



---

Abteilung II  
B-4004/2012

## Urteil vom 20. August 2014

---

Besetzung

Richterin Eva Schneeberger (Vorsitz),  
Richter Beat Weber,  
Richterin Vera Marantelli,  
Gerichtsschreiberin Andrea Giorgia Röllin.

---

Parteien

X. \_\_\_\_\_,  
' \_\_\_\_\_',  
Zustelladresse: ' \_\_\_\_\_',  
Beschwerdeführerin,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenrente (Rentenanspruch).

**Sachverhalt:****A.**

Die am ' \_\_\_\_\_ ' 1955 geborene serbische Staatsangehörige X. \_\_\_\_\_ ist in Serbien wohnhaft, verheiratet und Mutter zweier mittlerweile erwachsener Kinder. Die ungelernete Hilfsarbeiterin war in den 1970er und 1980er Jahren in einem Zeitraum von über drei Jahren in der Schweiz erwerbstätig und entrichtete dabei während 14 Monaten die obligatorischen Beiträge an die Schweizerische Alters-, Hinterbliebenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) (IV-act. 25 S. 1; IV-act. 26 S. 2). Danach verlegte die Versicherte ihren Wohnsitz nach Serbien (vgl. IV-act. 78 S. 36 und 46). Seither hat X. \_\_\_\_\_ – gemäss eigenen Angaben aus familiären Gründen (IV-act. 29 S. 2) – nicht mehr erwerblich gearbeitet, sondern sich als Hausfrau und für den Eigenbedarf ihrer Familie in der Landwirtschaft betätigt (vgl. IV-act. 78 S. 3, 16, 26 und 36; IV-act. 88 S. 3).

**B.**

**B.a** Am 10. März 2006 bat X. \_\_\_\_\_ die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA; nachfolgend auch: Vorinstanz) um Ausrichtung von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung (vgl. IV-act. 1). Diese wies die Versicherte am 1. Mai 2006 an, die entsprechende Anmeldung beim heimatlichen Versicherungsträger einzureichen (IV-act. 1).

**B.b** Schliesslich meldete sich X. \_\_\_\_\_ am 18. März 2008 (IV-act. 20) mit Formular "YU/CH 4" bei der IVSTA zum Bezug einer Rente der schweizerischen Invalidenversicherung an (Eingang am 13. August 2008). Am 29. Juli 2008 (Eingang: 13. August 2008) übermittelte der heimatliche Versicherungsträger der IVSTA den bei ihm am 13. Juni 2006 gestellten Antrag X. \_\_\_\_\_s auf Gewährung einer Invalidenrente (IV-act. 19). Die IVSTA holte darauf Auskünfte bei der Versicherten (undatierter Fragebogen für Arbeits- und Lohnverhältnisse von Unselbständig-erwerbenden [IV-act. 29 S. 7; Eingang mutmasslich am 15. Dezember 2008], undatierter Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten [IV-act. 29 S. 3-6; Eingang am 15. Dezember 2008] sowie Versichertenfragebogen vom 3. Dezember 2008 [IV-act. 29 S. 1-2; Eingang ebenfalls am 15. Dezember 2008]) ein. Mit Vorbescheid vom 4. Februar 2009 (IV-act. 37) stellte die IVSTA der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. X. \_\_\_\_\_ erhob dagegen am 10. März 2009 Einwand (IV-act. 38). Am 6. Mai 2009 verfügte die IVSTA wie angekündigt (IV-act. 49).

**B.c** Die hiergegen am 1. Juni 2009 erhobene Beschwerde (IV-act. 51) hiess das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-3762/2009 vom 19. Januar 2010 insoweit gut, als es die Verfügung vom 6. Mai 2009 aufhob und die Sache zur Vornahme ergänzender medizinischer Abklärungen an die Vorinstanz zurückwies (IV-act. 63).

**C.**

Die IVSTA holte beim A.\_\_\_\_\_-Center (nachfolgend: A.\_\_\_\_\_) ein polydisziplinäres Gutachten (Hauptgutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Medizinische Verantwortung, Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und Kardiologie, Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, vom 23. Juni 2011 [IV-act. 78 S. 1-25]; internistisches Teilgutachten von Dr. D.\_\_\_\_\_ vom 31. Mai 2011 [IV-act. 78 S. 26-32]; neurologisches Teilgutachten von Dr. E.\_\_\_\_\_ vom 9. Mai 2011 [IV-act. 78 S. 33-42]; psychiatrisches Teilgutachten von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 31. Mai 2011 [IV-act. 78 S. 43-52]) sowie hiernach erneut Auskünfte bei der Versicherten (Haushaltsfragebogen [IV-act. 88 S. 6-9] und Versichertenfragebogen [IV-act. 88 S. 1-5], beide vom 12. August 2011) ein. Mit Vorbescheid vom 29. Februar 2012 kündigte die IVSTA der Versicherten erneut die Abweisung des Leistungsbegehrens an (IV-act. 93). Obgleich X.\_\_\_\_\_ dagegen am 14. März 2012 wieder Einwand (IV-act. 94 S. 1) erhob, wies die IVSTA mit Verfügung vom 22. Juni 2012 das Leistungsbegehren abermals ab (IV-act. 104).

**D.**

Hiergegen führt X.\_\_\_\_\_ am 24. Juli 2012 Beschwerde mit dem sinn gemässen Antrag, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und eine Invalidenrente zuzusprechen.

**E.**

In ihrer Vernehmlassung vom 17. Mai 2013 beantragt die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde.

**F.**

Mit Replik vom 16. Juni 2013, welcher mehrere ärztliche Berichte beigelegt sind, hält die Beschwerdeführerin sinngemäss an ihrem Rechtsbegehren fest.

**G.**

In der Duplik vom 21. November 2013 bestätigt auch die Vorinstanz ihren Antrag. Mit Verfügung vom 28. November 2013 ist diese Eingabe der Beschwerdeführerin zur Kenntnis gebracht worden.

**H.**

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

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

**1.1** Nach Art. 31 des Bundesgesetzes über das Bundesverwaltungsgericht 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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist damit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

**1.2** Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021), soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a bis 26<sup>bis</sup> und 28 bis 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

**1.3** Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen. Als Verfügungsadressatin ist sie durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse. Die Beschwerdeführerin ist daher zur Beschwerde legitimiert (Art. 59 ATSG; vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Die Beschwerde wurde zudem frist- und formgerecht eingereicht (vgl.

Art. 22a VwVG in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Verfahrenskostenvorschuss innert Frist geleistet wurde, sind sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt, womit grundsätzlich auf die Beschwerde einzutreten ist.

## 2.

**2.1** Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG). Entsprechend umfassend ist auch die Kognition des Gerichts (vgl. BENJAMIN SCHINDLER, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], 2008, Rz. 1 ff. zu Art. 49).

**2.2** Die Beschwerdeführerin begründet ihre Beschwerde im Wesentlichen sinngemäss damit, dass sie an einer chronischen Erkrankung leide, welche eine ständige Therapie und Behandlung benötige. Die gesundheitlichen Störungen seien nicht nur depressiver Art. Die Experten hätten nicht den ganzen Gesundheitszustand beurteilt. Die Beschwerdeführerin erkundigt sich in ihrer Beschwerde zudem, warum die Vorinstanz die Kosten für die Untersuchung in der Schweiz noch nicht bezahlt habe. In ihrer Replik ergänzt die Beschwerdeführerin, dass die A.\_\_\_\_\_-Beurteilung oberflächlich gemacht worden sei. Es bestehe ein grosser Unterschied zwischen den Meinungen der A.\_\_\_\_\_-Gutachter und jenen der behandelnden Ärzte. Die Beschwerdeführerin bemängelt ferner, dass nicht alle Kosten für sie und den begleitenden Ehemann bezahlt worden seien. Selbst für sie allein seien die Kosten nur teilweise bezahlt worden.

**2.3** Als Begründung der angefochtenen Verfügung führt die Vorinstanz an, es handle sich allein bei der depressiven Störung um eine Gesundheitsstörung. Diese verursache eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % ab dem Jahr 2007. Es liege keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vor. Eine Betätigung im bisherigen Aufgabebereich sei noch immer in rentenausschliessender Weise zumutbar. Die verminderte Sehkraft habe keinen sich ändernden Einfluss auf die bestehende Arbeitsunfähigkeit von 20 % im Haushalt. In ihrer Vernehmlassung verweist die Vorinstanz auf die Gesamtbeurteilung der A.\_\_\_\_\_-Experten in ihrem Hauptgutachten (IV-act. 78) sowie die darauffolgenden Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (nachfolgend: RAD;

Stellungnahmen vom 15. Februar 2012 [IV-act. 92], vom 14. Juni 2012 [IV-act. 103], vom 5. Februar 2013 [IV-act. 108] und vom 30. April 2013 [IV-act. 112]). In ihrer Duplik verweist die Vorinstanz auf die RAD-Stellungnahmen vom 30. Oktober 2013 und 5. November 2013. Nähere Abklärungen hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs drängten sich auf. Der 22. Juni 2012 als Datum des angefochtenen Entscheids bilde jedoch die zeitliche Grenze der richterlichen Rechts- und Sachprüfung.

**2.4** Im vorliegenden Verfahren ist somit streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung zu Recht einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin verneint hat.

**2.5** Das Bundesverwaltungsgericht ist indessen 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. HÄBERLI, in: Waldmann/Weissenberger, Praxiskommentar VwVG, Art. 62 N 40).

**2.6** Der mit der angefochtenen Verfügung umschriebene Anfechtungsgegenstand bildet den Ausgangspunkt, den Rahmen und die Begrenzung des Streitgegenstandes des Verfahrens. Über diejenigen Punkte, welche von der Vorinstanz nicht verfügungsweise entschieden wurden, kann das Bundesverwaltungsgericht daher grundsätzlich nicht urteilen (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1 mit Hinweisen).

**2.7** Mit der angefochtenen Verfügung verneinte die Vorinstanz einzig einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung. Über einen Anspruch auf Vergütung der Kosten, welche der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit der A.\_\_\_\_\_-Begutachtung entstanden, entschied die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung auf keinerlei Weise.

**2.8** Das Bundesverwaltungsgericht hat daher einzig zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht einen Leistungsanspruch verneint hat. Soweit die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde und in ihrer Replik sinngemäss geltend macht, der Vorinstanz seien sämtliche Kosten zu überbinden, welche ihr (der Beschwerdeführerin) und dem Ehegatten im Rahmen der A.\_\_\_\_\_-Begutachtung entstanden seien, ist auf die Beschwerde nicht einzutreten (vgl. etwa BGE 132 V 74 E. 1.1 mit Hinweis).

### 3.

**3.1** Die Beschwerdeführerin ist serbische Staatsangehörige und wohnt in Serbien. Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 198 E. 2b und 122 V 381 E. 1 mit Hinweis). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien, Mazedonien), nicht aber mit den Republiken Serbien bzw. (nach dessen Unabhängigkeitserklärung) Kosovo, neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Die Schweiz handelt zurzeit mit Serbien ein Sozialversicherungsabkommen aus, wobei hinsichtlich des Inkrafttretens noch keine Angaben möglich sind (vgl. [www.zas.admin.ch](http://www.zas.admin.ch) > International > Bilaterale Abkommen; zuletzt besucht am 19. Mai 2014). Bis zum Inkrafttreten dieser neuen Abkommen ist weiterhin das vorstehend erwähnte bisherige Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 (im Folgenden: Sozialversicherungsabkommen) anwendbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_321/2012 vom 14. August 2012 E. 1.2; BGE 126 V 198 E. 2b und 122 V 381 E. 1 mit Hinweisen). Nach Art. 2 dieses Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 des Abkommens 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 Abkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung besteht, bestimmt sich daher vorliegend alleine auf Grund der schweizerischen Rechtsvorschriften, d.h. auf Grund des IVG, der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 832.201), des ATSG sowie der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11).

Insbesondere sind die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und

Anspruchsbeginn gebunden (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [seit 1. Januar 2007: Bundesgericht] vom 11. Dezember 1981; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

**3.2** In zeitlicher Hinsicht ist zunächst festzuhalten, dass Rechts- und Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 22. Juni 2012) eintraten, im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 130 V 329, 130 V 138 E. 2.1, 129 V 1 E. 1.2 sowie 121 V 362 E. 1b, je mit Hinweisen). Denn das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). In zeitlicher Hinsicht sind daher grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Dabei ist ein allfälliger Leistungsanspruch für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen sowie ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (*pro rata temporis*; BGE 130 V 445).

**3.3** Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. Juni 2012 in Kraft standen; weiter aber auch alle übrigen Vorschriften, die für die Beurteilung der streitigen Verfügung im vorliegend massgeblichen Zeitraum von Belang sind. Da sich der allenfalls anspruchsbegründende Sachverhalt im Zeitraum Juni 2007 (Zeitpunkt des Leistungsgesuchs) bis Juni 2012 (Erlass der angefochtenen Verfügung) zugetragen hat, ist vorliegend entsprechend grundsätzlich auf die materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der Fassung gemäss den am 1. Januar 2004 (4. IV-Revision; AS 2003 3837 und AS 2003 3859) und am 1. Januar 2008 (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) in Kraft getretenen Änderungen abzustellen. Zudem sind die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Änderungen des IVG und der IVV (IV-Revision 6a; IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV

in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]) zu beachten, soweit diese einschlägig sind. Ferner sind das ATSG und die ATSV in den jeweiligen Fassungen der IV-Revisionen 4, 5 und 6a anwendbar.

#### **4.**

##### **4.1**

**4.1.1** Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung haben gemäss Art. 6 Abs. 1 IVG schweizerische und ausländische Staatsangehörige sowie Staatenlose. Art. 39 IVG bleibt vorbehalten. Nach Art. 6 Abs. 2 IVG sind ausländische Staatsangehörige vorbehältlich Art. 9 Abs. 3 IVG nur anspruchsberechtigt, solange sie ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt nach Art. 13 ATSG in der Schweiz haben und sofern sie bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet oder sich ununterbrochen während zehn Jahren in der Schweiz aufgehalten haben.

Dieser innerstaatlichen Bestimmung gehen diejenigen der zwischenstaatlichen Vereinbarungen vor, welche die Schweiz mit ausländischen Staaten abgeschlossen hat, um die Rechtsstellung der beidseitigen Angehörigen in der Sozialversicherung zu regeln (vgl. BGE 111 V 202 E. 2b mit Hinweisen).

**4.1.2** Gemäss Art. 3 des Sozialversicherungsabkommens erhalten schweizerische und jugoslawische Staatsangehörige, die aufgrund der in Art. 1 dieses Abkommens genannten Gesetzgebungen Leistungen beanspruchen können, diese Leistungen in vollem Umfange und ohne jede Einschränkung, solange sie im Gebiete eines der beiden Vertragsstaaten wohnen; vorbehalten werden die Bestimmungen dieses Abkommens und seines Schlussprotokolls. In Bezug auf das vorliegende Verfahren ist keine relevante Abweichung vom Gleichstellungsgrundsatz vorbehalten (vgl. E. 3.1 hiervor).

**4.1.3** Laut Art. 8 Bst. e des vorliegend anwendbaren Sozialversicherungsabkommens (hierzu vorstehend E. 3.1) werden ordentliche Invalidenrenten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, jugoslawischen Staatsangehörigen jedoch nur gewährt, solange sie ihren Wohnsitz in der Schweiz haben. Vorliegend wohnt die Beschwerdeführerin, die serbische Staatsbürgerin ist, in Serbien, womit ihr im Falle einer weniger als hälftigen Invalidität keine Invalidenrente gewährt werden könnte.

## 4.2

**4.2.1** Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 7, 8 und 16 ATSG; Art. 4, 28, 28a und 29 IVG) und beim Versicherungsfall (Invaliditätseintritt) während mindestens eines vollen Jahres (Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 geltenden Fassung) bzw. mindestens dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung [5. IV-Revision]) Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat. Diese zwei Bedingungen müssen kumulativ erfüllt sein.

**4.2.2** Die Beschwerdeführerin hat zum Zeitpunkt des Invaliditätseintritts – dieser erfolgte vor dem 1. Januar 2008 (vgl. Sachverhalt Bst. A-B) – zweifellos und unbestrittenermassen während mehr als einem Jahr in der Schweiz Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet, womit die beitragsmässigen Voraussetzungen für den Bezug einer ordentlichen Invalidenrente erfüllt sind.

## 4.3

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

**4.3.2** 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 Klassifikationssys-

tems 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).

**4.3.3** Nichterwerbstätige gelten als invalid, wenn eine Unmöglichkeit vorliegt, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Art. 7 Abs. 2 ATSG ist sinngemäss anwendbar: Demnach sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 8 Abs. 3 ATSG in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1 IVG). Invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten daher 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; AHJ-Praxis 2001 S. 228 E. 2b mit Hinweisen).

**4.4** Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nicht erwerbstätig einzustufen ist (sog. Statusfrage), ergibt sich aus der Prüfung, was diese Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Diese Beurteilung ist mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse, vorzunehmen, wozu insbesondere allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten, die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zählen (vgl. BGE 133 V 504 E. 3.3, 133 V 477 E. 6.3, 130 V 393 E. 3.3 und 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen). Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen.

Vorliegend hat die Beschwerdeführerin ihre Erwerbstätigkeit in der Schweiz im Jahre 1981 aufgegeben und ist danach in ihre Heimat zurückgekehrt. Dort war sie gemäss ihren eigenen Angaben weder selbstständig noch unselbstständig erwerbstätig, sondern mit der Haushaltführung betraut und für den familiären Eigenbedarf in der Landwirtschaft tätig (Sachverhalt Bst. A). Dass die Aufgabe der Erwerbsarbeit wegen Krankheit erfolgte, ist den Akten nicht zu entnehmen.

**4.5** Aufgrund der vorliegenden aktenkundigen Angaben hat die Vorinstanz 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. 28 Abs. 2<sup>bis</sup> aIVG bzw. 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. Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV). Die Invalidität wird aufgrund eines Betätigungsvergleichs ermittelt. Der gesamte Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten entspricht in jedem Fall einem Wert von 100 %. Die Gewichtung der einzelnen Teilbereiche der Haushaltsführung hat sodann nach Massgabe der Verwaltungsweisungen zu erfolgen. Hernach ist die gesundheitlich bedingte Einschränkung in den einzelnen Teilbereichen festzustellen, woraus sich schliesslich der Invaliditätsgrad ermitteln lässt (AHI 1997 S. 291 E. 4a). In zeitlicher Hinsicht ist auf die Verhältnisse bei Entstehen des hypothetischen Rentenanspruchs abzustellen.

#### **4.6**

**4.6.1** Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 29 Abs. 1 aIVG bzw. Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

**4.6.2** Gemäss Art. 28 Abs. 1 aIVG bzw. Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente sowie bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelrente.

**4.6.3** 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. 28 Abs. 1<sup>ter</sup> aIVG bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Ausnahmeregelung trifft vorliegend nicht zu, da Serbien kein Mitgliedstaat der EU ist. Auf die einschränkende Bestimmung gemäss Art. 8 Bst. e des vorerwähnten Sozialversicherungsabkommens zwischen der Schweiz und Jugoslawien wurde bereits hingewiesen (vgl. E. 4.1.3 hiervor).

**4.7** 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 dazu 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). Die – arbeitsmedizinische – Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidensbedingt eingeschränkt ist.

#### **4.8**

**4.8.1** 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.

**4.8.2** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darle-

gung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und 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 des Bundesgerichts I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

## **5.**

**5.1** 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 des Bundesgerichts 9C\_121/2011 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 des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 103/06 vom 6. November 2006 E. 4.1; vgl. für die Präzisierung der Rechtsprechung bezüglich psychischer Leiden Urteile des Bundesgerichts I 311/03 vom 22. Dezember 2003 E. 5.3, 8C\_229/2012 vom 17. September 2012 E. 5 und 9C\_406/2011 vom 9. Juli 2012 E. 7).

**5.2** 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 und begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein (vgl. unter anderem das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 568/04 vom 16. Februar 2005 E. 4.2.1 mit Hinweisen sowie BGE 130 V 97 mit Hinweis).

**5.3** Wenn bei den im Ausland wohnenden Versicherten mangels geeigneten Abklärungspersonen keine Haushaltabklärung im Sinne einer Abklärung an Ort und Stelle gemäss Art. 69 Abs. 2 IVV durchgeführt werden kann, muss die Beurteilung einer Beeinträchtigung im Haushalt nach analogen Grundsätzen erfolgen (vgl. Urteile des Bundesverwaltungsgerichts C-4781/2008 vom 28. Juni 2010 E. 4.2 und C-5131/2007 vom 16. März 2009 E. 4.2.5). Ob eine solche Abklärung im einzelnen Fall genügt, ist

anhand der konkreten Umstände und Verhältnisse zu entscheiden. Jedenfalls muss der Abklärungsbericht 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 des Bundesgerichts I 733/06 vom 16. Juli 2007 E. 4.2.2).

## **6.**

**6.1** Die vorinstanzliche Feststellung in der Begründung der angefochtenen Verfügung, dass die Beschwerdeführerin im Aufgabenbereich Haushalt seit dem Jahr 2007 zu 20 % eingeschränkt sei, stützt sich auf das polydisziplinäre A.\_\_\_\_\_-Gutachten und die übrigen medizinischen Berichte bzw. Stellungnahmen, die sich zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung in den vorinstanzlichen Akten befanden. Aus diesen Unterlagen geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

## **6.2**

**6.2.1** In seinem psychiatrischen A.\_\_\_\_\_-Teilgutachten vom 31. Mai 2011 (IV-act. 78 S. 43-52) führte Dr. F.\_\_\_\_\_ als psychiatrische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit eine rezidivierende depressive Störung, unter Medikation leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0) an. Als psychiatrische Diagnose ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit nannte er eine histrionische Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 F60.4) (S. 49). Die aktuellen psychopathologischen Befunde begründeten keine Einschränkung des zeitlichen Arbeitspensums. Die Beschwerdeführerin sei durchaus in der Lage, 8.5 Stunden arbeitstäglich einer ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand entsprechenden Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen. Selbstverständlich müsse sich eine solche etwaige Verweistätigkeit an einer somatischen Belastbarkeitsgrenze der Beschwerdeführerin orientieren. Zu berücksichtigen sei infolge der Beeinträchtigung der Affektregulation und einer vermehrt nach innen gerichteten Selbstwahrnehmung allerdings eine Minderung der Leistungsfähigkeit um 20 % (S. 50). Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, sämtliche ihrem körperlichen Belastbarkeitsprofil und ihrem Ausbildungsstand angepassten Tätigkeiten zu verrichten. Somit bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 80 %. Retrospektiv sei die Arbeitsfähigkeit seit dem Jahr 2007 aus psychiatrischer Sicht nicht zuverlässig beurteilbar, weil die Depression

episodisch verlaufe. Allerdings erlaube die Aktenlage keine Annahme einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit. Mittelschwere oder gar schwere depressive Episoden seien ebenso wie die vom Gesundheitszentrum genannten anderen Diagnosen nicht durch aktenkundige Befunde dokumentiert. Aus diesem Grunde sei seit dem Jahr 2007 eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 80 % anzunehmen. Sofern kurzzeitig tiefere depressive Symptome bestanden haben sollten, hätten diese die Arbeitsfähigkeit nicht langfristig stärker beeinträchtigt (S. 51).

**6.2.2** Dr. E. \_\_\_\_\_ schrieb in seinem neurologischen A. \_\_\_\_\_-Teilgutachten vom 9. Mai 2011 (IV-act. 78 S. 33-42), es gebe keine neurologischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit. Als neurologische Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit erwähnte Dr. E. \_\_\_\_\_ folgende (S. 38):

- lumbo- und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom ohne Hinweise für neurogene radikuläre oder peripher-neurogene Schädigungen;
- zerebrale Makroangiopathie mit Status nach Stenose der Arteria carotis interna (ACI) und Dekompression rechts im Jahre 2009 sowie Reststenose links, anamnestisch 45 %;
- Status nach wahrscheinlichem zerebral-ischämischem Ereignis ohne relevantes neurologisches Residuum;
- Spannungskopfschmerz / migränoider Kopfschmerz.

Letzterer sei durch Medikation rasch behandelbar und bedinge für sich somit keine Einbusse der Arbeitsfähigkeit. In Bezug auf die Nacken- und Lumbalbeschwerden sei aus neurologischer Perspektive keine über das orthopädische Fachgebiet hinausgehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszuweisen. Die sehr diskrete Reflexdifferenz der linken Körperseite könne allenfalls auf eine abgelaufene zentrale Störung hindeuten. Für die Arbeitsfähigkeit würden demgemäss gegenwärtig nur erdgebundene Tätigkeiten empfohlen. Dies seien lediglich Einschränkungen des Belastungsprofils, nicht der Arbeitsfähigkeit als solches. Die Präsenzzeit und Leistungsfähigkeit seien als nicht eingeschränkt zu werten (S. 40). Aus rein neurologischer Betrachtung bestehe bei der Beschwerdeführerin für ihre früheren Hilfstätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Dies gelte insbesondere auch für Verweistätigkeiten. Somit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 41).

**6.2.3** Dr. D. \_\_\_\_\_ verneinte in seinem internistisch-kardiologischen A. \_\_\_\_\_-Teilgutachten vom 31. Mai 2011 (IV-act. 78 S. 26-32) eine internistische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der letzten

Tätigkeit. Als internistische Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit führte Dr. D. \_\_\_\_\_ folgende an (S. 30):

- Status nach Endarteriektomie im Mai 2009 bei asymptomatischer Stenose der Arteria carotis interna rechts;
- weitere asymptomatische Stenosierungen im Karotisstromgebiet beidseits und im Bereich der Beinarterien beidseits;
- Hypertonie;
- Hypercholesterinämie;
- Nikotinabusus;
- Euthyreose bei szintigraphisch festgestellter kleiner Struma polynodosa.

Auf internistischem Gebiet bestünden keine Diagnosen, die eine Arbeitsunfähigkeit erklären könnten. Aus internistischen Gründen sei die Beschwerdeführerin als Hausfrau zu 100 % arbeitsfähig. Auch für eine körperlich leichte Verweistätigkeit sei die Beschwerdeführerin internistischerseits zu 100 % arbeitsfähig (S. 31).

**6.2.4** Im polydisziplinären A. \_\_\_\_\_-Hauptgutachten vom 23. Juni 2011 (IV-act. 78 S. 1-25) zuhanden der Vorinstanz erachteten Dr. B. \_\_\_\_\_, Dr. C. \_\_\_\_\_, Dr. D. \_\_\_\_\_, Dr. E. \_\_\_\_\_ und Dr. F. \_\_\_\_\_ insgesamt nur eine rezidivierende depressive Störung, unter Medikation leichte depressive Episode gemäss ICD-10 F33.0 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit nannten die A. \_\_\_\_\_-Gutachter zusammenfassend (S. 15):

1. histrionische Persönlichkeitsstruktur gemäss ICD-10 F60.4;
2. zerebrale Makroangiopathie mit Status nach ACI-Stenose und Dekompression rechts im Mai 2009 sowie Reststenose links anamnestisch 45 %;
3. Status nach wahrscheinlichem zerebral-ischämischem Ereignis ohne relevantes neurologisches Residuum;
4. weitere asymptomatische Stenosierungen im Bereich der Beinarterien beidseits;
5. Gefässrisikofaktoren: Hypertonie, Hypercholesterinämie, Nikotinabusus;
6. blandes Übergewicht, Body-Mass-Index (BMI) 27 kg/m<sup>2</sup>;
7. panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei
  - a) blanden und weitgehend altersassoziierten röntgenpathologischen degenerativen Aufbrauchbefunden und ohne Neuropathologie;
  - b) rumpfmuskulärem Globaldefizit als Folge einer Langzeitdekonditionierung;
8. retropatellare Chondropathie beider Kniegelenke;

9. Spannungskopfschmerz / migränoider Kopfschmerz;
10. Euthyreose bei szintigraphisch festgestellter kleiner Struma polynodosa.

Orthopädisch-somatischerseits seien leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeiten ohne Zwangshaltungen für die Wirbelsäule und für den Rumpf geeignet. Vornüber gebeugtes Stehen und repetitive Bewegungsanforderungen an den Rumpf seien ungeeignet. Bezüglich der Kniegelenke dürften zur Vermeidung eines Beschwerden auslösenden retropatellaren Anpressdruckes – bei klinisch retropatellarer Chondropathie – keine Arbeiten kniend, hockend oder kauernnd ausgeübt werden. Auch ein Arbeitsaufenthalt auf unebenem Gelände, Gerüsten und Leitern sei ungeeignet. Eine Einschränkung der Wegstrecke resultiere noch nicht. Derart orthopädisch-somatisch dem Lebensalter und dem rumpfmuskulären Trainingsmangel angepasste Tätigkeiten seien zu 100 % zumutbar (S. 12). Die zuletzt in der Schweiz in der Wäscherei eines Hotels / Restaurants ausgeübte Tätigkeit gelte als wechselbelastend, leicht bis mittelschwer und somit hinreichend angepasst. Qualitativ angepasste Tätigkeiten könnten aus orthopädischer Sicht zu 100 % zugemutet werden (S. 13).

Die Einschätzung, dass die Beschwerdeführerin in internistischer Hinsicht als Hausfrau zu 100 % arbeitsfähig sei, beziehe auch die frühere Tätigkeit in der Wäscherei eines Hotels / Restaurants mit ein und beinhalte gleichfalls alle vergleichbaren alternativen Verweisungstätigkeiten. Die neurologische Einschätzung einer vorliegenden Arbeitsfähigkeit von 100 % gelte durchgehend (S. 14).

Gemäss den A.\_\_\_\_\_ -Gutachtern resultiert zusammenfassend aus orthopädisch-somatischer, neurologisch-somatischer und internistisch-kardiologisch-somatischer Sicht keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit einbezüglich der Tätigkeit als Hausfrau. Es verbleibe ausschliesslich eine Minderung der Arbeitsfähigkeit infolge der psychiatrischen Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig und unter Medikation im Sinne einer leichten depressiven Episode gemäss ICD-10 F33.0. Somit bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 80 % sowohl in der bisher ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Wäscherei eines Hotel-/Restaurantbetriebes als auch als Hausfrau. Es seien ihr alle Tätigkeiten zumutbar, die einer altersgleichen und gesunden Frau zumutbar seien. Zur Vermeidung von Beschwerdeexazerbationen des Rückens und der Kniegelenke und auch der Verschlechterung der Prognose der lumbalen Osteochondrose und

Spondylose sollten schwere und statisch die Wirbelsäule und die retro-patellaren Kompartimente der Kniegelenke belastende Arbeiten gemieden werden. Geeignet seien leichte und mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ohne repetitive Bewegungsanforderungen an den Rumpf und ohne Zwangshaltungen wie zum Beispiel vornüber gebeugt stehend, kniend, hockend oder kauend (S. 17). Gesamthaft bestehe somit in der bisherigen Tätigkeit in der Wäscherei eines Hotels / Restaurants und auch als Hausfrau nach dieser polydisziplinären Abklärung eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 80 %. Für alle ihren bisherigen Tätigkeiten vergleichbaren Tätigkeiten und unter Beachtung der Kriterien des beschriebenen Belastungsprofils sei die Beschwerdeführerin bei uneingeschränktem Pensum mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % zu 80 % arbeitsfähig (S. 19). Diese Minderung habe unverändert bis am 6. Mai 2009 bestanden und sei seither unverändert (S. 21).

Eine Änderung des Grades der Arbeitsfähigkeit sei kurz- bis mittelfristig nicht zu erwarten, eine Fortsetzung der laufenden psychiatrischen Therapie sowie ein möglichst umgehendes Sistieren des problematischen Nikotinkonsums bei bereits manifester Angiopathie vorausgesetzt (S. 22). Eine Besserung sei dauerhaft nicht mehr zu erwarten (S. 23).

## **6.2.5**

**6.2.5.1** Die neurologische und die internistisch-kardiologische Teilbegutachtung der Beschwerdeführerin durch Dr. E. \_\_\_\_\_ und Dr. D. \_\_\_\_\_ erfolgten umfassend und beruhen auf allseitigen Untersuchungen.

Dr. E. \_\_\_\_\_ befragte die Beschwerdeführerin insbesondere nach ihrem Kopfleiden und dem Rückenschmerz mit Ausstrahlung in beide Beine (S. 33-36). Für den Neurologen waren eine Selbstlimitation und gewisse Verdeutlichungsbemühungen erkennbar. So war für ihn unter anderem die Schmerzangabe von VAS (visuelle Analogskala) 7.5 mit dem humorvollen und freundlichen Ausdrucksverhalten der Beschwerdeführerin während der Untersuchung nicht vereinbar (S. 36 und 39). Auch konnte er auf eine zuvor als schmerzhaft bezeichnete Körperstelle im Lumbalbereich bei Ablenkung Druck ausüben, ohne dass die Beschwerdeführerin einen Schmerz beklagte (S. 37). Ferner waren ein von ihr angegebener Krampf im rechten Wadenbereich und eine im Finger-Nase-Versuch endgradig gezeigte Dysmetrie objektiv nicht nachvollziehbar (S. 37 f.). Den Knie-Hacken-Versuch führte die Beschwerdeführerin demonstrativ langsam und suchend aus, obgleich unbemerkt beobachtet keine Koordinations-

störung der Arme oder Beine erkennbar war. Eine im Romberg-Versuch gezeigte Standunsicherheit stimmte nicht mit der bei Ablenkung vorhandenen sehr stabilen und sicheren Standfähigkeit überein. Das langsam vorgeführte normale Gangbild entsprach nicht der ansonsten normalen Gehfähigkeit (S. 38). Die in den metrischen Gangproben erkennbare Unsicherheit erschien als durch Verdeutlichungsbemühungen überlagert (S. 39). Dr. E. \_\_\_\_\_ beurteilte die geklagten Beschwerden in Kenntnis der Vorakten (S. 40).

Der Internist Dr. D. \_\_\_\_\_ berücksichtigte ebenfalls die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden. Auch er setzte sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin umfassend auseinander. Der Experte nahm Kenntnis von den Vorakten. Er fand in den Akten allerdings keinen Bericht, in welchem von internistischen Problemen im Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit die Rede ist (S. 31).

Die von Dr. E. \_\_\_\_\_ und Dr. D. \_\_\_\_\_ dargestellten medizinischen Zusammenhänge und ihre Beurteilung sind einleuchtend. Die Schlussfolgerungen der beiden Gutachter, dass in rein neurologischer Hinsicht und auf internistischem Gebiet keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorhanden sei (S. 31 und 41), sind in nachvollziehbarer Weise begründet.

**6.2.5.2** Auch das psychiatrische Teilgutachten von Dr. F. \_\_\_\_\_ entspricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines Arztberichts. Die Beschwerdeführerin wurde vom Gutachter allseitig klinisch untersucht und eingehend in psychiatrischer Hinsicht abgeklärt. Dr. F. \_\_\_\_\_ berücksichtigte die geklagten Beschwerden – insbesondere die fehlende Belastbarkeit, die Durchschlafstörungen, die Lärmempfindlichkeit, der zeitweilige Lebensüberdruß, die leichte Reizbarkeit, die Neigung zu Aggression, die überwiegend schlechte Stimmung, die geringe Konzentration und Ausdauer sowie 'Ganzkörperschmerzen' (S. 44-45 und 49) – und setzte sich mit diesen Klagen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin detailliert auseinander. So fiel dem Experten auf, dass die Körpersprache keine Schonhaltung verraten habe und insoweit zur Angabe von 'Ganzkörperschmerzen' in Gegensatz gestanden sei (S. 48). Die Beschwerdeführerin zeige keine Motivation für eine Rückkehr in eine regelmässige Arbeitstätigkeit und erlebe sich subjektiv invalidisiert (S. 49). Für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit ist die subjektive Einschätzung der Beschwerdeführerin nicht entscheidend. Massgebend ist allein die medizinisch-theoretisch begründete und nachvollziehbare Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Korrekterweise nahm Dr. F. \_\_\_\_\_ im

Folgenden ungeachtet der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin eine eigene fachärztlich-theoretische Beurteilung vor. Der Experte hatte den Eindruck, dass die von der Beschwerdeführerin geäußerten Schmerzen Ausdruck einer histrionischen Symptomausgestaltung seien (S. 50). Der Gutachter würdigte die Klagen der Beschwerdeführerin entsprechend. So kam Dr. F.\_\_\_\_\_ zur Feststellung, dass nebst einer rezidivierenden depressiven Störung eine histrionische Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 F60.4) vorliege, welcher kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zukomme (S. 49). Die Bezeichnung der gewürdigten medizinischen Vorakten im Rahmen der Anamnese fehlt zwar. Doch es kann der Expertise entnommen werden, dass dem Gutachter die wesentlichen medizinischen Unterlagen vorlagen und er die Ätiologie der von der Beschwerdeführerin geklagten Leiden vollständig kannte (vgl. S. 43-44 und 50-51). Dr. F.\_\_\_\_\_ setzte sich mit den Vorakten nachweislich auseinander. Der Psychiater bemerkte so auch, dass die Einschätzung Dr. G.\_\_\_\_\_, die Arbeitsfähigkeit sei vollständig aufgehoben, nicht zutreffend sei (S. 50) und dass die vom Gesundheitszentrum H.\_\_\_\_\_ genannten Diagnosen nicht durch aktenkundige Befunde dokumentiert seien (S. 51). Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten sind in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann.

**6.2.5.3** Die im abschliessenden A.\_\_\_\_\_-Gesamtgutachten enthaltene orthopädische Begutachtung und interdisziplinäre Beurteilung entsprechen je für sich ebenfalls den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens.

Die Beschwerdeführerin wurde gestützt auf die drei vorausgegangenen Teilgutachten (E. 6.2.1-3 hiervor) von Dr. C.\_\_\_\_\_ auch in orthopädischer Hinsicht klinisch allseitig untersucht und eingehend abgeklärt. Der Experte erhob nochmals eine eingehende Anamnese (vgl. S. 8-9) und erfragte seinerseits die Beschwerdeführerin genau nach dem jetzigen Leiden (vgl. S. 8). Sie äusserte hierbei, dass sie unter konstanten Rückenschmerzen leide und auch Schultergelenkbeschwerden sowie manchmal Schmerzen in den Hand- und Ellenbogengelenken habe (S. 8). Der Gutachter berücksichtigte die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden. Er setzte sich mit den Leiden sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Der Experte fand für die mitgeteilten Schultergelenkbeschwerden sowie für die gelegentlichen Hand- und Ellenbogengelenkbeschwerden kein orthopädisches Korrelat (S. 16). Zudem

bemerkte der Gutachter, dass sich die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben relativ umfangreich an der Hauswirtschaft und an häuslichen Arbeiten beteilige (S. 13). Der Gutachter würdigte die Klagen der Beschwerdeführerin entsprechend. Dabei fiel dem Gutachter ein rumpfmuskuläres Globaldefizit auf, das Folge einer Langzeitdeconditionierung sei (S. 12). Dr. C.\_\_\_\_\_ waren die Vorakten bekannt (vgl. S. 4-8, 12 und 18-19). Der Experte bemerkte, dass in den Akten erstmals ca. im Jahre 2005 Rückenschmerzsyndrome dokumentiert worden seien (S. 12). Das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_\_ leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Die Schlussfolgerung des Experten, dass aus orthopädischer Sicht leidensangepasste Tätigkeiten zu 100 % zugemutet werden können (S. 13), ist nachvollziehbar begründet.

Die interdisziplinäre Beurteilung stützt sich auf das neurologische, internistische, orthopädische und psychiatrische Teilgutachten und fasst in nachvollziehbarer Weise die in diesen festgehaltenen subjektiven Beschwerdeschilderungen, objektiven Befunde, objektiven Diagnosen, Beurteilungen der Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und Schlussfolgerungen zusammen. Dabei wurden auch mögliche medizinische Zusammenhänge geprüft, die allenfalls erst in der interdisziplinären Gesamtschau beurteilt werden können. So stellten die Experten fest, dass bezüglich der orthopädisch beschriebenen Wirbelsäulenbefunde neurologischerseits keine assoziierten neurogenen radikulären oder peripher neurogenen Schädigungen auszumachen seien (S. 16). Zudem bemerkten die Gutachter, dass die intensive und ausgeweitete Schilderung des Schmerzerlebens stets unter dem psychiatrisch erklärten Aspekt der histrionischen Persönlichkeitsstörung zu interpretieren sei (S. 20). Dass aus interdisziplinärer Sicht nur eine psychiatrisch bedingte Minderung der Arbeitsfähigkeit besteht (S. 17), überzeugt. In diesem Sinne leuchtet auch die polydisziplinäre A.\_\_\_\_\_-Gesamtbegutachtung durchaus ein.

**6.3** Dr. I.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin und Arzt des RAD Rhone, berücksichtigte seinerseits nicht nur das A.\_\_\_\_\_-Gutachten, sondern auch die anderen in den Akten liegenden medizinischen Unterlagen und würdigte sie selbständig.

**6.3.1** Dr. I.\_\_\_\_\_ nannte in seiner Stellungnahme vom 15. Februar 2012 (IV-act. 92) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung leichten Grades gemäss ICD-10 F33.0. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte

Dr. I. \_\_\_\_\_ eine histrionische Persönlichkeit gemäss ICD-10 F60.4, ein chronisches zervikales und lumbales Syndrom gemäss ICD-10 M54.2 und M54.5 sowie eine arterielle Hypertension, Minderung der Sehschärfe rechts bei schwerer Kurzsichtigkeit, diffuse und knotige Schilddrüse, zerebrale Makroangiopathie mit einer Stenose der inneren Halsschlagader und Status nach Dekompression rechts im Mai 2009 und residuelle Stenose links anamnestisch zu 45 %, ein zerebrovaskulärer Infekt nicht ausgeschlossen, aber ohne neurologische Folgeschäden, asymptomatische arterielle Stenosen in den inneren Gliedern, Fettleibigkeit, BMI 27, Kniescheiben-Chondropathie beidseitig sowie Spannungskopfschmerzen des Typs Migräne. Die Arbeitsunfähigkeit für Haushaltsarbeiten betrage 20 % seit dem Jahr 2007. Es sei eine vollzeitige Arbeit möglich mit einer Leistungsminderung von 20 %. Zumutbar sei eine Arbeit in wechselnder Position. Schwere Arbeiten seien ausgeschlossen. Rotationsbewegungen des Rumpfes oder die repetierende Überhang-Position seien zu vermeiden. Die Beschwerdeführerin dürfe nicht auf den Knien oder hockend arbeiten. In Abwesenheit einer ernsthaften psychischen Einschränkung müsse man die Anwesenheit eines zervikalen und lumbalen Syndroms annehmen, welches eine teilweise Arbeitsunfähigkeit in den Haushaltstätigkeiten rechtfertige. Es sei nicht ausgeschlossen, dass die Persönlichkeitsstörung mit einer depressiven Störung eine Arbeitsunfähigkeit rechtfertige.

Der RAD-Arzt begründete die Arbeitsunfähigkeit von 20 % im Haushalt folgendermassen (IV-act. 92 S. 6):

Aktivität	Minimaler Anteil	Maximaler Anteil	Gewichtung	Behinderung	Invalidität
Haushaltführung	2	5	5	10	0.5
Ernährung	10	50	30	10	3
Wohnungspflege	5	20	20	10	2
Einkauf	5	10	10	0	0
Wäsche und Kleiderpflege	5	20	20	20	4
Kinderbetreuung	0	30	0	0	0
Verschiedenes	0	50	15	4	0.6
Total			100		20.1 (richtig: 10.1)

**6.3.2** In seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2012 (IV-act. 103) ergänzte RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_\_\_ die oben erwähnten Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mit der Diagnose einer Presbyopie gemäss ICD-10 H52.0. Er stützte sich dabei auf den fachärztlichen Bericht von Dr. J. \_\_\_\_\_, Spezialist in Ophtalmologie, vom 12. März 2012 (IV-act. 101), wonach die Sehschärfe zu 26 % vermindert sei (vgl. IV-act. 103). Dieser

Bericht wurde erst rund neun Monate nach dem A.\_\_\_\_\_-Gesamtgutachten erstellt. Der RAD-Arzt berücksichtigte diese Diagnose insofern, als er in Bezug auf mögliche zumutbare Arbeiten zur Bedingung machte, dass keine perfekte Sehschärfe erforderlich sein dürfe. Die verminderte Sehschärfe von 26 % stelle eine ergänzende funktionelle Einschränkung dar.

**6.3.3** Die Aktenwürdigung durch den RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_\_- entspricht somit der interdisziplinären Einschätzung der A.\_\_\_\_\_-Gutachter (diese findet sich in E. 6.2.4 hiervor), wonach die Beschwerdeführerin in Haushaltsarbeiten seit 2007 psychisch bedingt zu 20 % arbeitsunfähig sei. Ein relevanter Unterschied liegt lediglich in der vom RAD-Arzt ebenfalls berücksichtigten Diagnose einer Presbyopie bzw. verminderten Sehschärfe von 26 %. Die Beurteilung des RAD-Arztes, dass die Beschwerdeführerin infolge dieser Presbyopie nur eine (zusätzliche) funktionelle Beeinträchtigung aufweise, ist nachvollziehbar und überzeugend.

Ein relevanter Widerspruch zwischen dieser ergänzenden Einschätzung des RAD-Arztes und der – wie dargelegt – schlüssigen Beurteilung durch die A.\_\_\_\_\_-Expertise ist daher nicht ersichtlich.

## 7.

**7.1** Mangels näherer Konkretisierung im A.\_\_\_\_\_-Gutachten, legte der RAD-Arzt im Rahmen seiner Stellungnahme vom 15. Februar 2012 (E. 6.3.1 vorstehend) die konkreten gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Haushalt selbst tabellarisch fest. Das vom RAD-Arzt angegebene Total von rund 20 % stimmt dabei mit der auch von den A.\_\_\_\_\_-Gutachtern geschätzten – und wie erwähnt nachvollziehbaren – 20%igen Arbeitsunfähigkeit im Haushalt überein. Wie bereits in E. 6.3.1 vorstehend bemerkt, ergeben die vom RAD-Arzt angegebenen Tabellenwerte jedoch nicht wie von ihm festgehalten ein Total von 20.1, sondern ein solches von 10.1. In seiner abschliessenden Stellungnahme vom 14. Juni 2012 (E. 6.3.2 hiervor) hielt der RAD-Arzt an seinen Tabellenwerten vom 15. Februar 2012 weiterhin fest. Der RAD-Arzt führte die Ermittlung der Einschränkung im Haushalt, wie bei versicherten Personen im Ausland üblich, gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin im Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten vom 12. August 2011 (IV-act. 88 S. 6-11) und unter Berücksichtigung der in den Akten – namentlich im A.\_\_\_\_\_-Gutachten – festgehaltenen gesundheitlichen Defizite der Beschwerdeführerin durch.

**7.2** Im Haushaltsfragebogen vom 12. August 2011 (IV-act. 88 S. 6-11) gab die Beschwerdeführerin an, dass sie Mahlzeiten nur mit Hilfe zubereiten und beim Geschirrspülen nur helfen könne, nicht die Küche und die Fussböden reinigen könne, nicht in der Lage sei, den Staubsauger zu verwenden, die Betten nicht machen und die Fenster nicht reinigen könne. Einkaufen könne sie nicht, da sie nichts tragen könne. Sie könne die Wäsche nicht besorgen, die Wäsche nicht aufhängen und abnehmen, nicht bügeln, lediglich manchmal die Wäsche flicken und nicht stricken, nähen oder häkeln. Mit den Kindern könne sie nur spielen. Andere Familienangehörige könne sie nicht betreuen. Einen Nutzgarten könne sie nicht, manchmal aber als Hilfe Geflügel, Kleintiere etc. besorgen. Kranke könne sie nicht pflegen. Kleider könne sie nicht anfertigen oder umändern. Sie könne den Familienangehörigen – der Tochter und der Schwiegertochter – in deren Anwesenheit manchmal etwas helfen. Für die Besorgung des Haushalts und allfälliger anderer Aufgaben brauche sie die Hilfe ihrer Familienangehörigen. Die Schwiegertochter führe den Haushalt und auch die Tochter arbeite im Haus.

### 7.3

**7.3.1** Der RAD-Arzt gewichtete die einzelnen Tätigkeiten aufgrund der von der Beschwerdeführerin geschilderten örtlichen und infrastrukturellen Verhältnisse anteilmässig prozentual und ermittelte gestützt darauf die Einschränkungen in den einzelnen Teilbereichen der Haushaltstätigkeit. Aussagen der serbischen Ärzte, auf welche der RAD-Arzt hätte abstellen können, fehlen. Die serbischen Ärzte äusserten sich bloss zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer erwerblichen Tätigkeit und in der landwirtschaftlichen Tätigkeit (der serbische Psychiater Dr. K.\_\_\_\_\_ erwähnte in seinem Bericht vom 9. Januar 2010 und 31. März 2010 die Bewirtschaftung, womit mutmasslich die von der Beschwerdeführerin angegebene landwirtschaftliche Tätigkeit für den familiären Eigenbedarf gemeint ist). Die Auswirkungen der Leiden der Beschwerdeführerin auf ihre Haushaltstätigkeit wurden jedoch von den A.\_\_\_\_\_-Gutachtern, welche allesamt Fachärzte ihres medizinischen Gebiets sind, umfassend abgeklärt. Insbesondere fand eine ärztliche Anhörung der Beschwerdeführerin zu ihren Einschränkungen im Haushalt statt. Der Ophthalmologe Dr. J.\_\_\_\_\_, auf dessen Bericht sich der RAD-Arzt ergänzend stützte, ist ebenfalls Facharzt. Die von diesen Ärzten erstellten medizinischen Akten vermittelten RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_\_ ein vollständiges Bild über die gesundheitlichen Leiden, welche sich damals und im Verlauf auf die Haushaltstätigkeit auswirkten. Entsprechend war Dr. I.\_\_\_\_\_

durchaus in der Lage, alleine eine Schlussfolgerung hinsichtlich der Einschränkungen im Haushalt vorzunehmen. Daran ändert sich auch nichts, dass zwischen den Angaben der Beschwerdeführerin im Haushaltsfragebogen und der Einschätzung des RAD-Arztes deutliche Abweichungen bestehen, zumal erstere eine (blosse) Selbsteinschätzung darstellen.

Nicht nachvollziehbar ist einzig das fälschliche Total von 20.1 statt 10.1. Dabei handelt es sich jedoch bloss um einen offensichtlichen Schreibfehler (Ziffer 2 statt 1), welcher die vorausgehende RAD-ärztliche Einschätzung der Einschränkungen in den einzelnen Haushaltstätigkeiten nicht in Zweifel zu ziehen vermag.

**7.3.2** Zu beachten ist, dass in Befolgung der Schadenminderungspflicht die versicherte Person Verhaltensweisen zu entwickeln hat, welche die Auswirkungen der Behinderung im hauswirtschaftlichen Bereich reduzieren und ihr eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltsarbeiten ermöglichen. Der Umstand, dass diese Arbeiten nur mühsam und mit höherem Zeitaufwand bewältigt werden können, begründet nicht ohne Weiteres eine Invalidität (vgl. BGE 130 V 101 E. 3.3.3).

Was die von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Mitarbeit von Familienangehörigen anbelangt, ist ausschlaggebend, wie sich eine vernünftige Familiengemeinschaft einrichten würde, wenn keine Versicherungsleistungen zu erwarten wären. Dabei ist davon auszugehen, was in der sozialen Realität üblich und zumutbar ist. Ein invaliditätsbedingter Ausfall darf bei im Haushalt tätigen Personen daher nur insoweit angenommen werden, als die Aufgaben, welche nicht mehr erfüllt werden können, durch Angehörige verrichtet werden, denen dadurch nachgewiesenermassen eine Erwerbseinbusse oder 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 (BGE 133 V 504 E. 4.2). Vorliegend leben im Haushalt der Beschwerdeführerin fünf Erwachsene und drei Kinder (im Jahre 2011 10-, 14- und 16jährig) (IV-act. 88 S. 6). Es handelt sich hierbei nebst der Beschwerdeführerin um ihren Ehegatten, ihre erwachsene geschiedene Tochter, ihren erwachsenen Sohn, dessen Ehegattin sowie die drei Enkel der Beschwerdeführerin (vgl. IV-act. 78 S. 3 und 8). Dass einer einzelnen Person in einer Familiengemeinschaft, zu welcher fünf Erwachsene und ein bald erwachsenes Kind gehören, sämtliche Haushaltsarbeiten oblie-

gen, ist sozial unüblich und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht behauptet. Sie weist selbst auf die Mitarbeit der Schwiegertochter und Tochter hin (E. 7.2 hiervor). Somit kann vorliegend ohne Weiteres ein gewisses Mass an Unterstützung der Beschwerdeführerin im Haushalt durch Familienangehörige angenommen werden. Eine nachweisliche Erwerbseinbusse oder unverhältnismässige Belastung der Familienangehörigen geht aus den Akten nicht hervor.

**7.3.3** Die Kritik der Beschwerdeführerin an der Haushaltsbeurteilung durch den RAD-Arzt vermag deren Beweiskraft deshalb nicht zu mindern. Seine Beurteilung genügt – abgesehen vom fälschlichen Total von 20.1 statt 10.1 – den Anforderungen an einen Haushaltabklärungsbericht (zu diesen in E. 5.2 hiervor).

## **8.**

**8.1** Die abschliessende Beurteilung Dr. I. \_\_\_\_\_s in seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2012 (E. 6.3.2 hiervor) wird durch die weiteren in den Akten liegenden ärztlichen Unterlagen nicht erschüttert.

## **8.2**

**8.2.1** Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, wies in ihrem Vorschlag vom 10. Juni 2006 für ein Sachverständigengutachten (IV-act. 8) nur darauf hin, dass die Beschwerdeführerin arbeitsunfähig sei. Dr. L. \_\_\_\_\_ nahm keine eigene Beurteilung der Auswirkungen der diagnostizierten Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit in erwerblichen Tätigkeiten und in der Haushaltstätigkeit vor. Die Ärztin überliess die Einschätzung ausdrücklich sachverständigen Experten.

**8.2.2** Dr. M. \_\_\_\_\_, Neuropsychiaterin, schrieb in ihrem Gutachten vom 22. November 2007 (IV-act. 21) zuhanden des serbischen Versicherungsträgers, dass der zur Konsultation hinzugezogene chirurgische Experte der Meinung sei, es liege kein voller Verlust der Arbeitsfähigkeit vor. Aus neuropsychiatrischer Sicht gelte dies am Untersuchungstag, dem 22. November 2007. Es sei ein Körperschaden in Höhe von 30 % ab dem Tag der Antragstellung, dem 13. Juni 2006, infolge Krankheit vorhanden.

Aus dem Bericht von Dr. M. \_\_\_\_\_ geht nicht hervor, in welcher Höhe am Untersuchungstag (22. November 2007) eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorhanden gewesen sein soll. Dr. M. \_\_\_\_\_ äusserte sich nämlich nur zur Frage, ob allenfalls ein voller Verlust der Arbeitsfä-

higkeit vorhanden sei. Eine Begründung, weshalb die Expertin diese Frage verneinte, fehlt ebenfalls. Sodann kann dem Bericht Dr. M.\_\_\_\_\_s nicht entnommen werden, welcher Befund und welche Diagnosen sich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken. Die Beurteilung von Dr. M.\_\_\_\_\_ stimmt im Ergebnis allerdings im Wesentlichen mit jener Dr. I.\_\_\_\_\_s überein, so dass der Bericht von Dr. M.\_\_\_\_\_ die Stellungnahme Dr. I.\_\_\_\_\_s ohnehin nicht zu erschüttern vermöchte. Die Einschätzung des vorhandenen Körperschadens hingegen bezieht sich ausdrücklich auf die gesetzliche Situation in Serbien, welche von vornherein nicht ohne Weiteres auf die schweizerische Rechtslage übertragen werden kann.

**8.2.3** Dr. G.\_\_\_\_\_, forensisch spezialisierter Psychiater, schrieb am 5. März 2009 (IV-act. 56 S. 1-2), dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht erschöpft sei. Die Beschwerdeführerin sei arbeits- und produktionsunfähig. Am 11. Januar 2011 berichtete Dr. G.\_\_\_\_\_ erneut, dass die Beschwerdeführerin vollständig und endgültig arbeitsunfähig sei (IV-act. 84).

Welche Diagnosen sich konkret auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, kann dem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_\_, insbesondere den darin enthaltenen Diagnoseangaben, nicht entnommen werden. Zudem begründete der serbische Psychiater nicht mit objektiven Befunden, wieso von der bescheinigten (vollständigen) Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei und wieso die vollständige Arbeitsunfähigkeit endgültig sein soll. Ferner gab er nicht an, auf welche Tätigkeiten sich sein Attest bezieht bzw. ob er sämtliche Tätigkeiten als unzumutbar ansieht, und äusserte er sich auch nicht zur Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit in erwerblichen Tätigkeiten und in der Haushaltstätigkeit im Verlauf. Dem Bericht kann insbesondere nicht entnommen werden, seit wann die attestierte Arbeitsunfähigkeit vorhanden sein soll. Im Weiteren setzte Dr. G.\_\_\_\_\_ sich nicht mit der Frage auseinander, welche Tätigkeiten im Verlauf allenfalls noch zumutbar, das heisst leidensangepasst gewesen sind und weiterhin sein würden.

**8.2.4** Der Psychiater Dr. N.\_\_\_\_\_ berichtete am 9. Januar 2010 und am 31. März 2010, die Beschwerdeführerin sei zu Arbeit und Bewirtschaftung unfähig. Weitere Aussagen zur Arbeitsfähigkeit fehlen. Aus den Berichten Dr. N.\_\_\_\_\_s geht damit ebenfalls nur eine pauschale Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit hervor. Die Atteste enthalten insbesondere weder eine nähere Begründung der festgehaltenen Arbeitsunfähigkeit mittels zugeordneter objektiver Befunde noch eine Beschreibung der Auswirkung

der diagnostizierten Leiden auf die Arbeitsfähigkeit im Verlauf. Auch finden sich keine Angaben zu allfälligen behinderungsangepassten Erwerbs- bzw. Haushaltstätigkeiten.

**8.2.5** In seinem Bericht vom 6. April 2011 attestierte Dr. O.\_\_\_\_\_, Augenarzt, eine 30%ige Reduktion des Sehvermögens. Die Beschwerdeführerin sei unfähig für Arbeiten, die ein binokulares Sehvermögen erforderten.

Mit diesem Attest beschrieb Dr. O.\_\_\_\_\_ lediglich eine optalmologisch bedingte funktionelle Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit. Dabei entspricht die festgehaltene Einschränkung im Wesentlichen der optalmologischen Beeinträchtigung, mit welcher sich RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2012 nachträglich ausdrücklich näher auseinandersetzte (E. 6.3.2 vorstehend). Zur Arbeitsfähigkeit als solcher in der bisherigen Tätigkeit und in behinderungsangepassten Tätigkeiten machte der serbische Augenarzt keinerlei Angaben.

**8.2.6** Die Klinische Psychologin P.\_\_\_\_\_ wies in ihrem Bericht vom 14. Februar 2012 darauf hin, dass die Beschwerdeführerin arbeitsbezogen und sozial nicht funktionsfähig sei. Ob die Psychologin diese Funktionsunfähigkeit mit einer Arbeitsunfähigkeit gleichsetzte und wie hoch sie diese einschätzte, ist aufgrund des Berichts unklar. Er konnte zum Teil wegen Unleserlichkeit nicht übersetzt werden. Ob sich P.\_\_\_\_\_ dazu äusserte, wie sich eine allfällige Arbeitsunfähigkeit im Verlauf entwickelte, ist deshalb ebenfalls ungewiss. Da P.\_\_\_\_\_ als Psychologin keine psychiatrische Fachärztin ist, vermag ihre Einschätzung nachvollziehbare Aussagen eines psychiatrischen Fachexperten jedoch ohnehin von vornherein nicht in Zweifel zu ziehen.

### **8.3**

**8.3.1** In seinem Bericht vom 16. August 2012 zuhanden des serbischen Versicherungsträgers schrieb Dr. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neuropsychiatrie, aus psychiatrischer Sicht betrage die Invalidität immer 50 %. Am Tag der Untersuchung, dem 16. August 2012, bestehe kein vollständiger Verlust der Arbeitsfähigkeit. Grund der Invalidität sei eine Krankheit.

Die Einschätzung der Invalidität bezieht sich auf die rechtliche Situation in Serbien, die sich von derjenigen in der Schweiz unterscheidet, und ist daher grundsätzlich nicht relevant. In der schweizerischen Rechtsordnung obliegt die Bestimmung der Invalidität nicht dem Arzt, sondern der

Verwaltung bzw. dem Gericht, da die Invalidität nebst dem medizinischen ein wirtschaftliches Element enthält (hierzu in E. 4.3.1 hiavor). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit gab Dr. Q.\_\_\_\_\_ bloss an, dass sie nicht vollständig verloren sei. In welchem Umfang sie seines Erachtens noch vorhanden ist und wie sich ihre Beeinträchtigung zeitlich entwickelte, kann dem Bericht nicht entnommen werden. Der serbische Neuropsychiater schrieb auch nichts dazu, welche Tätigkeiten als leidensangepasst zu betrachten sind. Im Übrigen wurde der Bericht Dr. Q.\_\_\_\_\_s erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. Juni 2012 erstattet.

**8.3.2** Zwar enthält der Bericht von Dr. S. G.\_\_\_\_\_, Psychiater, Dr. R.\_\_\_\_\_, Psychiater, und Dr. S.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie, unbekanntem Datum (Datum unleserlich) ein Arbeitsunfähigkeitsattest. Die Aussage zur Arbeitsunfähigkeit ist jedoch unleserlich und konnte nicht übersetzt werden.

**8.4** Dass die Vorinstanz befand, es liege keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vor (zum Erfordernis einer einjährigen Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % vgl. E. 4.6.1 hiavor), überzeugt deshalb. Die Beschwerdeführerin ist seit dem Jahr 2007 im Haushaltsbereich nur zu rund 10 % arbeitsunfähig.

Bei der von der Vorinstanz abweichend festgehaltenen 20%igen Arbeitsunfähigkeit handelt es sich um einen offensichtlichen (Folge-)Fehler aufgrund des vom RAD-Arzt fälschlicherweise angegebenen Totals von 20.1 (richtig: 10.1), welcher am Ergebnis der fehlenden ausreichenden durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres nichts ändert.

## **9.**

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

## **10.**

Zusammenfassend hat die Vorinstanz das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Die angefochtene Verfügung ist somit zu schützen und die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

## **11.**

**11.1** 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<sup>bis</sup> 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.

**11.2** 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 verhältnismässig 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, soweit darauf eingetreten 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)

Die vorsitzende Richterin:

Die Gerichtsschreiberin:

Eva Schneeberger

Andrea Giorgia Röllin

**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 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [BGG, SR 173.110]). 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: 28. August 2014