



Urteil vom 9. Juni 2015

Besetzung

Richter Hans Urech (Vorsitz),
Richterin Michela Bürki Moreni,
Richterin Vera Marantelli,
Gerichtsschreiberin Bianca Spescha.

Parteien

X._____,
wohnhaft in Serbien,
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

Invalidenrente; Beginn Rentenanspruch
(Verfügung vom 6. Mai 2013).

Sachverhalt:**A.**

X._____ (nachfolgend: Versicherte oder Beschwerdeführerin) wurde 1949 geboren und ist serbische Staatsangehörige. In den Jahren 1973 bis 1995 entrichtete sie Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung. Zuletzt arbeitete sie bis Mai 1995 in der Schweiz in der Herstellung von Heizkörpern und bezog anschliessend bis Februar 1997 Leistungen der Arbeitslosenversicherung (vgl. IV act. 30). Seit ihrer Rückkehr ins Heimatland ist sie als Hausfrau tätig.

B.

Mit Eingabe vom 25. März 2009 stellte die Versicherte bei der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: Vorinstanz) ein Gesuch um Gewährung von IV-Leistungen (vgl. IV act. 1). Mit Schreiben vom 11. Mai 2009 machte die Vorinstanz die Versicherte darauf aufmerksam, dass die Anmeldung für eine schweizerische Invalidenrente über den heimatlichen Versicherungsträger erfolgen müsse (vgl. IV act. 11). Daraufhin erfolgte am 9. Juli 2009 beim serbischen Versicherungsträger die Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen, welche jedoch erst am 10. Mai 2010 bei der Vorinstanz einging (Formular YU/CH 4, IV act. 20). In der Folge führte die Vorinstanz das Abklärungsverfahren durch. Die Versicherte reichte die von ihr ausgefüllten Fragebogen ein. Im Weiteren gingen bei der Vorinstanz verschiedene serbisch-sprachige Arztberichte ein.

C.

Nachdem das Dossier dem regionalärztlichen Dienst zur Beurteilung vorgelegt wurde, erachtete die RAD-Ärztin Dr. A._____, deren Spezialisierung nicht bekannt ist, es in der Stellungnahme vom 13. Oktober 2010 als notwendig, weitere neurologische Arztberichte einzuholen (vgl. IV act. 53).

D.

Mit Schreiben vom 20. Oktober 2010 forderte die Vorinstanz den serbischen Versicherungsträger sodann auf, eine neurologische Untersuchung der Versicherten zu veranlassen und die letzten neurologischen Verlaufs- und Austrittsberichte einzureichen (vgl. IV act. 54).

E.

In der Folge reichte die Versicherte der Vorinstanz mit Schreiben vom 30. November 2010 einen neuropsychiatrischen Bericht von Dr. B._____ vom 23. November 2010 ein (vgl. IV act. 56 f.).

F.

In ihrer Stellungnahme vom 6. April 2011 erachtete die RAD-Ärztin Dr. A._____ die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Arbeiterin in einer Herstellungsfirma für Heizkörper seit April 2010 zu 100 % arbeitsunfähig und im Haushaltsbereich seit November 2010 zu 16,5 % arbeitsunfähig. Seit November 2010 sei in angepassten Verweisungstätigkeiten eine vollständige Arbeitsfähigkeit gegeben (vgl. IV act. 60).

G.

Gestützt auf die RAD-Beurteilung stellte die Vorinstanz der Versicherten mit Vorbescheid vom 11. April 2011 eine Abweisung ihres Leistungsge-suchs in Aussicht. Zur Begründung führte sie aus, es liege keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vor. Trotz des Gesundheitsschadens sei der Versicherten nach wie vor eine rentenausschliessende Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich zumutbar (vgl. IV act. 61).

H.

Mit Schreiben vom 15. resp. 21. April 2011 erhob die Versicherte, vertreten durch Gojko Reljic, hiergegen Einwände (vgl. IV act. IV act. 65 und 67). Sie rügte, der serbische Versicherungsträger habe sie nie – wie von der Vorinstanz verlangt – zu einer neurologischen Untersuchung aufgefordert. Des Weiteren hätte in Anbetracht der verschiedenen physischen und psychischen Beschwerden eine Beurteilung der RAD-Fachgruppe und nicht nur eines RAD-Einzelarztes, welcher seinen Facharztstitel nicht angegeben habe, eingeholt werden müssen. Die Versicherte reichte weitere serbischsprachige Arztberichte ein.

I.

Das Dossier wurde erneut der RAD-Ärztin Dr. A._____ zur Beurteilung vorgelegt. Sie holte bei Dr. F._____, Fachärztin für Neurochirurgie, eine interne neurologische Stellungnahme vom 3. November 2011 ein. In ihrem Schlussbericht vom 9. November 2011 bestätigte Dr. A._____ ihre Beurteilung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit vom 6. April 2011 (vgl. IV act. 76).

J.

Mit Schreiben vom 28. November 2011 mahnte die Vorinstanz den serbischen Versicherungsträger, die verlangten Untersuchungen zu veranlassen und die Unterlagen einzureichen (vgl. IV act. 77).

K.

Die Versicherte reichte in der Folge weitere medizinische Unterlagen bei der Vorinstanz ein (vgl. IV act. 79, 82, 97, 102).

L.

Die RAD-Ärztin Dr. A. _____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 17. Januar 2013 fest, in den eingereichten Berichten werde von einem Schlaganfall im April 2010 und von einem im Oktober 2011 diagnostizierten Karzinom in der linken Brust berichtet. Schlussfolgernd werde festgestellt, dass der Schlaganfall vom April 2010 eine Arbeitsunfähigkeit im Hinblick auf die gewöhnliche Tätigkeit als Arbeiterin in einem Heizkörperwerk bzw. Landwirtin begründe. Sechs Monate nach dem Schlaganfall und nach erfolgter neurologischer Rehabilitation bestehe eine Erwerbsfähigkeit von 40 % im Rahmen von leichten und ortsgebundenen Tätigkeiten. Seit der Diagnose eines linksseitigen Brustkrebses im Oktober 2011 bestehe eine vollständige Erwerbsunfähigkeit für jede Art von beruflicher Tätigkeit sowie für Tätigkeiten im Haushalt (vgl. IV act. 112).

M.

Mit Vorbescheid vom 4. März 2013, welcher den ersten Vorbescheid vom 11. April 2011 ersetzte, stellte die Vorinstanz der Versicherten ab 1. Oktober 2012 die Zusprechung einer ganzen Invalidenrente in Aussicht.

N.

Mit Schreiben vom 12. und 28. März 2013 erhob die Versicherte dagegen Einwände (vgl. IV act. 116 und 122). Sie beanstandete das Anmeldedatum und führte aus, das Gesuch um IV-Leistungen sei am 25. März 2009 an die Vorinstanz geschickt worden, weshalb dieses Datum als Anmeldedatum anerkannt werden müsse. Zudem erachtete sie bereits vor Oktober 2011 eine 100 %ige Erwerbseinbusse als gegeben und reichte diesbezüglich einen Hospitalisationsbericht des Klinischen Zentrums C. _____ über einen stationären Aufenthalt vom 27. September bis 15. Oktober 2007 ein. In Anbetracht dieses Hospitalisationsberichts und der übrigen spezialärztlichen Dokumentationen müsse bereits 12 Monate rückwirkend ab eingereichtem Gesuch, somit ab 1. März 2008, ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente anerkannt werden.

O.

Mit Verfügung vom 6. Mai 2013 bestätigte die Vorinstanz den Vorbescheid vom 4. März 2013 und sprach der Versicherten rückwirkend ab 1. Oktober 2012 eine ganze Invalidenrente zu (vgl. IV act. 129).

P.

Gegen diese Verfügung vom 6. Mai 2013 erhob die Beschwerdeführerin, wiederum vertreten durch Gojko Reljic, mit Eingabe vom 29. Mai 2013 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Sie beantragt, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und ihr ab 1. März 2008 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen oder die Sache erneut abzuklären.

Q.

In ihrer Vernehmlassung vom 8. August 2013 beantragt die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung. In Bezug auf die medizinischen Abklärungen verweist sie auf die IV-ärztlichen Feststellungen, welche auch eine neurologische Beurteilung umfassen würden. Die RAD-Ärztin habe sich ein zweifelsfreies und umfassendes Bild der vorliegenden Leiden bilden sowie Rückschlüsse betreffend der verbliebenen Arbeitsfähigkeit machen können.

Nach dem Schlaganfall im April 2010 habe die Beschwerdeführerin eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit aufgewiesen, wobei nach einer 6-monatigen Rehabilitation, d.h. ab November 2010, leichtere leidensangepasste Verweisungstätigkeiten wieder zu 40 % zumutbar gewesen seien. Durch die im Oktober 2011 diagnostizierte zusätzliche Krebserkrankung sei wiederum eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit eingetreten. Nach dem haushalterischen Betätigungsvergleich weise die Beschwerdeführerin ab November 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 16,5 % und ab Oktober 2011 eine solche von 100 % auf. Ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente sei folglich nach Ablauf der einjährigen Wartefrist am 1. Oktober 2012 entstanden.

Hinsichtlich des gerügten Anmeldedatum habe sich die Vorinstanz auf die im Anmeldeformular YU/CH 4 gemachten Angaben gestützt. Des Weiteren habe das Anmeldedatum keinen Einfluss auf den Rentenbeginn.

R.

Mit Replik vom 16. August 2013 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest.

S.

Mit Duplik vom 2. September 2013 hielt auch die Vorinstanz an ihrem Antrag fest.

T.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Beweismittel ist – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

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

1.1 Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) 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 6. Mai 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 Serbien und hat dort ihren Wohnsitz. Da die Schweiz mit diesem Nachfolgestaat des ehemaligen Jugoslawiens kein entsprechendes neues Abkommen abgeschlossen hat (ein solches wurde zwar vereinbart, aber noch nicht ratifiziert), bleiben die Bestimmungen des Abkommens vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen; SR 0.831.109.818.1) sowie die hierzu abgeschlossene Verwaltungsvereinbarung vom 5. Juli 1963 (nachfolgend: Verwaltungsvereinbarung; SR 0.831.109.818.12) auf den vorliegenden Fall anwendbar (vgl. BGE 126 V 203 E. 2b, BGE 122 V 382 E. 1, BGE 119 V 101 E. 3). Demnach bestimmt sich die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, soweit dieser Staatsvertrag keine abweichende Regelung enthält, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 1, 2 und 4 des Abkommens).

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

In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze 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 6. Mai 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 Versicherungsfalles 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 Bundesgericht [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.

Vorliegend ist unstrittig, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ab 1. Oktober 2012 hat. Streitig ist hingegen, ob der Rentenbeginn korrekt festgesetzt wurde. Die Beschwerdeführerin verlangt die Invalidenrente ab 1. März 2008 (vgl. Sachverhalt Erw. P).

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. 30). 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

ausgeglichene 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).

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, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

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 Beweiswürdigung. 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der 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. zum Ganzen Urteil BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3 und BGE 125 V 351 E. 3.a).

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.

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).

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 [in der seit dem 1. Januar 2008 gültigen Fassung], Art. 28 Abs. 1^{ter} IVG [in der bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung]), soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche liegt vorliegend allerdings nicht vor. Vielmehr sieht Art. 8 Bst. e des Sozialversicherungsabkommens ausdrücklich vor, dass ordentliche (schweizerische) Invalidenrenten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte

invalid sind, jugoslawischen Staatsangehörigen nur gewährt werden, solange sie ihren Wohnsitz in der Schweiz haben.

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 Verwaltungsvereinbarung 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).

5.2 Nach dem Gesagten ist daher auf die Angaben im Formular "YU/CH 4" abzustellen. Daraus geht hervor, dass der serbische Versicherungsträger auf der ersten Seite den 9. Juli 2009 als "Datum des Gesuchs" vermerkt hat (vgl. IV act. 20). Die Vorinstanz hat hingegen auf das Beglaubigungsdatum vom 22. April 2010 als Anmeldedatum abgestellt, was offensichtlich nicht korrekt ist. In Abweichung der Vorinstanz ist daher festzuhalten, dass im vorliegenden Fall der 9. Juli 2009 als Datum der Anmeldung zu gelten hat.

6.

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

6.1 Zuletzt arbeitete sie bis Mai 1995 in der Schweiz als Angestellte einer Firma, die Heizungskörper herstellt und bezog anschliessend bis Februar 1997 Leistungen der Arbeitslosenversicherung (vgl. IV act. 30). Danach übte sie weder in der Schweiz noch in Serbien eine selbständige oder unselbständige Tätigkeit aus, sondern war mit der Haushaltsführung betraut (vgl. IV act. 43 S. 9)

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 Eidgenössisches Versicherungsgericht [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, ab wann und in welchem Masse die Beschwerdeführerin im Haushalt zufolge ihrer gesundheitlichen Beschwerden eingeschränkt ist.

8.1 Grundlage der vorinstanzlichen Feststellung, wonach die Beschwerdeführerin im Aufgabenbereich Haushalt seit November 2010 zu 16,5 % und seit 28. Oktober 2011 zu 100 % eingeschränkt ist, bilden insbesondere die RAD-Stellungnahmen von Dr. A. _____. Daraus ergibt sich Folgendes:

Dr. A. _____ hat festgehalten, aus einem ärztlichen Bericht von Dr. D. _____ vom 18. März 2010 zuhause des serbischen Versicherungsträgers gehe hervor, dass die Beschwerdeführerin über Schmerzen und Steifheit in den Beinen klage, kaum gehe, sich erschöpft fühle und über Schmerzen in der Wirbelsäule und allgemeine Schwäche und Asthenie klage. Anschliessend sei in diesem Bericht darauf hingewiesen worden, dass die degenerativen Störungen der Wirbelsäule dem Alter entsprechen würden. Die Beweglichkeit im Lenden-/Kreuzbeinbereich sei aufgrund spondylotischer Veränderungen eingeschränkt. Die Beweglichkeit der Hüfte und der Knie sei in den äussersten Stellungen schmerzhaft eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin gehe eigenständig, jedoch unter Anstrengung und sei aufgrund des übermässigen Körpergewichts und der diabetischen Polyneuropathie auf einen Stock angewiesen.

Dr. B. _____ habe in ihrem Bericht vom 1. September 2010 darauf hingewiesen, dass infolge der Röntgenaufnahme des Lendenbereichs ein Bandscheibenvorfall von L5-S1 und ein chronisches Lumbalsyndrom festgestellt worden seien. Des Weiteren weise sie auf eine beidseitige Gonarthrose hin. Eine neurologische Beeinträchtigung werde durch diesen Bericht dagegen nicht gestützt. Aus einem weiteren Bericht von Dr. B. _____ vom 23. November 2010 gehe hervor, dass die Beschwerdeführerin vom 13. bis zum 14. April 2010 infolge eines ischämischen Schlaganfalls mit linksseitiger Hemiparese (Schwäche im linken Bein und Arm) zur Beobachtung ins Krankenhaus eingewiesen worden sei. Danach sei

die Behandlung ambulant erfolgt. Im medizinischen Bericht von Dr. B. _____ vom 8. Dezember 2011 werde ausserdem auf eine Verschlechterung der Symptomatik hingewiesen, die sich in Schwindel, Parästhesien, Schwäche des linken Beins, einer leichten kruralen Parese, einer sensorischen Polyneuropathie und einer Lumbago äussere.

Weiter hielt Dr. A. _____ fest, dass insbesondere die Berichte des Neurologen Dr. E. _____ vom 10. Januar 2012 und vom 10. Dezember 2012 konkretere Informationen über den neurologischen Zustand der Beschwerdeführerin enthielten.

In Würdigung der eingereichten medizinischen Berichte diagnostizierte Dr. A. _____ zusammengefasst folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Mastektomie links infolge von linksseitigem Brustkrebs und Tumorektomie der rechten Brust (gutartig) am 3. August 2012
- Ischämischer Schlaganfall rechts im April 2010 mit Folgeerscheinung (leichte Hemiparese links bei Rechtshändigkeit)
- Chronisches Lumbalsyndrom bei Bandscheibenvorfall L5-S1
- Leichte chronische Radikulopathie S1, beidseitig

Des Weiteren attestierte sie folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Status nach akuter Perikarditis
- Dysthymia F34.1
- Chronisches Cholezystitis und Cholezystektomie im Jahr 2001
- Hysterektomie
- Status nach Lungenembolie 1992
- Diabetes Typ II mit peripherer Komplikation (seit 3 Jahren Behandlung mit Insulin)
- moderate symmetrische diabetische Polyneuropathie, diabetische Nephropathie
- Morbide Adipositas (BMI > 35 kg/m²)
- Status nach viraler Bronchopneumonie am 28. November 2009
- Gicht seit 2007
- beidseitige Gonarthrose

Dr. A. _____ erachtete die medizinischen Unterlagen als kurz gehalten und unvollständig. Sie holte daher am 3. November 2011 bei Dr.

F._____, Fachärztin für Neurochirurgie, eine interne medizinische Stellungnahme ein. Dr. F._____ erachtete eine Beurteilung der angestammten Tätigkeit als Arbeiterin in der Herstellung von Heizkörpern nicht möglich, da eine Beschreibung des Arbeitsplatzes und der beruflichen Tätigkeit fehlen würden. Im Hinblick auf eine leichte und angepasste Tätigkeit könne gemäss Dr. F._____ – vor der Brustkrebsdiagnose – keine Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Zur Arbeitsfähigkeit im Haushaltsbereich äusserte sich Dr. F._____ nicht.

In Übereinstimmung mit Dr. F._____ hielt Dr. A._____ fest, die Akten würden keine wesentlichen und ausführlichen Informationen über den aktuellen neurologischen Status liefern und weder eine genaue Diagnose noch bestimmte Behinderungen oder Einschränkungen stützen. Dr. A._____ beurteilte die Arbeitsfähigkeit demgegenüber etwas abweichend. So setzte sie die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Arbeiterin einer Heizkörperherstellungsfirma seit dem Schlaganfall im April 2010 auf 100 % fest. Gleichzeitig hielt sie fest, dass im Hinblick auf eine leichte, ortsgebundene Tätigkeit in sitzender Haltung die Arbeitsfähigkeit zu 100 % gegeben sei. Ab November 2010 erachtete Dr. A._____ die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit zu 40 % arbeitsunfähig. Die Arbeitsfähigkeit im Haushaltsbereich erachtete Dr. A._____ ab November 2010 im Umfang von 16,5 % eingeschränkt. Die Einschränkungen würden insbesondere schwere Arbeiten wie Bügeln oder grössere Reinigungsarbeiten betreffen. Der RAD-Ärztin begründete die Arbeitsunfähigkeit von 16,5 % im Haushalt folgendermassen (vgl. IV act. 60 S. 6):

Aktivität	Minimaler Anteil	Maximaler Anteil	Gewichtung	Behinderung	Invalidität
Haushaltführung	2	5	5	0	0
Ernährung	10	50	20	10	2
Wohnungspflege	5	20	10	50	5
Einkauf	5	10	10	0	0
Wäsche und Kleiderpflege	5	20	10	50	5
Kinderbetreuung	0	30	0	0	0
Verschiedenes	0	50	45	10	4.5
Total			100		16.5

Des Weiteren erachtete Dr. A. _____ die Beschwerdeführerin seit der Diagnose eines linksseitigen Brustkrebses im Oktober 2011 für jede Art von beruflicher Tätigkeit sowie für Tätigkeiten im Haushalt als vollständig arbeitsunfähig.

8.2 Bei den RAD-Stellungnahmen von Dr. A. _____ handelt es sich um eine Aktenbeurteilung. Eine persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin durch einen Arzt des RAD ist nicht erfolgt. Ein Aktenbericht ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild zu verschaffen (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95 E. 5d; Urteil BGer 8C_514/2008 vom 31. März 2009 E. 5). Mithin hat sich ein Aktengutachten des RAD auf beweiskräftige Arztberichte abzustützen (vgl. Urteil BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

8.3 In Übereinstimmung mit Dr. A. _____ erscheint es aufgrund der Aktenlage nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin ab dem Zeitpunkt ihrer Brustkrebsdiagnose im Oktober 2011 und der anschliessenden Krebstherapie in jeglichen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig ist.

Hingegen erscheint Dr. A. _____s Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor der Brustkrebsdiagnose nicht überzeugend. So erachtete sie die Beschwerdeführerin für die angestammte Tätigkeit als Arbeiterin in einer Heizkörperherstellungsfirma seit ihrem Schlaganfall im April 2010 als vollständig arbeitsunfähig und hielt explizit fest, nur im Hinblick auf eine leichte, ortsgebundene Tätigkeit in sitzender Haltung sei eine Arbeitsfähigkeit von 100 % gegeben. Dr. A. _____ hat die Arbeitsfähigkeit im Haushalt allerdings erst ab November 2010 als eingeschränkt beurteilt. In Anbetracht dessen, dass sich die wenigsten Haushaltsarbeiten in sitzender Haltung

erledigen lassen, erscheint die Beurteilung von Dr. A. _____, die Arbeitsfähigkeit im Haushalt sei erst ab November 2010 eingeschränkt gewesen, daher nicht verständlich und vermag nicht zu überzeugen.

Auch die von Dr. A. _____ durchgeführte Ermittlung der Einschränkung im Haushalt ist nicht nachvollziehbar. So fehlen Aussagen der serbischen Ärzte, auf welche die RAD-Ärztin hätte abstellen können. Die serbischen Ärzte äusserten sich, wenn überhaupt, bloss pauschal zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, ohne eine explizite Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt vorzunehmen. Eine an Ort und Stelle vorgenommene Abklärung durch eine qualifizierte Fachperson liegt ebenfalls nicht vor, obwohl sie von Dr. A. _____ und der Beschwerdeführerin verlangt wurde (vgl. Sachverhalt Erw. C, D und H). Insbesondere fand keine ärztliche Anhörung der Beschwerdeführerin zu ihren Einschränkungen im Haushalt statt. Dr. A. _____ hat ihre Feststellung daher ausschliesslich gestützt auf die vorliegenden medizinischen Unterlagen, denen keine explizite Äusserung eines Arztes zu allfälligen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin im Haushalt entnommen werden kann, und die persönlichen Angaben der Beschwerdeführerin auf dem Frageformular zu ihrer Einschränkung im Haushalt verfasst. Dabei bediente sich die RAD-Ärztin der vorstehend in E. 8.1 dargestellten Tabelle, ohne hierzu einen eigentlichen Bericht zu erstellen. Die RAD-Ärztin unterliess jegliche nähere Begründung der angegebenen Tabellenwerte. Sie führte lediglich aus, dass die Einschränkungen im Haushalt insbesondere die schweren Arbeiten wie das Bügeln und grössere Reinigungsarbeiten (Fenster, Staubsaugen) betreffen würden. Die Grundlagen der einzelnen Tabellenwerte bzw. deren Herkunft sind jedoch nicht nachvollziehbar dar- bzw. offengelegt. Allein schon die anteilmässige Gewichtung der einzelnen Tätigkeit erscheint aus Sicht des Bundesverwaltungsgerichts nicht schlüssig. So gewichtete die RAD-Ärztin den Bereich "Verschiedenes", welcher gemäss dem Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung des Bundesamtes für Sozialversicherungen (KSIH, gültig ab 1. Januar 2015, Rz. 3086) beispielsweise die Krankenpflege, Pflanzen- und Gartenpflege, Haustierhaltung, Anfertigen von Kleidern, gemeinnützige Tätigkeiten, Weiterbildung und künstlerisches Schaffen umfasst, mit 45 % (vgl. IV act. 60 S. 6). Unter Berücksichtigung dessen, dass die Beschwerdeführerin im Fragebogen für im Haushalt tätige Versicherte angegeben hat, vor Eintritt ihres Gesundheitsschadens weder mit der Besorgung eines Nutzgartens, mit der Besorgung von Kleintieren oder mit der Krankenpflege beschäftigt gewesen zu sein, erscheint diese Gewichtung äusserst fragwürdig (vgl. IV act. 43 S. 5).

Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin im Haushaltsfragebogen kann sie nur teilweise Gemüse und Früchte rüsten und Schneiden, kaum Mahlzeiten zubereiten, das Geschirr nicht spülen und die Küche nicht reinigen. Sie sei nicht in der Lage die Fussböden zu reinigen, die Betten zu machen und die Fenster zu reinigen. Ferner gab sie an, die Einkäufe nicht machen zu können und die Wäsche weder aufhängen, abnehmen noch bügeln zu können. Auch die Kinderbetreuung sei ihr nicht möglich (vgl. IV act. 43 S. 3-6).

Zwischen den Angaben der Beschwerdeführerin im Haushaltsfragebogen und der Einschätzung von Dr. A. _____ bestehen deutliche Abweichungen. Nachvollziehbar ist, dass die RAD-Ärztin ihre Beurteilung nicht einfach auf die subjektiven Aussagen der Beschwerdeführerin abstellen konnte, auch wenn es sich bei den Angaben im Haushaltfragebogen um "Aussagen der ersten Stunde" (zu diesem Begriff siehe BGE 121 V 45 E. 1a) handelt. Aber eine Auseinandersetzung mit diesen Diskrepanzen scheint jedoch nicht bzw. zumindest nicht in erkennbarer und nachvollziehbarer Weise erfolgt zu sein. Für das Gericht ist weder aus dem angefochtenen Entscheid noch aus den Vorakten erkennbar, auf welchen sachverhältnissen Grundlagen und Würdigungen sich die festgehaltenen Einschränkungsgrade hinsichtlich der einzelnen Haushaltstätigkeiten stützen. Die von der RAD-Ärztin tabellarisch festgehaltenen Einschränkungsgrade erscheinen angesichts der im Rahmen des Verwaltungsverfahrens geäusserten fast vollständigen Untätigkeit im Haushalt und der gänzlich fehlenden Aussagen seitens der serbischen Ärzte zur Einschränkung im Haushalt als ungesichert.

8.4 Nach dem Gesagten bestehen erhebliche Zweifel an der Beweiswertigkeit der für die Vorinstanz massgebenden gutachterlichen Entscheidungsgrundlage. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Berichte und Stellungnahmen ist eine rechtskonforme Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit im Haushaltsbereich für den Zeitraum von Juli 2008 bis Oktober 2011 nicht möglich. Es kann daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass die Beschwerdeführerin bereits vor dem 1. Oktober 2012 Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

9.

9.1 In den genannten Umständen liegt eine unvollständige Sachverhaltsabklärung vor (Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) und eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung, d.h. zur Erhebung einer polydisziplinären Begutachtung, was völlig ausser Acht gelassen wurde, ist angebracht (Art. 43 Abs. 1 ATSG, vgl. auch BGE 139 V 99 E. 1.1, 137 V 210 E. 4.4.1.4 und Urteil BGer 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4).

9.2 Die Beschwerde vom 29. Mai 2013 ist daher insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 6. Mai 2013 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Die Vorinstanz ist anzuweisen, eine Begutachtung zu veranlassen, die sich – unter Mitberücksichtigung der aktenkundigen Arztberichte – sowohl zu den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin in internistischer, neurologischer, orthopädischer und psychiatrischer Hinsicht als auch zu der Arbeitsfähigkeit im Haushaltsbereich seit Juli 2008 äussert (Verlaufsbegutachtung). Aufgrund der erlangten Erkenntnisse hat die Vorinstanz die Einschränkungen im Haushaltsbereich nachvollziehbar zu ermitteln und über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu zu befinden, wobei der Rentenanspruch ab 1. Oktober 2012 unbestritten ist (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4).

10.

Die im vorliegenden Fall vorzunehmende Rückweisung beinhaltet keine Gefahr einer reformatio in peius, da die ganze Invalidenrente ab 1. Oktober 2012 aufgrund der Aktenlage nicht in Frage steht.

11.

11.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxismässig als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), so dass der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Ihr ist daher der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.– nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids auf ein von ihr bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten. Da aufgrund von Art. 63 Abs. 2 VwVG auch der unterliegenden Vorinstanz keine Verfahrenskosten auferlegt werden, ist vorliegend auf die Erhebung von Verfahrenskosten zu verzichten.

11.2 Die obsiegende nicht anwaltlich 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 Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 800.– (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]) gerechtfertigt (Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird gutgeheissen.

2.

Die angefochtene Verfügung vom 6. Mai 2013 wird aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfügt.

3.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.– wird dieser nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils an die von ihr anzugebende Zahlungsstelle zurückerstattet.

4.

Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 800.– zugesprochen.

5.

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Hans Urech

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, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. 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: 17. Juni 2015