



Urteil vom 26. Juni 2015

Besetzung

Richterin Eva Schneeberger (Vorsitz),
Richter David Weiss,
Richterin Maria Amgwerd,
Gerichtsschreiberin Bianca Spescha.

Parteien

X._____,
wohnhaft in Bosnien und Herzegowina
vertreten durch lic. iur. Gojko Reljic,
Rechtsberatung für Ausländer Go-Re-Ma,
Quaderstrasse 18/2, 7000 Chur,
Beschwerdeführerin,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Rentenanspruch);
Verfügung vom 4. Februar 2013.

Sachverhalt:**A.**

Die 1952 geborene X._____ (nachfolgend: Versicherte oder Beschwerdeführerin), Staatsangehörige von Bosnien und Herzegowina, arbeitete während mehreren Jahren in der Schweiz als Hilfspflegerin in einem Alters- und Pflegeheim. Dementsprechend leistete sie obligatorische Beiträge an die schweizerische Alters, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; vgl. IV act. 12). Am 31. Mai 2007 verlegte die Versicherte ihren Wohnsitz in ihre Heimat.

B.

Mit Gesuch vom 3. September 2007 (Posteingang bei der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [nachfolgend: Vorinstanz] am 9. Mai 2008), das sie durch den heimatlichen Versicherungsträger einreichen liess, stellte die Versicherte einen Antrag auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung (vgl. IV act. 9). Die Vorinstanz klärte in der Folge die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab und wies mit Verfügung vom 18. August 2009 den Rentenanspruch der Versicherten mangels renten begründeter Invalidität ab (vgl. IV act. 46). Dagegen erhob die Versicherte beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde.

Mit Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 13. September 2011 wurde die Beschwerde der Versicherten insofern gutgeheissen, als dass die angefochtene Verfügung vom 18. August 2009 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wurde, damit diese nach erfolgter neuer Abklärung über den Rentenanspruch der Versicherten neu verfüge (vgl. IV act. 63).

C.

Daraufhin holte die Vorinstanz von der Beschwerdeführerin den Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten ein und liess die Versicherte bei der Medizinischen Abklärungsstelle Medas A._____ (nachfolgend: Medas) polydisziplinär begutachten. Zu diesem Medas-Gutachten holte die Vorinstanz sodann eine Stellungnahme ihres regionalärztlichen Dienstes (nachfolgend: RAD) ein.

D.

Gestützt auf das Medas-Gutachten vom 2. Oktober 2012 und die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. B._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, stellte die Vorinstanz mit Vorbescheid vom 2. November 2012 die

Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht und begründete dies damit, die Medas-Gutachter würden die Versicherte in ihrem angestammten Aufgabenbereich Haushalt für leichte bis mittelschwere körperliche Arbeit als arbeitsfähig erachten, weshalb keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliegen würde (vgl. IV act. 85).

E.

Mit Schreiben vom 13. und 28. November 2012 erhob die Versicherte gegen diesen Vorbescheid Einwände und machte geltend, die Beurteilung der Medas-Gutachter könne nicht anerkannt werden. So seien im Medas-Gutachten zwei Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und 13 Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgelistet worden. In Anbetracht der von den bosnischen Spezialärzten aufgeführten physischen und psychischen Beschwerden könne dies nicht akzeptiert werden. Die Versicherte reichte der Vorinstanz medizinische Unterlagen aus dem Jahre 2007 ein (vgl. IV act. 88 und 90).

Mit Eingabe vom 17. Dezember 2012 reichte die Versicherte der Vorinstanz erneut medizinische Unterlagen ein (vgl. IV act. 93 ff.).

F.

Die von der Versicherten mit Eingaben vom 28. November und 17. Dezember 2012 eingereichten medizinischen Unterlagen wurden anschliessend dem RAD zur Beurteilung vorgelegt. Der RAD-Arzt Dr. med. B. _____ kam am 24. Januar 2013 nach Würdigung der ärztlichen Berichte zum Schluss, dass die neuen Informationen die medizinischen Schlussfolgerungen der Medas-Gutachter nicht in Zweifel zu ziehen vermögen (vgl. IV act. 114).

G.

Mit Verfügung vom 4. Februar 2013 bestätigte die Vorinstanz den Vorbescheid vom 2. November 2012 und wies das Leistungsbegehren ab (vgl. IV act. 115).

H.

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte mit Eingabe vom 26. Februar 2013 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragt die Zuspreehung einer ganzen Invalidenrente. Eventualiter beantragt sie eine neue medizinische Abklärung.

I.

Mit Vernehmlassung vom 21. Juni 2013 beantragt die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Sie verweist diesbezüglich auf den eingeholten RAD-Bericht vom 31. Mai 2013.

J.

In ihrer Replik vom 1. Juli 2013 hält die Beschwerdeführerin an ihrer Beschwerde fest. Zudem beantragt sie die Zustellung der RAD-Stellungnahme vom 31. Mai 2013, welche ihr in der Folge mit Verfügung des Bundesverwaltungsgerichts vom 3. Juli 2013 zugestellt wurde.

K.

Mit Schreiben vom 14. August 2013 reichte die Beschwerdeführerin erneut weitere medizinische Unterlagen ein, welche von der Vorinstanz dem RAD-Arzt unterbreitet wurden. Mit Stellungnahme vom 4. Oktober 2013 hielt die Vorinstanz mit Verweis auf den RAD-Bericht vom 27. September 2013 an den gestellten Anträgen fest.

L.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird – sofern erforderlich und rechtserheblich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

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

1.1 Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

1.2 Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. d^{bis}

VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26^{bis} und 28 - 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

1.3 Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland vom 4. Februar 2013. Die Beschwerdeführerin hat frist- und formgerecht Beschwerde erhoben (Art. 60 ATSG). Als Adressatin der angefochtenen Verfügung ist die Beschwerdeführerin besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Damit ist auf das ergriffene Rechtsmittel, nachdem auch der geforderte Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, einzutreten.

2.

2.1 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit, wenn nicht eine kantonale Behörde als Beschwerdeinstanz verfügt hat (Art. 49 VwVG).

2.2 Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. THOMAS HÄBERLI, in: Praxiskommentar VwVG, 2008, Art. 62 N 40).

2.3 Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

3.

Vorab ist zu prüfen, welche Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren zur Anwendung gelangen.

3.1 Die Beschwerdeführerin ist Staatsangehörige von Bosnien-Herzegowina, weshalb das im Verhältnis zu Bosnien-Herzegowina bis heute gültige Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) sowie die entsprechende Verwaltungsvereinbarung vom 5. Juli 1963 betreffend die Durchführung des Abkommens (SR 0.831.109.818.12; nachfolgend: Verwaltungsvereinbarung) zur Anwendung kommen (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_385/2011 vom 8. August 2011 E. 2; Weitergeltung Bosnien gemäss BGE 139 V 263 E. 5.4). Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach beantwortet sich die Frage, ob die Vorinstanz den Anspruch auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 4 des Sozialversicherungsabkommens).

3.2 Nach den allgemeinen intertemporalen Regeln sind in verfahrensrechtlicher Hinsicht diejenige Rechtssätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügungen vom 4. Februar 2013 in Kraft standen; weiter aber auch alle übrigen Vorschriften, die für die Beurteilung der streitigen Verfügung im vorliegend massgeblichen Zeitraum von Belang sind. Dies sind die bis zum 31. Dezember 2007 in Kraft gewesenen Bestimmungen der 4. IV-Revision (AS 2003 3837), ab 1. Januar 2008 die zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Bestimmungen der 5. IV-Revision (AS

2007 5129 bzw. AS 2007 5155) und ab 1. Januar 2012 die zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Bestimmungen der 6. IV-Revision (AS 2011 5659 bzw. AS 2011 5679).

3.3 Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Neu normiert wurde insbesondere der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs entsteht. Gemäss den intertemporalrechtlichen Grundsätzen ist der Leistungsanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 grundsätzlich auf Grund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen. Trat der Versicherungsfall bereits vor dem 1. Januar 2008 ein, so gilt entsprechend altes Recht (das heisst die versicherte Person kann sich noch innerhalb eines Jahres seit Eintritt des Versicherungfalles anmelden, ohne Einbusse an Rentenleistungen; vgl. Art. 48 Abs. 2 IVG in der bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung). Trat der Versicherungsfall hingegen am 1. Januar 2008 oder später ein, so ist das neue Recht anwendbar, sprich der Rentenanspruch entsteht grundsätzlich erst nach Ablauf der halbjährigen Wartefrist seit der IV-Anmeldung (Art. 29 Abs. 1 IVG). Eine Ausnahme zu letzterer Regelung besteht indessen für Fälle, in denen das Wartejahr vor dem 1. Januar 2008 zu laufen begann und im Jahr 2008 erfüllt wurde. In diesen Fällen reicht es, wenn die Anmeldung bis Juni 2008 (vgl. hierzu BGE 138 V 475) eingereicht wird, dass abweichend von Art. 29 Abs. 1 IVG ab Ablauf des Wartejahres Anspruch auf IV-Leistungen besteht (BGE 138 V 475, Urteile BGer 8C_419/2009 vom 3. November 2009 E. 3.2 f. und 8C_312/2009 vom 1. Dezember 2009 E. 5; Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen [nachfolgend: BSV] vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]).

4.

Im vorliegenden Verfahren ist in der Hauptsache streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente verneint hat.

Nachfolgend sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden gesetzlichen Grundlagen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

4.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und bei Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat; d.h. während mindestens eines vollen Jahres gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. während mindestens drei Jahren gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG (in der seit 2008 geltenden Fassung). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein.

Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als eines Jahres, aber auch während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und die Invalidenversicherung geleistet, so dass die Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente sowohl alt- wie auch neurechtlich erfüllt ist (vgl. IV act. 12). Zu prüfen bleibt damit, ob und gegebenenfalls ab wann und in welchem Umfang sie invalid im Sinne des Gesetzes (geworden) ist.

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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG im Besonderen setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396). Eine solche Diagnose ist eine rechtlich notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden (BGE 132 V 65 E. 3.4).

Invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (BGE 131 V 49 E. 1.2, vgl. auch BGE 102 V 165; AHI-Praxis 2001 S. 228 E. 2b mit Hinweisen).

4.3 Vor der Berechnung des Invaliditätsgrades muss jeweils beurteilt werden, ob die versicherte Person als (teil-)erwerbstätig oder nichterwerbstätig einzustufen ist, was entsprechenden Einfluss auf die anzuwendende Methode der Invaliditätsgradbemessung hat. Bei einer erwerbstätigen versicherten Person wird das Erwerbseinkommen, das diese nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, Art. 16 ATSG). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, insbesondere bei Hausfrauen, wird für die Bemessung der Invalidität darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (spezifische Methode des Betätigungsvergleichs, Art. 28a Abs. 2 IVG). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen, nicht erwerbstätigen Personen gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode, Art. 28a Abs. 3 IVG).

Zu prüfen ist, was die versicherte Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. So sind insbesondere bei im Haushalt tätigen Versicherten die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich

praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausreicht (vgl. BGE 133 V 504 E. 3.3, 133 V 477 E. 6.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

4.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind die Entscheidbehörden 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 da-zu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Des Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 125 V 25 E. 4 und 115 V 133 E. 2; Rechtsprechung und Verwaltungspraxis in den Bereichen AHV, IV etc., AHI-Praxis 2002, S. 62 E. 4b/cc).

4.5 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweismittelwürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst 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.

4.6 Bezüglich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich

somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG] I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

Auch auf Stellungnahmen eines regionalen ärztlichen Dienstes kann nur abgestellt werden, sofern sie diesen beweisrechtlichen Anforderungen genügen. Zudem müssen die Ärztinnen und Ärzte des RAD über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1; 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit weiteren Hinweisen). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Das Fehlen eigener Untersuchungen vermag daher einen RAD-Bericht für sich alleine nicht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung der erwerblichen Folgen eines bereits feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, folglich die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Bei der Beurteilung der RAD-Berichte sind jeweils "geringe Zweifel" das massgebliche Kriterium (vgl. dazu Urteil BGer 9C_57/2015 vom 19. Mai 2015, E. 2.2).

4.7 Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 IVG).

Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, werden jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der Europäischen Union (EU), denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG) – was vorliegend nicht der Fall ist, da Bosnien und Herzegowina nicht ein Mitgliedstaat der EU ist.

4.8 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) 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).

Nach Art. 29 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) entsteht 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. Altersjahres folgt. Ziel dieser Regelung ist, dass sich die versicherten Personen möglichst rasch bei der IV anmelden, damit die Eingliederung noch möglichst grosse Erfolgchancen hat.

4.9 Nach Art. 29 Abs. 1 IVG (in der bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung) entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist (Bst. a) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Bst. b).

Nach Art. 48 Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung) werden Leistungen für die zwölf der Anmeldung vorangegangenen Monate ausgerichtet, wenn sich eine versicherte Person mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs anmeldet. Weitergehende Nachzahlungen werden erbracht, wenn die versicherte Person den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte und die Anmeldung innerhalb von zwölf Monaten seit Kenntnisaufnahme vornimmt.

5.

Vorab gilt es die Frage nach dem massgebenden Zeitpunkt der IV-Anmeldung zu klären.

5.1 Gemäss Art. 4 Abs. 1 der hier anwendbaren Verwaltungsvereinbarung betreffend die Durchführung des Sozialversicherungsabkommens (vgl. vorne E. 3.1) haben in Jugoslawien wohnhafte jugoslawische Staatsangehörige, die Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung erheben, ihr Gesuch bei der zuständigen Landesanstalt einzureichen. Dabei sind die von der Schweizerischen Ausgleichskasse den Landesanstalten zur Verfügung gestellten Formulare zu verwenden (Art. 4 Abs. 2 Satz 1 der Verwaltungsvereinbarung). Die entsprechende Landesanstalt vermerkt das Datum des Eingangs auf dem

Rentengesuch, prüft dieses auf seine Vollständigkeit und bestätigt die Richtigkeit der vom Gesuchsteller gemachten Angaben sowie die Gültigkeit der von ihm vorgelegten Ausweise (Art. 4 Abs. 3 Satz 1 der Verwaltungsvereinbarung). Die zuständige Landesanstalt leitet darauf das Rentengesuch an die Schweizerische Ausgleichskasse weiter (Art. 4 Abs. 4 Satz 1 der Verwaltungsvereinbarung, vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] A-3318/2012 E. 3.3).

5.2 Vorliegend stellt das Gericht fest, dass auf Seite 7 des Formulars YU/CH 4 links unter "lieu et date" das Datum vom 28. März 2008 (Beglaubigung) eingetragen ist, rechts davon befindet sich der Stempel der Amtsstelle des bosnischen Versicherungsträgers (vgl. IV act. 9 S. 7). Der bosnische Versicherungsträger hat das Eingangsdatum auf der dafür vorgesehenen Spalte im Anmeldeformular YU/CH 4 nicht vermerkt (vgl. IV act. 9 S. 1 rechte Spalte). Das Formular YU/CH 4 wurde vom bosnischen Versicherungsträger erst am 9. Mai 2008 der Schweizerischen Ausgleichskasse weitergeleitet (vgl. Eingangsstempel auf Seite 1 des Formulars YU/CH 4). Die Vorinstanz stützt sich bei der Festsetzung des Anmeldedatums auf das Eingangsdatum des Formulars YU/CH 4 bei der Schweizerischen Ausgleichskasse vom 9. Mai 2008.

5.3 Das Eingangsdatum bei der Schweizerischen Ausgleichskasse ist – wie auch das Beglaubigungsdatum des ausländischen Versicherungsträgers nicht entscheidend. Laut Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-1192/2013 vom 15. Januar 2015 kann auf das Datum der Unterschrift des Beschwerdeführers abgestellt werden, wenn der ausländische Versicherungsträger – wie vorliegend – auf der ersten Seite des Formulars das "Datum des Gesuchs" nicht eingetragen hat (E. 5.7.3). Das Formular YU/CH 4 wurde von der Beschwerdeführerin am 3. September 2007 unterzeichnet (vgl. IV act. 9 S. 6). Somit ist im vorliegenden Fall der 3. September 2007 als Anmeldedatum festzulegen.

6.

Anschliessend ist zu prüfen, ob die Vorinstanz die Beschwerdeführerin zu Recht als Nichterwerbstätige, die im Aufgabenbereich Haushalt tätig ist, qualifiziert hat.

6.1 Die Beschwerdeführerin hat ab Juni 2003 zu 70 % als Hilfspflegerin gearbeitet. Nachdem ihr per 31. August 2004 gekündigt wurde, war sie im RAV-Beschäftigungsprogramm weiterhin zu 70 % arbeitsfähig und bezog

bis April 2006 Arbeitslosentaggelder. Danach übte sie gemäss ihren eigenen Angaben weder in der Schweiz noch in Bosnien eine selbständige oder unselbständige Tätigkeit aus, sondern war mit der Haushaltsführung betraut (vgl. IV act. 15).

6.2 Die Vorinstanz hat die Beschwerdeführerin daher zu Recht als nichterwerbstätige Versicherte qualifiziert, welche im häuslichen Aufgabenbereich tätig ist und der die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, so dass sich die Bemessung der Invalidität nicht nach Art. 16 ATSG, sondern nach Art. 28a Abs. 2 IVG richtet (spezifische Methode). Es ist folglich darauf abzustellen, in welchem Masse die Beschwerdeführerin unfähig ist, sich in diesem Aufgabenbereich zu betätigen.

7.

7.1 Um feststellen zu können, in welchem Masse eine versicherte Person im Haushalt zufolge ihrer gesundheitlichen Beschwerden eingeschränkt ist, bedarf es im Prinzip einer Abklärung vor Ort (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV; BGE 130 V 97 E. 3.3.1 sowie Urteile BGer 9C_121/2011 vom 31. März 2011 E. 3.1.1 mit Hinweisen und 8C_671/2007 vom 13. Juni 2008 E. 3.2.1). Diese Abklärungsberichte im Haushalt stellen grundsätzlich eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung im Haushalt dar (Urteil EVG I 103/06 vom 6. November 2006 E. 4.1).

7.2 Eine Abklärung der gesundheitlichen Einschränkungen einer versicherten Person im Haushalt ist von einer qualifizierten Person zu verfassen und hat in Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der sich aus den medizinischen Diagnosen ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen zu erfolgen. Ebenso muss der Bericht plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein (vgl. Urteil BGer 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1 sowie BGE 130 V 97 mit Hinweis).

7.3 Der Abklärungsbericht ist seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet. Grundsätzlich jedoch stellt er auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, d.h. wenn die Beurteilung psychischer

Erkrankungen im Vordergrund steht (AHI 2004 S. 137 E. 5.3). Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Urteile BGer 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1, 9C_986/2009 vom 11. November 2010 E. 7.2 und 9C_631/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 5.1.2 mit Hinweisen).

7.4 Es ist denkbar, dass bei Wohnsitz des Versicherten im Ausland auf eine Haushaltsabklärung im oben dargelegten Sinne ausnahmsweise verzichtet werden kann. Der Abklärungsbericht muss dann aber eine fachmedizinische Evaluation der Fähigkeiten der Versicherten, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, enthalten. Eine solche Evaluation wird mit Hilfe eines Arztes durchgeführt, wobei eine detaillierte und eingehende Betrachtung der Einschränkungen der Versicherten nach deren Anhörung durch den Arzt notwendig ist (vgl. Urteil BGer I 733/06 vom 16. Juli 2007 E. 4.2.2).

8.

Im Folgenden bleibt zu prüfen, ob und gegebenenfalls seit wann die Beschwerdeführerin im Haushalt zufolge ihrer gesundheitlichen Beschwerden eingeschränkt ist.

Die angefochtene Verfügung vom 4. Februar 2013 mit der vorinstanzlichen Feststellung, wonach die Beschwerdeführerin im Haushalt zu 32 % eingeschränkt ist, basiert hauptsächlich auf dem Medas-Gutachten vom 2. Oktober 2012 und den eingeholten Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. B._____.

8.1 Das interdisziplinäre Medas-Gutachten vom 2. Oktober 2012 gliedert sich einerseits in die Wiedergabe der bisherigen Medizinalakten und der Angaben der Versicherten sowie andererseits in die fachärztlichen Untersuchungen mit anschliessender Konsenskonferenz des allgemeinmedizinischen/internistischen, des psychiatrischen, des neurologischen und des orthopädischen Teilgutachters.

8.1.1 Anlässlich der internistischen Untersuchung der Beschwerdeführerin hat Dr. med. C._____, Fachärztin für Allgemeine Medizin, keine Hin-

weise für eine Herzinsuffizienz gefunden. Es seien Knöchelödeme festgestellt worden. Aus den zur Untersuchung mitgebrachten Unterlagen gehe hervor, dass eine symptomatische Angina pectoris mit Klappeninsuffizienz der Aorta und Mitralklappen Grad I bestehe. Die Durchführung einer Koronarangiographie sei geplant. Die Hypertonie und der Diabetes seien gut eingestellt, es bestehe immer noch eine Adipositas, was sich negativ auf die Gelenke und auf die metabolische Situation der Versicherten auswirke. Am linken Oberschenkel bestehe seit 1996 eine Hyposensibilität im Verlauf des N. cutaneus femoris lateralis. Zu erwähnen sei noch eine bestehende leichte Hypercholesterinämie, die durch weitere intensive Diätmassnahmen und Gewichtsreduktion sicher gebessert werden könne. Das von der Beschwerdeführerin eingenommene Schmerzmedikament sei unterdosiert. Sie brauche demnach kaum Schmerzmittel. Es hätten keine Hinweise auf Fibromyalgie festgestellt werden können, da lediglich 9 von 18 Tenderpoints positiv gewesen seien, wobei die 9 Punkte inkonstant angegeben worden seien und es sich vermutlich um myofasciale Druckpunkte handle, welche nichts mit einer Fibromyalgie zu tun hätten. Der subjektive Tinnitus bei Status nach fraglicher Einblutung ins linke Ohr sollte kontrolliert werden.

Bezüglich den Haushaltstätigkeiten führte die Beschwerdeführerin im Rahmen der internistischen Untersuchung aus (vgl. Medas-Gutachten S. 9 und 10), sie könne Wäsche tragen und aufhängen. Auch Putzarbeiten und das kleine Abstauben könne sie erledigen. Das Bügeln und das Wegwischen des gröbereren Staubes übernehme ihre Nichte. Die Gartenarbeiten und das Staubsaugen übernehme ihr Ehemann. Das Frühstück mache sie abwechselnd mit ihrem Ehemann. Nach dem Frühstück erledige sie Haushaltsarbeiten und gehe eventuell etwas einkaufen. Beim Kochen helfe der Ehemann mit. Abends gingen sie spazieren. Ihr Ehemann habe schon früher im Haushalt geholfen, nun etwas mehr.

Dr. med. C. _____ erachtete die Beschwerdeführerin aus allgemeinmedizinischer Sicht für schwere körperliche Arbeit 100 % arbeitsunfähig. Für mittlere und leichte Arbeiten bestehe jedoch eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einem Pensum von 8.5 Stunden pro Tag.

8.1.2 Im neurologischen Teilgutachten führte Dr. med. D. _____, Facharzt für Neurologie, aus, dass sich nur unspezifische zervikale-lumbale Beschwerden ohne radikuläre Störungen finden würden. Die zervikalen und lumbalen wie auch thorakalen Schmerzen seien schon seit 2003 sukzessive zunehmend vorhanden und unspezifisch in der geschilderten Art.

Während der 2-stündigen Anamnese habe die Versicherte verhältnismäßig ruhig sitzen können. Die zeitweiligen Parästhesien im Bereich der Arme und Hände seien nicht segmentaler Genese. Auch durch die beim Autounfall erlittene Commotio cerebri seien keine erkennbaren neurologischen Beeinträchtigungen objektivierbar, weder anamnestisch noch untersuchungstechnisch. Es seien auch keine Hinweise für Schädigung der Pyramidenbahnen gefunden worden. Das von Dr. E. _____ im Bericht vom 30. Dezember 2009 ausgewiesene "leichte Pyramidaldefizit links" sei nicht nachvollziehbar, sicher derzeit nicht mehr nachweisbar. Eine asymptomatische niedriggradige Karotisstenose links von lediglich 30 % sei ohne Relevanz. Die im linken Oberschenkel linksseitig lateral angegebene Taubheit und Brennparästhesie entspreche einer Affektion des N. cutaneus formoris lateralis und sei ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Dieser Nerv sei rein sensibel und habe keine motorische Funktion. Die Störung sei auch schon seit 1996 vorhanden und scheinke keine Alltagsrelevanz zu haben. Es seien noch Schlafstörungen genannt worden ohne pathologische Tagesschläfrigkeit. Hinsichtlich der Schädelkontusion und Commotio würden sich keine Hinweise für Folgeschäden finden. Beim Diabetes mellitus könne keine Polyneuropathie nachgewiesen werden. Aus neurologischer Sicht sei die Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Hilfspflegerin als auch in Verweisungstätigkeiten, auch retrospektiv vollschichtig arbeitsfähig. Auf eine rückengerechte Tätigkeit sollte jedoch geachtet werden.

8.1.3 Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete, die Beschwerdeführerin gebe vorwiegend Rückenschmerzen, Schmerzen im rechten Ellbogen und Nacken an. Die von ihr beschriebene subjektive Schmerzempfindung sei diffus, ihre Schilderung sei plakativ und der dabei bestehende Leidensdruck lasse keinen Schmerz von erheblichem Grad erkennen. Es könne von einer leichten Störung kognitiven Verarbeitung der körperlichen Wahrnehmung gesprochen werden und es bestehe eine Veränderung der Schmerzwahrnehmungsschwelle. Der psychiatrische Teilgutachter diagnostizierte der Versicherten eine leichtgradige somatoforme Störung ICD F45.8, welche keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. Eine retrospektive Beurteilung sei aufgrund der unvollständigen Dokumentationen nicht möglich. Aus psychiatrischer Sicht liege im gegenwärtigen Status seit 12/2009 derselbe Zustand vor. Für das Vorliegen einer Angst- und depressiven Störung bzw. einer affektiven Störung, eines kognitiven Defizits oder einer psychotischen Erkrankung bzw. einer Persönlichkeitsstörung würden sich keine Hinweise ergeben. Der erhobene psychopathologische Status

sei unauffällig. Auch für eine Fibromyalgie würden eindeutige Hinweise fehlen. Aus therapeutischer Sicht sei es dringend nötig, die Schonhaltung aufzugeben und durch Aktivitäten zu ersetzen im Sinne von Fitnesstraining, Ausdauersport und auch Erlernen von Entspannungsübungen. Die Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht in ihrer angestammten Tätigkeit als auch in Verweistätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig mit einem Zeitpensum von 8.5 Stunden pro Tag ohne Leistungseinbusse.

8.1.4 Die orthopädische Teilgutachterin Dr. med. G. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt fest, dass die degenerativen Veränderungen in den Röntgenaufnahmen an der unteren HWS und der unteren LWS nur gering das altersübliche Ausmass übersteigen würden. Ein nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit liege nicht vor. Es bestehe eine verkürzte Ischiokruralmuskulatur. An der linken Schulter würden Schmerzen im Verlauf der langen Bizepssehne festgestellt, die einen Behandlungsbedarf erfordern würden. Bei erheblichem Übergewicht bestehe eine Fehl- und Überbelastung des Bewegungsapparates und die Rumpfmuskulatur sei schlecht trainiert. Es bestehe ein Status nach Ellenbogengelenksfraktur rechts mit operativer Versorgung und sehr gutem funktionellem Ergebnis. Therapeutisch sollte das Gewicht reduziert werden, nicht nur durch Umstellung der Ernährung, sondern auch durch vermehrte körperliche Aktivität zur muskulären Kräftigung. Die Aufnahme moderater sportlicher Aktivitäten wäre wünschenswert. Die Versicherte sei in der angestammten Tätigkeit als Hilfspflegerin nicht mehr arbeitsfähig. Für Verweistätigkeiten mit körperlich mittel- bis leichten Arbeiten ohne Heben und Tragen, ohne häufiges Bücken und Zwangshaltungen, bevorzugt aus wechselnder Ausgangslage sei die Versicherte 100 % arbeitsfähig mit einem Pensum von 8.5 Stunden pro Tag ohne Leistungseinbusse.

8.1.5 In der interdisziplinären Konsensbesprechung attestierten die Meddas-Ärzte der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen:

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Symptomatische Angina pectoris, Klappeninsuffizienz der Aorta und Mitralis Grad I, Cor hypertensivum, LV-Funktion o.B. (Versicherte sei in weiterer Abklärung)
- Verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule bei degenerativen Veränderungen der unteren HWS und der unteren LWS ohne nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ 2 ohne Hinweis für relevante Polyneuropathie
- Adipositas
- Hypercholesterinämie
- Therapiebedarf bei Schmerzen der langen Bizepssehne links
- Status nach Ellbogenfraktur rechts mit guten funktionellem Ergebnis
- Wahrscheinlich Affektion des Nervus cutaneus femoris lateralis links
- Nicht hämodynamisch relevante Makroangiopathie der Karotiden links
- Status nach Autounfall am 30.12.2002 mit Commotio cerebi ohne Hinweis für Folgeschäden
- Angst- und depressive Störung, inzwischen remittiert
- Fragliche Einblutung im linken Ohr mit subjektivem Tinnitus

Die Gutachter hielten fest, dass die angestammte Tätigkeit die Beschäftigung als Hilfspflegerin in einem Alters- und Pflegeheim sei. Bei dieser Tätigkeit müssten Patienten gewaschen, aus dem Bett gehoben und in den Rollstuhl gesetzt werden, es müsse den Patienten Essen eingegeben werden, die Wäsche müsse versorgt, die Betten müssten gemacht und die Matratzen bezogen werden. Die Tätigkeit als Hilfspflegerin sei zum Teil als körperlich schwere Arbeit zu qualifizieren. Sie sei der Versicherten nicht mehr zumutbar.

Für angepasste Verweistätigkeiten sei die Versicherte hingegen zu 100 % arbeitsfähig für 8.5 Stunden pro Tag. Medizinisch möglich seien dabei mittlere bis leichte körperliche Tätigkeiten ohne Heben von schweren Lasten (Patienten), ohne häufiges Bücken und Zwangshaltungen, aus wechselnder Ausgangslage, kein häufiges Treppensteigen und nur ab und zu Überkopfarbeiten.

Auch im Haushalt sei die Versicherte für mittelschwere bis leichte körperliche Arbeiten 100 % arbeitsfähig. Die schweren Arbeiten könne sie ihrem Mann überlassen.

8.2 Der RAD-Arzt Dr. med. B. _____ legte bereits anlässlich seiner Stellungnahme vom 10. Juli 2009 die konkreten gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Haushalt gestützt auf die Angaben der

Beschwerdeführerin im Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten vom 10. März 2009 sowie auf die damals vorhandenen medizinischen Unterlagen tabellarisch fest (vgl. IV act. 41 S. 3).

Im Haushaltsfragebogen vom 10. März 2009 (vgl. IV act. 29) gab die Beschwerdeführerin an, die Haushaltsführung nicht mehr verrichten zu können. Sie könne Gemüse und Früchte schneiden, manchmal Mahlzeiten zubereiten und die Küche und den Fussboden reinigen. Sie sei in der Lage, den Staubsauger zu verwenden. Manchmal könne sie Betten machen und die Fenster reinigen. Einkäufe mache sie mit dem Auto in Begleitung des Ehemannes. Sie könne die Wäsche besorgen, manchmal die Wäsche aufhängen, abnehmen und flicken. Bügeln, stricken, nähen und häkeln könne sie nicht. Für das Bügeln, das Aufräumen und die Besorgung eines Nutzgartens brauche sie Hilfe von Familienangehörigen und von haushaltsfremden Personen im Umfang von vier Stunden wöchentlich.

Nach Einsicht in das Medas-Gutachten vom 2. Oktober 2012 kam der RAD-Arzt Dr. med. B. _____ sodann in seiner Stellungnahme vom 26. Oktober 2012 zum Schluss, dass seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt im Wesentlichen der interdisziplinären Einschätzung der Medas-Gutachter entspreche. Die Medas-Gutachter würden das Vorhandensein einer degenerativen Veränderung der Wirbelsäule ohne radikuläre Störungen bestätigen. Zudem erachteten auch sie keine psychische Komorbidität gegeben. Seine für den Haushaltsbereich getätigten Schlussfolgerungen hätten deshalb nach wie vor Gültigkeit.

Der RAD-Arzt begründete die Arbeitsunfähigkeit von 32 % im Haushalt folgendermassen (vgl. IV act. 41 S. 3):

Aktivität	Minimaler Anteil	Maximaler Anteil	Gewichtung	Behinderung	Invalidität
Haushaltführung	2	5	5	0	0
Ernährung	10	50	45	33	15
Wohnungspflege	5	20	20	33	7
Einkauf	5	10	10	33	3
Wäsche und Kleiderpflege	5	20	20	33	7
Kinderbetreuung	0	30	0	0	0
Verschiedenes	0	50	0	0	0
Total			100		32

9.

Dass die Vorinstanz sich auf das Medas-Gutachten und die RAD-Stellungnahmen von Dr. med. B. _____ stützt und diese ärztlichen Berichte im

Hinblick auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt als schlüssig erachtet, ist nicht zu beanstanden.

9.1 Die medizinischen Unterlagen durch die Medas sind umfassend, wurden sorgfältig erstellt und beruhen auf allseitigen, gründlichen und interdisziplinären Untersuchungen in internistischer, psychiatrischer, orthopädischer und neurologischer Hinsicht. Sie wurden nach jeweils eigener Erhebung von Allgemein- und jeweiligem Spezialstatus durch die entsprechenden Fachärzte sowie unter Berücksichtigung und Würdigung der umfangreichen Vorakten verfasst. Die Gutachter berücksichtigten die geklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin vertieft auseinander. Die Medas-Gutachter haben die medizinischen Zusammenhänge und die vorliegenden gesundheitlichen Defizite der Beschwerdeführerin umfassend und sorgfältig dargelegt. Ihre Schlussfolgerung bezüglich den Auswirkungen der gesundheitlichen Leiden auf die Haushaltstätigkeiten ist einleuchtend und nachvollziehbar.

9.2 Die Stellungnahmen von Dr. med. B. _____ vermögen ebenfalls zu überzeugen. Er hat die einzelnen Haushaltstätigkeiten aufgrund der von der Beschwerdeführerin geschilderten örtlichen und infrastrukturmässigen Verhältnisse anteilmässig prozentual gewichtet und gestützt darauf die Einschränkungen in den einzelnen Teilbereichen der Haushaltstätigkeit ermittelt. Zwischen seiner Einschätzung und den Angaben der Beschwerdeführerin im Haushaltsfragebogen bestehen keine deutlichen Abweichungen. Die Beurteilung von Dr. med. B. _____ stimmt ausserdem auch mit den im Medas-Gutachten festgehaltenen gesundheitlichen Defiziten der Beschwerdeführerin überein. Dr. med. B. _____ ist als Facharzt für Allgemeinmedizin grundsätzlich in der Lage, anhand der spezialfachärztlichen Berichte eines Neurologen, Psychiaters und Orthopäden die medizinische Situation zu beurteilen und entsprechend Schlussfolgerungen hinsichtlich der Einschränkung im Haushalt vorzunehmen.

9.3

Im vorliegenden Fall ist die Rechtsprechung zur Schadenminderungspflicht zu beachten. Dabei haben die im Haushalt Tätigen Verhaltensweisen zu entwickeln, welche die Auswirkungen der Behinderung im hauswirtschaftlichen Bereich reduzieren und ihnen eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltarbeiten ermöglichen. Kann die versicherte Person wegen ihrer Behinderung gewisse Haushaltarbeiten nur noch mühsam und mit viel höherem Zeitaufwand erledigen, so muss sie in erster Linie ihre Arbeit einteilen und in üblichem Umfang die Mithilfe von

Familienangehörigen in Anspruch nehmen. Ein invaliditätsbedingter Ausfall darf bei im Haushalt tätigen Personen nur insoweit angenommen werden, als die Aufgaben, welche nicht mehr erfüllt werden können, durch Drittpersonen gegen Entlohnung oder durch Angehörige verrichtet werden, denen dadurch nachgewiesenermassen eine Erwerbseinbusse oder doch eine unverhältnismässige Belastung entsteht. Die im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei einer Hausfrau zu berücksichtigende Mithilfe von Familienangehörigen geht daher weiter als die ohne Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung. Geht es um die Mitarbeit von Familienangehörigen, ist danach zu fragen, wie sich eine vernünftige Familiengemeinschaft einrichten würde, wenn keine Versicherungsleistungen zu erwarten wären (BGE 133 V 504 E. 4.2).

Vorliegend kann vom Ehemann, mit welchem die Beschwerdeführerin zusammenlebt, ohne weiteres ein gewisses Mass an Unterstützung der Beschwerdeführerin im Haushalt angenommen werden. Eine nachweisliche Erwerbseinbusse oder unverhältnismässige Belastung der Familienangehörigen geht aus den Akten nicht hervor.

10.

10.1 Nach dem Dargelegten ist dem Medas-Gutachten und den RAD-Stellungnahmen von Dr. med. B. _____ volle Beweiskraft zuzuerkennen, zumal keine konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit dieser medizinischen Berichte sprechen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

10.2 Die Beschwerdeführerin bestreitet zwar die Evaluierung des medizinischen Sachverhalts und die von den Medas-Gutachtern erhobenen Befunde nicht, doch erachtet sie ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als nicht schlüssig.

10.2.1 So bemängelt sie zum einen, es seien mehrere ärztliche Berichte nicht übersetzt und von den Medas-Gutachtern somit nicht berücksichtigt worden.

Diesbezüglich gilt jedoch festzuhalten, dass den Medas-Gutachtern sämtliche eingereichten Berichte in bosnischer Sprache entweder in deutscher oder französischer Sprache übersetzt vorgelegen haben. Selbst die anlässlich der Medas-Untersuchung mitgebrachten Berichte wurden übersetzt (vgl. Medas-Gutachten S. 7).

10.2.2 Zum anderen beanstandet die Beschwerdeführerin, die Medas-Gutachter hätten die medizinischen Unterlagen aus dem Jahr 2007 nicht berücksichtigt und lediglich zwei Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Dies sei in Anbetracht der Berichte der bosnischen Spezialärzte nicht nachvollziehbar. Zudem sei der RAD-Arzt Dr. med. B. _____ als Facharzt für Allgemeine Medizin nicht in der Lage, sämtliche, vor allem auch psychische, Beschwerden zu beurteilen.

Diesbezüglich gilt festzuhalten, dass die Medas-Gutachter sowohl anlässlich der gutachterlichen Untersuchung als auch im Rahmen der Ausfertigung des Gutachtens über sämtliche Vorakten verfügten. Zu jenem Zeitpunkt lagen jedoch keine medizinischen Unterlagen aus dem Jahr 2007 vor. Die Beschwerdeführerin hat solche Unterlagen aus dem Jahr 2007 der Vorinstanz erst mit dem Einwandschreiben vom 28. November 2012 eingereicht. Diese Unterlagen wurden in der Folge dem RAD-Arzt Dr. med. B. _____ zur Beurteilung vorgelegt. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin, ist der RAD-Arzt Dr. med. B. _____ als Facharzt für Allgemeine Medizin in der Lage, schlüssig und zuverlässig zu beurteilen, ob sich – nach Einsicht in die eingereichten medizinischen Berichte aus dem Jahr 2007 – eine von den Medas-Gutachtern abweichende Einschätzung der medizinischen Situation und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ergibt. Dies auch unter Berücksichtigung dessen, dass es sich vorliegend nicht um überaus schwerwiegende und komplexe Gesundheitsbeeinträchtigungen handelt. Auch hinsichtlich den neueren, seit der Medas-Begutachtung ergangenen Berichte ist Dr. med. B. _____ durchaus in der Lage, zu beurteilen, ob sich seit der Begutachtung eine relevante Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ergeben hat, zumal er als zertifizierter medizinischer Gutachter SIM auch über spezielle versicherungsmedizinische Kenntnisse verfügt. Somit konnte auf das Einholen einer zusätzlichen Stellungnahme der Medas-Gutachter zu Recht verzichtet werden.

10.2.3 Auch die anlässlich des Beschwerdeverfahrens eingereichten und nach dem Datum der Verfügung vom 4. Februar 2013 datierten Arztberichte belegen weder für die Zeit vor noch nach der angefochtenen Verfügung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und sind daher nicht geeignet, die Beurteilung im Verfügungszeitpunkt zu beeinflussen. Sie führen im Wesentlichen die bereits bekannten Diagnosen und Befunde auf und sind pauschal gehalten. Zudem enthalten sie entweder keine eingehende Begründung der attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit oder keinerlei Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

10.3 Zusammengefasst gilt daher festzuhalten, dass die Rügen des Beschwerdeführers und die in den Akten liegenden ärztlichen Unterlagen keine erheblichen Zweifel an der Beweiswertigkeit des Medas-Gutachtens und der RAD-Stellungnahmen von Dr. med. B. _____ zu begründen vermögen. Die Beurteilungen der Medas-Gutachter in medizinischer Hinsicht und die RAD-ärztliche Einschätzung der Einschränkungen in den einzelnen Haushaltstätigkeiten haben als rechtsgenügende Entscheidungsbasis zu dienen.

10.4 Dass die Vorinstanz befand, es liege keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vor (zum Erfordernis einer einjährigen Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % vgl. E. 4.8 und 4.9 hiervor), überzeugt deshalb. Die Beschwerdeführerin ist seit dem 14. Februar 2008 im Haushaltsbereich lediglich zu 32 % arbeitsunfähig.

11.

Bei dieser Sachlage erübrigt es sich, auf die Invaliditätsbemessung einzugehen (vgl. BGE 132 V 393 E. 3.3).

12.

Zusammenfassend hat die Vorinstanz das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen. Die angefochtene Verfügung ist somit zu schützen und die Beschwerde abzuweisen.

13.

13.1 Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG), die sich aus der Gerichtsgebühr und den Auslagen zusammensetzen. Sie werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache im vorliegenden Verfahren auf Fr. 400.– festgesetzt (vgl. Art. 63 Abs. 4^{bis} VwVG sowie Art. 1, Art. 2 und Art. 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der einbezahlte Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

13.2 Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist entsprechend dem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässige

sig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 400.– werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Der einbezahlte Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Gerichtsurkunde)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (Gerichtsurkunde)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Die vorsitzende Richterin:

Die Gerichtsschreiberin:

Eva Schneeberger

Bianca Spescha

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 ist in einer Amtssprache abzufassen und 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: 1. Juli 2015