbaren feinmotorischen Tätigkeiten keinerlei Vorkenntnisse besass, dessen Teilarbeitsfähigkeit weiteren krankheitsbedingten Einschränkungen unterlag und dem von den Fachleuten der Berufsberatung die für einen Berufswechsel erforderliche Anpassungsfähigkeit abgesprochen wurde. Als unverwertbar erachtet wurde auch die 50%ige, durch verschiedene

Auflagen zusätzlich limitierte Arbeitsfähigkeit eines knapp 64-jährigen Versicherten mit multiplen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beschwerden, ebenso eine 50%ige Arbeitsfähigkeit einer im Verfügungszeitpunkt 61 Jahre und einen Monat alten Versicherten, die bezüglich der für sie in Frage kommenden Tätigkeiten einer Umschulung bedurft hätte. Bejaht wurde hingegen die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines 60-jährigen Versicherten mit einer aufgrund verschiedener psychischer und physischer Limitierungen (es bestanden u.a. rheumatologische und kardiale Probleme) um 30% eingeschränkten Leistungsfähigkeit (Rechtsprechungsübersicht aus dem Urteil des Bundesgerichts 8C_482/2010 vom 27. September 2010, E. 4.2 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-1349/2014 vom 2. Mai 2016 E. 9).

8.6 Vorliegend dürften zwar die ärztlich beschriebenen gesundheitlichen Einschränkungen wie auch das Alter bei der Suche nach einer Stelle erschwerend ins Gewicht fallen. Dennoch ist bei Berücksichtigung dieser konkreten Gegebenheiten davon auszugehen, dass in den angeführten Verweistätigkeiten (vgl. E. 7.3.2) Arbeitsangebote existieren, zumal Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen, ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden (8C_657/2010 vom 19. November 2010 E. 5.2.3). Die Beschwerdeführerin ist trotz Einschränkungen immer noch im Rahmen eines 60%-Pensums arbeitsfähig. Physisch weiterhin zumutbar sind leichte Arbeiten ohne häufiges Bücken, Kauern und über-Kopf-Arbeiten, und psychische Limitierungen bestehen insbesondere in Form einer eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit und Fehlerneigung (vgl. E. 6.4.1 hiervor). Dem beweiskräftigen psychiatrischen Teilgutachten (Vorakten 101/36 f.) ist zu entnehmen, sie leide an depressionsähnlichen Symptomen, weil sie sich zurückziehe und am Leben und auch an der Arbeit nicht mehr teilnehme, was sich immer wieder in einer Negativspirale negativ auf das Selbstwertgefühl auswirke. Aufgrund der Klinik, des weiter bestehenden guten Antriebsverhaltens und der immer noch vorhandenen Sozialkompetenz seien ihr Anstrengungen zumutbar, sich beruflich zu rehabilitieren. Sie sei aus psychiatrischer Sicht 60% arbeitsfähig und könne fünf Stunden täglich in einer kognitiv überschaubaren, mehrheitlich sitzenden, wechselbelastenden Tätigkeit eingesetzt werden (Vorakten 101/38). Die Einschätzung steht im Einklang mit den anamnestischen Angaben, wonach die Beschwerdeführerin, die auf einem kleinen Bauernhof lebe, einfache Tätigkeiten ausübe und ihrer Tochter zur Hand gehe (Vorakten 101/77, 101/15, 101/19). Zwar wird eine Verwertbarkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt – wie vom RAD vorgeschlagen – im Detailhandel, als Kassierin oder in der Produktion (etwa Fließbandarbeit; feinmechanische

Arbeiten) schon aufgrund der Fehlerneigung zu verneinen sein. Auch erscheint ein Einsatz im (online-)Marketing am ausgeglichenen Arbeitsmarkt aufgrund der hierfür erforderlichen Umschulung und der herabgesetzten psychischen Fähigkeiten unrealistisch. Jedoch sind einfache Hilfstätigkeiten im Dienstleistungsbereich (Kopierarbeiten, Verteilung interner Post, Empfang/Rezeption), bei denen den Gedankenblockaden und der herabgesetzten Konzentrationsfähigkeit Rechnung getragen werden kann, noch möglich und gemäss beweiskräftigem Gutachten die für einen Berufswechsel erforderlichen Ressourcen als gegeben zu erachten. Wie erwähnt, sind ihr Anstrengungen zur beruflichen Rehabilitation möglich, wohingegen sich die fehlende Erwerbstätigkeit laut Gutachter verstärkt negativ auf die gesundheitliche Verfassung der Beschwerdeführerin auswirke. Bei dieser Sachlage ist zumindest von der Existenz von Nischenarbeitsplätzen auszugehen, bei denen – trotz der beschriebenen krankheitsbedingten Konzentrationsschwierigkeiten und Fehlerneigung (vgl. E. 6.4.1 hiervor) – mit einem gewissen Entgegenkommen der Arbeitgebenden für Behinderte gerechnet werden kann, wobei die genannten Verweistätigkeiten im Fall der 59-jährigen Beschwerdeführerin auch nicht nur mehr in so eingeschränkter Form möglich wären, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennen würde (vgl. E. 8.4.2 hiervor).

8.7 Im Lichte der dargelegten Grundsätze ist aufgrund der konkreten Umstände davon auszugehen, dass die über keine eigentliche Berufsausbildung verfügende Beschwerdeführerin bei einer noch verbleibenden Aktivitätsdauer von fünf Jahren bis zum Erreichen des AHV-Alters auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt einen Arbeitgeber finden würde, der sie für eine geeignete, leichte Verweistätigkeit im Umfang von fünf Stunden täglich einstellen würde.

9.

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Vorinstanz den Invaliditätsgrad korrekt ermittelt hat. Die Beschwerdeführerin war seit 2010 in der angestammten Tätigkeit und in Verweistätigkeiten gleichermaßen 40% eingeschränkt. Bezüglich 2014 liegt eine Änderung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf vor. Der Invaliditätsgrad ist für zwei verschiedene Zeitabschnitte nach Massgabe der jeweils zumutbaren Arbeitsfähigkeit separat zu ermitteln (vgl. E. 9.5 für 2011 und E. 9.7 für 2014).

9.1 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Be-

stimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

9.2 Die Bemessung der Invalidität von Personen, die im Gesundheitsfall eine volle Erwerbstätigkeit weiter ausgeübt hätten, hat durch die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs zu erfolgen. Bei dieser Methode berechnet die Verwaltung zuerst das sogenannte Valideneinkommen. Erfasst wird damit das Erwerbseinkommen, das ohne den Gesundheitsschaden erzielt werden könnte (vgl. nachfolgend E. 9.4). Davon zieht sie das Invalideneinkommen ab. Darunter ist das Erwerbseinkommen zu verstehen, das nach Eintritt des Gesundheitsschadens und nach Durchführung von Eingliederungsmassnahmen auf zumutbare Weise erreicht werden könnte (vgl. nachfolgend E. 9.5). Aus der Differenz zwischen dem Valideneinkommen und dem Invalideneinkommen resultiert eine Einkommenseinbusse. Dieser Fehlbetrag wird in Prozenten ausgedrückt, welche dem Invaliditätsgrad entsprechen (vgl. nachfolgend E. 9.6).

9.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

9.4

9.4.1 Für die Bestimmung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die Versicherte 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, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1, 129 V 222 E. 4.3.1 m.w.H.). Das Abgehen vom zuletzt erzielten Verdienst bedarf besonderer Begründung (BGer 9C_846/2015 vom 2. März 2016 E. 2.2).

9.4.2 Gemäss Aktenlage war die Beschwerdeführerin ohne Berufsabschluss und zuletzt vom 8. Juni 1996 bis zum 31. März 2006 als Zimmermädchen angestellt.

9.4.3 Zur Frage der Ermittlung des IV-Grades bezog sich die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung auf die Ausführungen und Berechnungen ihrer Fachdienste/Wirtschaftliche Invaliditätsbemessung vom 25. November 2016 (Vorakten 169). Um eine Verzerrung durch die Indexierung auf lange Dauer zu vermeiden, ermittelte die IVSTA das hypothetische Valideneinkommen, indem sie sich für den Einkommensvergleich auf die Lohnstrukturerhebungen (LSE) 2012 abstützte (zur Anwendbarkeit der LSE 2012 und spätere betreffend die Bestimmung des Invalidenlohns vgl. BGE 142 V 178). Dabei ging die IVSTA von einem monatlichen Bruttolohn 40 Stundenwoche für eine Arbeitnehmerin im Kompetenzniveau 1 in der Branche Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie (55-56) im Jahr 2012, aufgerechnet auf die betriebsübliche Anzahl Arbeitsstunden von 42.4 Stunden pro Woche im Jahr 2012 aus und errechnete den monatlichen Validenlohn von Fr. 3884.90 ($3665 : 40 \times 42.4$). Ebenfalls basierend auf den LSE 2012 nahm die Vorinstanz sodann die Berechnung des Invalideneinkommens vor und kam nach Ermittlung eines Leidensabzugs von 25% zum Ergebnis, es bestehe „eine Einkommenseinbusse von 40% ab 2010 (Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit) und von 52% ab 29.04.2014“.

Die vorinstanzliche Berechnung des hypothetischen Valideneinkommens anhand der LSE (gemäss der Tabelle TA1_skill_level für die Branche Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie 55-56, Kompetenzniveau 1 Frauen) ist mit der langen Betriebsabwesenheit der Beschwerdeführerin ausreichend begründet (vgl. E. 9.4.1 hiervor). Wie festgestellt (vgl. E. 7.5.1 hiervor), ist aber von einem frühestmöglichen Beginn des Rentenanspruchs am 1. Februar 2011 auszugehen. Für die Berechnungen kommen daher nicht die LSE 2012 sondern die LSE 2010 unter Berücksichtigung der entsprechenden Nominallohnentwicklung und der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit für das Jahr 2011 zur Anwendung (für den zweiten Referenzzeitpunkt ist auf die LSE 2014 abzustellen, vgl. E. 9.7 hiernach).

9.5

9.5.1 Aus der Aktenlage wird nicht ersichtlich, wie die Vorinstanz für den ersten Referenzzeitpunkt (1. Februar 2011) eine Einkommenseinbusse von 40% ermittelt hat (vgl. Vorakten 169; Beilage zu BVGer act. 1). Unter Berücksichtigung der dargelegten Grundsätze (vgl. E. 9.1 bis 9.4 hiervor) ergibt sich zum IV-Grad ab 1. Februar 2011 Folgendes:

9.5.2 Zur Berechnung des hypothetischen Valideneinkommens ist der branchenübliche Monatslohn Fr. 3'714.– (LSE 2010, TA1, 55-56, Anforderungsniveau 4) unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung heranzuziehen (1%iger Anstieg gegenüber 2010, Nominallohnindex Frauen), weshalb von einem Wert von Fr. 3'751.14 auszugehen ist. Aufgerechnet auf die betriebsübliche Anzahl Arbeitsstunden im Jahr 2011 (42.3 Stunden pro Woche in der Branche Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie) ergibt sich ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 3'966.83.

9.5.3 Für die Berechnung des Invalideneinkommens ist zu prüfen, ob der statistische Lohn durch einen Leidensabzug zu korrigieren ist.

9.5.3.1 Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne aus invaliditätsfremden Gründen herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), welche nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Dabei erlaubt ein Abzug vom statistischen Lohn von insgesamt höchstens 25%, den verschiedenen Merkmalen, die das Erwerbseinkommen zu beeinflussen vermögen, Rechnung zu tragen (BGE 126 V 75 E. 5). Ein Abzug soll nicht automatisch, sondern dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Versicherte wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale seine gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 134 V 322 E. 5.2).

9.5.3.2 Das Bundesverwaltungsgericht prüft, ob der zu überprüfende Entscheid, den die IVSTA nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen müssen. Bei der Überprüfung des gesamthaft vorzunehmenden Abzuges, der eine Schätzung darstellt und von der Verwaltung kurz zu begründen ist, darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen (BGE 126 V 75 E. 6).

9.5.3.3 Aufgrund der persönlichen Umstände des Falles, insbesondere der Funktionseinschränkungen verbunden mit dem Gesundheitsschaden, des Alters (59 Jahre), der Dauer der Betriebszugehörigkeit (ca. 10 Jahre), des Mangels an einer abgeschlossenen Ausbildung und des Grades der Zumutbarkeit der Verweistätigkeiten sah die IVSTA eine Reduktion von 25%

des Invalidenlohns (basierend auf statistischen Daten) als gerechtfertigt (vgl. Vorakten 169).

In Anwendung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist die vorinstanzliche Festsetzung des Abzugs wie folgt zu prüfen: Die Gewährung ist als solche nicht zu beanstanden, da insbesondere in Anbetracht der im psychiatrischen Gutachten beschriebenen multiplen Beschwerden gute Gründe vorliegen, weshalb die Beschwerdeführerin in zumutbaren Tätigkeiten nur mehr eingeschränkt leistungsfähig ist (vgl. BGer 9C_617/2010 vom 10. Februar 2011 E. 4.2 i.V.m. BGE 126 V 75; BGE 134 V 322 E. 5.3). Auch das fortgeschrittene Alter wurde nachvollziehbar berücksichtigt, wobei es sich nicht um einen losgelösten Faktor, der separat quantifizierbar wäre, handelt, sondern um ein in einer Gesamtsicht zu berücksichtigendes Element (vgl. BGE 126 V 75 E. 5).

Insbesondere begründete die IVSTA den 25%igen Abzug vom zu ermittelnden Invalideneinkommen wegen einer zur Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf 60% hinzutretenden Einschränkung mit den Funktionseinschränkungen infolge des Gesundheitsschadens. Der aufgrund der Erkrankung – bei seit 2010 gleichbleibender Symptomatik – vom Arbeitgeber in Kauf zu nehmende erhöhte Ausfall im Rahmen der noch möglichen Berufsausübung von fünf Stunden täglich wurde im E. _____-Gutachten eingängig dargestellt (vgl. Vorakten 101; zum Beispiel plötzlich auftretende Atemnot, häufiges Weinen, Agoraphobie). Es leuchtet ein, dass dies einen geringeren Verdienst zur Folge haben kann (zum Beispiel wegen erhöhtem Bedarf an Rückzugsmöglichkeiten). Aus der Aktenlage lassen sich sodann keine objektiven Gründe ableiten, wonach das Alter von knapp 56 Jahren – statt der für die Festsetzung des Abzugs von der IVSTA angenommenen 59 Jahre – im Fall der Beschwerdeführerin zu einer anderen Gewichtung beim Leidensabzug führen sollte, da ein fortgeschrittenes Alter vorlag. Somit besteht kein triftiger Grund, vom vorgenommenen Leidensabzug von 25% abzuweichen (vgl. E. 9.5.3.2 hiervor).

9.5.4 Zur Bestimmung des hypothetischen Invalideneinkommens stützte sich die Vorinstanz im Rahmen des Vernehmlassungsantrags in Anwendung der bundesgerichtlichen Praxis, wonach bei der Verwendung von LSE-Löhnen in der Regel auf den branchenübergreifenden Totalwert abzustellen ist (SVR 2010 IV Nr. 26 S. 79, 8C_9/2009 E. 4), auf die Lohnstrukturerhebungen (LSE) 2012 ab. Beim Invalideneinkommen ermittelte sie den monatlichen Bruttolohn 40 Stundenwoche für eine Frau, welche demensprechend einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art

(Kompetenzniveau 1) ausübte im Dienstleistungssektor (45-96) mit der üblichen Anzahl Arbeitsstunden des Sektors im Jahr 2012 von 41.7 Stunden pro Woche in der Höhe von Fr. 4147.07 ($3978 / 40 \times 41.7$).

Diesbezüglich ist zunächst festzuhalten, dass für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf die LSE 2010 abzustellen ist (vgl. E. 9.4 hiervor).

Die Rechtsprechung wendet für die Bestimmung des Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen in der Regel die Monatslöhne gemäss LSE –Tabelle TA1, Zeile „Total“ an (vgl. BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Seit dem IV-Rundschreiben Nr. 328 des BSV vom 22. Oktober 2014 entspricht die TA1 der Tabelle TA1_skill_level. Im Weiteren hat das Bundesgericht festgehalten, dass bisweilen auch auf Löhne einzelner Sektoren (Sektor 2 „Produktion“ oder Sektor 3 „Dienstleistungen“) oder gar einzelner Branchen abgestellt werde, wenn dies sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen (BGer 9C_841/2013 vom 7. März 2014 E. 4.2).

Bei den vorliegenden Symptomen kann bei einem Wechsel in eine Verrichtungsart nicht von einer sektorübergreifenden Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werden (vgl. E. 8 hiervor). Deshalb ist aufgrund der Einzelfallumstände auf den Lohn bei Erbringung sonstiger Dienstleistungen abzustellen.

9.5.5 Beim Invalideneinkommen ist ausgehend von einem monatlichen Bruttolohn von Fr. 3'950.– (40 Stundenwoche für eine Frau, welche einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art ausübte in der Branche Erbringung v. sonst. Dienstleistungen [94-96] im Jahr 2010), angepasst an die Lohnentwicklung – die Berücksichtigung ergibt Fr. 3'989.50 – und mit der üblichen Anzahl Arbeitsstunden der Branche im Jahr 2011 von 42 Stunden pro Woche ein Wert von Fr. 4'189.– zu ermitteln.

Daraus ergibt sich unter Berücksichtigung einer Tätigkeit von 60% sowie eines Leidensabzugs von 25% ein Invalideneinkommen von gerundet Fr. 1'885.– ($4'189 \times 0.6 \times 0.75$).

9.5.6 Die Erwerbseinbusse beträgt daher 52.48%, gerundet 52% ($[(3'966.83 - 1'885) \times 100 / 3'966.83]$) und entspricht damit nicht dem von der Vorinstanz ermittelten Invaliditätsgrad von 40%.

9.6 Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführerin ab 1. Februar 2011 eine halbe Rente zusteht, da von einem IV-Grad von 52%

auszugehen ist. Auch ein allfälliger Anspruch auf Parallelisierung der Validen- und Invalideneinkommen ändert an diesem Ergebnis nichts.

9.7 Für die weitere Berechnung eines neuen Rentenanspruchs ab 2014 sind die Tabellenwerte der LSE 2014 heranzuziehen.

9.7.1 Der hier für die Ermittlung des Valideneinkommens anwendbare branchenübliche Monatslohn betrug im Jahr 2014 Fr. 3'767.– (LSE 2014, Arbeitnehmerin Kompetenzniveau 1 in der Branche Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie [55-56]). Aufgerechnet auf die betriebsübliche Anzahl Arbeitsstunden im Jahr 2014 (42.4 Stunden pro Woche, Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie [55-56]) ergibt sich ein hypothetisches Valideneinkommen von gerundet Fr. 3'993.–.

9.7.2 Beim Invalideneinkommen ist zunächst ausgehend von einem monatlichen Bruttolohn von Fr. 4'100.– (40 Stundenwoche für eine Frau, welche einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art [Kompetenzniveau 1] ausübte in der Branche Erbringung v. sonst. Dienstleistungen [94-96] im Jahr 2014) und mit der üblichen Anzahl Arbeitsstunden der Branche im Jahr 2014 von 41.8 Stunden pro Woche ein Wert von Fr. 4'284.50 zu ermitteln. Der Leidensabzug beträgt – wie von der Vorinstanz nachvollziehbar festgelegt – 25% (vgl. E. 9.5.3 hiervoor).

Daraus ergibt sich unter Berücksichtigung einer Tätigkeit von 60% sowie eines Leidensabzugs von 25% ein Invalideneinkommen von gerundet Fr. 1'928.– ($4'284.50 \times 0.6 \times 0.75$).

9.7.3 Die Erwerbseinbusse beträgt daher 51.71%, gerundet 52% ($[(3'993 - 1'928) \times 100 / 3'993]$) und entspricht damit dem von der Vorinstanz ermittelten Invaliditätsgrad von 52% ($[(3884.90 - 1866.18) \times 100 / 3884.90]$).

9.8 Nach dem Gesagten ist der Vernehmlassungsantrag der IVSTA auf Anerkennung eines Anspruchs auf eine halbe Rente insofern gutzuheissen, als dieser nicht erst ab Juli 2014, sondern bereits ab Februar 2011 festzustellen ist. Ein allfälliger Anspruch auf Parallelisierung der Validen- und Invalideneinkommen vermag an diesem Ergebnis nichts zu ändern.

10.

10.1 Hieraus ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin, bei der im Rahmen der Begutachtung vom Februar 2010 eine Verschlechterung des Gesundheitszustands festgestellt wurde, ab 1. Februar 2011 einen Anspruch auf

eine halbe Invalidenrente hat. Nachdem im April 2014 eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes festgestellt wurde, kam es zu keiner relevanten Änderung der Erwerbseinbusse, es bleibt ein Anspruch auf eine halbe Rente ausgewiesen. Die Beschwerde ist daher teilweise gutzuheissen. Soweit sie in Bezug auf die Rentenhöhe und den Beginn der Rentenauszahlung darüber hinausgeht, ist sie abzuweisen.

10.2 Da sich wegen der im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Akten fundierte Hinweise darauf ergeben, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach Erlass der Verfügung invaliditätsrelevant verschlechtert haben könnte (siehe E. 6.7 hiervor), sind die Eingaben der Beschwerdeführerin vom 18. August 2016 (Beilage zu BVGer act. 1) und vom 30. Januar 2018 (Beilage zu BVGer act. 20) entsprechend der Beurteilung des ärztlichen Dienstes vom 7. Februar 2018 und der Vorinstanz vom 14. Februar 2018 (BVGer act. 23 inkl. Beilage) als Neuanschuldung zu betrachten. Die Sache ist daher nach rechtskräftigem Abschluss dieses Verfahrens zur Prüfung einer rentenrelevanten Gesundheitsverschlechterung an die Vorinstanz zu überweisen.

11.

11.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Da die Vorinstanz während dem Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht beantragt hat, die Beschwerde in einem erheblichen Ausmass zu Gunsten der Beschwerdeführerin gutzuheissen, wobei der Beschwerdeführerin bereits ab Februar 2011 eine halbe Rente zusteht, gilt die Beschwerdeführerin in diesem Umfang als teilweise obsiegende Partei. Die ihr aufzuerlegenden Verfahrenskosten sind daher aus diesem Grund auf Fr. 260.– zu reduzieren. Der Vorinstanz werden trotz dem teilweisen Unterliegen keine Verfahrenskosten auferlegt (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG). Die der Beschwerdeführerin auferlegten, reduzierten Verfahrenskosten von Fr. 260.– werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.– verrechnet und der Differenzbetrag von Fr. 540.– wird der Beschwerdeführerin aus der Gerichtskasse zurückerstattet.

11.2 Die teilweise obsiegende, durch eine nichtanwaltliche Vertretung vertretene 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 Vorin-

stanz. Da der Vertreter keine Kostennote eingereicht hat, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Der Rechtsvertreter hat seine Beschwerde sehr allgemein und weitgehend mittels Verweis auf beigelegte Arztberichte und Eingaben im vorinstanzlichen Verfahren begründet. 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 Fr. 600.– gerechtfertigt (inkl. Auslagen, ohne die nicht geschuldete Mehrwertsteuer; vgl. Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE bzw. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWST [SR 641.20]).

(Dispositiv nächste Seite)

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**1.**

Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen teilweise gutgeheissen und die angefochtene Verfügung vom 2. August 2016 wird aufgehoben. Die Beschwerdeführerin hat ab 1. Februar 2011 Anspruch auf eine halbe Rente.

2.

Die Akten gehen nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils an die Vorinstanz zurück zur Berechnung der entsprechenden Rente und zur Beurteilung der Neuanmeldung vom 18. August 2016 im Sinne von E. 10.2.

3.

Der Beschwerdeführerin werden Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 260.– auferlegt und mit dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.– verrechnet. Die Restanz von Fr. 540.– wird der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückbezahlt.

4.

Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 600.– zugesprochen.

5.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde; Beilage: Formular Zahladresse)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti

Anna Wildt

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). 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: