



Abteilung II
B-6400/2012

Urteil vom 10. September 2014

Besetzung

Richter Ronald Flury (Vorsitz),
Richterin Michela Bürki Moreni, Richterin Vera Marantelli,
Gerichtsschreiberin Marion Sutter.

Parteien

A. _____,
vertreten durch lic. iur. Gojko Reljić,
Rechtsberatung für Ausländer Go-Re-Ma,
Beschwerdeführerin,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenrente (Rentenanspruch).

Sachverhalt:**A.**

A._____ (im Folgenden: Beschwerdeführerin oder Versicherte) wurde 1953 geboren und ist serbische Staatsangehörige. In den Jahren 1976 bis 1998 hat sie teilweise in der Schweiz gearbeitet und die entsprechenden obligatorischen Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet (IV-Akt. 5). Am 12. Januar 2005 scheint sie sich bereits über den serbischen Versicherungsträger bei der schweizerischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet zu haben (IV-Akt. 7). Diese Anmeldung ging indessen zu keinem Zeitpunkt bei den schweizerischen Behörden ein. Eine zweite Anmeldung vom 11. November 2006 wurde der IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA am 14. Dezember 2006 zugestellt (IV-Akt. 4).

B.

In der Folge gingen bei der Vorinstanz verschiedene medizinische Unterlagen (IV-Akt. 7, 18, 34-38) sowie die Fragebogen für den Versicherten respektive die im Haushalt tätigen Versicherten (IV-Akt. 19) ein. Angaben zu dem in der Schweiz erzielten Erwerbseinkommen konnten nicht erhoben werden (vgl. IV-Akt. 10-13 und 29-31). In der Stellungnahme vom 4. März 2008 erklärte die beigezogene Ärztin Dr. B._____ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz, die Beschwerdeführerin leide an einer chronisch rezidivierenden Depression sowie einem chronischen Zervikal- und Lumbalsyndrom. In der bisherigen beruflichen Tätigkeit sei sie ab ca. 1998 zu 20 % sowie seit August 2004 zu 60 % arbeitsunfähig. Für Tätigkeiten im Haushalt sei sie ab August 2004 zu 40 % arbeitsunfähig. Über die Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit befand der RAD nicht, da die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit "Hilfstätigkeiten" ausgeführt habe, die vermutlich eher leichter Natur gewesen seien (IV-Akt. 40). Gestützt darauf stellte die Vorinstanz der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 1. April 2008 mit Wirkung ab dem 1. Mai 2005 eine halbe und mit Wirkung ab dem 1. August 2005 eine Dreiviertelrente in Aussicht (IV-Akt. 45). Diesen Vorbescheid bestätigte sie mit Verfügung vom 8. Oktober 2008 (fehlt in den vorliegenden Akten; vgl. IV-Akt. 61).

C.

Hiergegen erhob die Beschwerdeführerin, nunmehr vertreten durch lic. iur. G. Reljić, am 6. November 2008 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und verlangte die Zusprechung einer ganzen Rente mit

Wirkung ab dem 1. Januar 2004 respektive eventualiter die Rückweisung der Angelegenheit an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung (IV-Akt. 55). Das Bundesverwaltungsgericht hiess mit Urteil C-7045/2008 vom 13. September 2010 die Beschwerde gut, hob die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache zurück an die Vorinstanz zur Einholung eines polydisziplinären (insbesondere psychiatrischen und rheumatologischen) Gutachtens sowie zur Vornahme der Abklärung, ob die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall erwerbstätig und/oder im Haushalt tätig wäre. Zur Begründung führte es aus, Dr. med. B._____ habe sich in ihrer Stellungnahme vom 4. März 2008 nicht mit der im Austrittsbericht der rheumatologischen Abteilung der Klinik C._____ gestellten Diagnose einer Polyarthrose auseinander gesetzt, bei den allgemeinen funktionellen Einschränkungen lediglich "Einschränkungen von Seiten des Rückens und der Psyche (Depression)" erwähnt und die Leistungsfähigkeit in qualitativer Hinsicht nicht beurteilt. Insbesondere habe sie nicht dargelegt, inwiefern die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin angesichts der erhobenen Befunde aus psychiatrischer und rheumatologischer Sicht beeinträchtigt werde. Ebenfalls sei die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 beziehungsweise 60 % nicht nachvollziehbar begründet worden. Alsdann sei mangels Angabe der Spezialisierung der IV-Ärztin unklar, ob sie über die erforderlichen fachlichen Qualifikationen verfüge. Nachdem die vorliegenden Akten kein vollständiges und unbestrittenes Bild über die Anamnese und den Verlauf sowie den gegenwärtigen Status der gesundheitlichen Beschwerden gäben, habe die Vorinstanz schliesslich das medizinische Abklärungsverfahren nicht durch den Aktenbericht von Dr. med. B._____ abschliessen dürfen (IV-Akt. 61).

D.

In Umsetzung des bundesverwaltungsgerichtlichen Entscheids erteilte die Vorinstanz mit Schreiben vom 22. September 2011 dem ärztlichen Begutachtungsinstitut Basel (im Folgenden: ABI) den Auftrag für eine interdisziplinäre medizinische Abklärung (IV-Akt. 95). Am 8. November 2011 ging bei der Vorinstanz ausserdem der durch die Beschwerdeführerin ausgefüllte Fragebogen zur Bestimmung des Status des/der Versicherten vom 19. Oktober 2011 ein (IV-Akt. 101). Mit Schreiben vom 10. Januar 2012 setzte das ABI den Termin zur ärztlichen Begutachtung auf den 28. März 2012 fest (IV-Akt. 114). Die Gutachter des ABI stellten im Gutachten vom 26. April 2012 (im Folgenden: ABI-Gutachten) insgesamt, je ab September 2004, eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % für körperlich schwere Tätigkeiten, von 50 % für körperlich mittelschwere Tätigkeiten sowie von 20 % für körperlich leichte, angepasste berufliche Tätigkeiten fest. In der

Ausübung von häuslichen Tätigkeiten sei die Beschwerdeführerin zu 10 % eingeschränkt (IV-Akt. 124).

Mit Stellungnahme vom 8. Juni 2012 bezeichnete Dr. D. _____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie des regionalen ärztlichen Dienstes Rhône (im Folgenden: RAD), das ABI-Gutachten vom 26. April 2012 als in psychiatrischer Hinsicht überzeugend, weshalb der darin vorgenommenen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu folgen sei (IV-Akt. 133, S. 4). Dr. E. _____, Fachärztin FMH für physikalische Medizin und Rehabilitation, gab in ihrer Stellungnahme vom 3. Juli 2012 die im ABI-Gutachten festgestellten Befunde wieder und bestätigte damit implizit ebenfalls dessen Schlüssigkeit (IV-Akt. 133, S. 5). In der Stellungnahme vom 5. Juli 2012 erklärte RAD-Arzt Dr. F. _____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, gemäss den erwähnten fachärztlichen RAD-Stellungnahmen sei vollumfänglich auf das ABI-Gutachten abzustellen. Die in der Haushaltsführung geltende Einschränkung von 10 % setze sich aus je 5 % Einschränkung in den Bereichen Wohnungspflege sowie Erledigung der Wäsche/Kleiderpflege zusammen (IV-Akt. 133). Mit Vorbescheid vom 13. Juli 2012 kündigte die Vorinstanz der Beschwerdeführerin an, ihr Leistungsbegehren werde abzuweisen sein. Gemäss Art. 27 IVV komme vorliegend die spezifische Methode zur Anwendung. In Auswertung des ABI-Gutachtens sowie aufgrund der Angaben im ausgefüllten Haushaltsfragebogen sei der RAD zur Überzeugung gelangt, dass die Beschwerdeführerin im bisherigen Aufgabenbereich lediglich zu 10 % eingeschränkt sei. Damit liege weder eine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während der Dauer eines Jahres noch ein rentenberechtigender Invaliditätsgrad vor (IV-Akt. 134). In ihrem Einwand vom 12. September 2012 machte die Beschwerdeführerin geltend, aus den vorliegenden Berichten der serbischen Spezialärzte, bei denen sie sich schon seit langer Zeit in Behandlung befinde, gehe klar hervor, dass sie für sämtliche berufliche Tätigkeiten sowie auch Arbeiten im Haushalt zu mindestens 70 % arbeitsunfähig sei (IV-Akt. 139). Mit Verfügung vom 7. November 2012 bestätigte die Vorinstanz ihren Vorbescheid vom 13. Juli 2012 (IV-Akt. 145).

E.

Mit Eingabe vom 12. Dezember 2012 focht die Beschwerdeführerin diese Verfügung beim Bundesverwaltungsgericht an mit den Anträgen, es sei die Verfügung vom 7. November 2011 aufzuheben und ihr mit Wirkung ab dem 1. Januar 2004 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen oder die Sache erneut abzuklären. Zur Begründung macht die Beschwerdeführerin geltend, sie habe in ihrem Einwand vom 12. Juli 2012 und in den früheren

Schreiben an die Vorinstanz begründet, weshalb die Voraussetzungen für eine ganze Invalidenrente erfüllt seien. ABI-Untersuchungen seien öfters diskriminierend. Aus den der Beschwerdeschrift beigelegten fachärztlichen Berichten aus Serbien sei ersichtlich, dass sie zu mindestens 70 % erwerbsunfähig sei.

F.

In ihrer Vernehmlassung vom 18. April 2013 beantragt die Vorinstanz, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung zu bestätigen. Zur Begründung führt sie aus, nichts spräche gegen das eingeholte ABI-Gutachten, weshalb auf dieses sowie die gestützt darauf ergangenen RAD-ärztlichen Stellungnahmen (zuletzt im Rahmen des Beschwerdeverfahrens) vollumfänglich abzustellen sei. Da die Beschwerdeführerin gemäss dem Haushaltsfragebogen beziehungsweise Fragebogen für Versicherte ausschliesslich im Haushalt Tätigkeiten verrichtet habe, sei bei der Invaliditätsbemessung die spezifische Methode gemäss Art. 27 IVV zur Anwendung gelangt.

G.

Die Beschwerdeführerin repliziert am 14. Mai 2013, in der im Beschwerdeverfahren neu eingeholten Stellungnahme habe ein hierzu fachlich offensichtlich nicht geeigneter RAD-Arzt auch ihre psychischen Beschwerden beurteilt. Dem neu eingereichten Austrittsbericht aus einer psychiatrischen Klinik sei zu entnehmen, dass sie aus psychiatrischer Sicht zu mindestens 70 % erwerbsunfähig sei.

H.

In der Duplik vom 17. Juli 2013 hielt die Vorinstanz an ihrer Vernehmlassung vom 18. April 2013 fest. Gemäss der neu eingeholten RAD-ärztlichen Stellungnahme vom 11. Juli 2013 sowie insbesondere dem psychiatrischen Konsultationsbericht vom 4. Juli 2013 hätten sich aus den neu vorliegenden Berichten keine zusätzlichen Sachverhaltselemente ergeben, die auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin hindeuteten.

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

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1

Gemäss Art. 31 in Verbindung mit Art. 33 Bst. d des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32) 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 schweizerischen IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA.

Im Streit liegt die Verfügung der IVSTA (Vorinstanz) vom 7. November 2012. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist damit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2 Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der Verfügung vom 7. November 2012 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass sie im Sinne von Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) beschwerdelegitimiert ist.

1.3 Auf die frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG und Art. 52 des Verwaltungsverfahrensgesetzes vom 20. Dezember 1968 [VwVG, SR 172.021]) eingereichte Beschwerde ist – nachdem der eingeforderte Kostenvorschuss fristgerecht überwiesen wurde – einzutreten.

2.

Vorab sind die im vorliegenden Verfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

2.1 Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 7. November 2012) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Dies gilt jedoch nicht für Berichte, die mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

2.2 Intertemporal sind grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, Urteil des Bundesgerichts 8C_419/2009 vom 3. November 2009). 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).

2.2.1 Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, ist der Leistungsanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (BGE 130 V 445).

Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil Bundesgericht 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen 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 Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. Trat der Versicherungsfall allerdings vor dem 1. Januar 2008 ein und wurde die Anmeldung bis spätestens Ende Juni 2008 eingereicht, so gilt das alte Recht (BGE 138 V 475).

2.2.2 Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. November 2012 in Kraft standen; weiter aber auch alle übrigen Vorschriften, die für die Beurteilung der streitigen Verfügung im vorliegend massgeblichen Zeitraum von Belang sind. Damit ist 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 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) 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 in sachlicher sowie zeitlicher Hinsicht anwendbar sind.

2.3 Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 (SR 0.831.109.818.1) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 203 E. 2b, 122 V 382 E. 1, 119 V 101 E. 3). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien und Mazedonien), nicht aber mit Serbien oder mit dem Kosovo, neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für die Beschwerdeführerin als Bürgerin von Serbien findet demnach weiterhin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 Anwendung. Nach Art. 2 dieses Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Bestimmungen, die hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente und der anwendbaren Verfahrensbestimmungen von dem in Art. 2 des Abkommens aufgestellten Grundsatz der Gleichstellung abweichen, finden sich weder im Abkommen selbst noch in den seitherigen schweizerisch-jugoslawischen Vereinbarungen. Die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung des Invaliditätsgrades und der Rentenhöhe richten sich demnach allein nach den schweizerischen Rechtsvorschriften, insbesondere dem IVG, der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 832.201), dem ATSG sowie der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

2.4 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 Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

2.5 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und

vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen). 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.

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht das Gesuch der Beschwerdeführerin um Zusprechung einer schweizerischen Invalidenrente abgewiesen hat.

3.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 7, 8, 16 ATSG; Art. 4, 28, 28a, 29 IVG) und beim Versicherungsfall mindestens während dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat. Diese zwei Bedingungen müssen kumulativ erfüllt sein.

Die Beschwerdeführerin hat in der Schweiz während der Dauer von 23 Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet, womit die beitragsmässigen Voraussetzungen für den Bezug einer ordentlichen Invalidenrente erfüllt sind. Zu prüfen bleibt damit, ob und gegebenenfalls ab wann sowie in welchem Umfang die Beschwerdeführerin als invalid im Sinne des Gesetzes zu betrachten ist.

3.2 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 respektive der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein

medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 127 V 294 E. 4c in fine, 102 V 165; AHJ 2001 S. 228 E. 2b).

3.3 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). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

3.4 Der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität beurteilt sich nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der ab dem 1. Januar 2008 gültigen Fassung). Hiernach haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c).

Die massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Gemäss Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der Europäischen Gemeinschaft, denen bei einem Invaliditätsgrad ab 40 Prozent eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft Wohnsitz haben. Diese Ausnahme ist vorliegend indessen nicht gegeben.

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

3.5.1 Der Einkommensvergleich bei Erwerbstätigen hat in der Regel so zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode).

3.5.2 Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, welche im Aufgabenbereich (meistens im Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann (Art. 8 Abs. 3 ATSG), wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich in diesem Aufgabenbereich zu betätigen (spezifische Bemessungsmethode, vgl. Art. 28 Abs. 2^{bis} IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung, bzw. Art. 28a Abs. 2 IVG in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

3.5.3 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder teilzeitlich erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, was je zur Anwendung einer

anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, spezifische Methode, gemischte Methode) führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind 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 Verfügungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 125 V 146 E. 2c mit Hinweisen).

Aus den vorliegenden Verfahrensakten (insbesondere den allgemeinen Erhebungen im ABI-Gutachten vom 26. April 2012, Ziffer 6.1 [IV-Akt. 124] sowie der Antwort zur Frage 5.d im Fragebogen für den Versicherten vom 19. September 2007 [IV-Akt. 19, S. 5-6]) ist ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin seit ihrer Ausreise aus der Schweiz im Jahr 1996 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen ist. Gemäss Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten vom 10. September 2007 (IV-Akt. 19 S. 1-4) arbeite sie aktuell im Haushalt sowie im Garten. Im Fragebogen zur Bestimmung des Status der/des Versicherten vom 19. Oktober 2011 gab sie in den Ziffer 7f. als aktuelle (Teilzeit-Erwerbs-) Tätigkeiten Kochen, Waschen, Putzen, Einkaufen und Pflege der Mutter an (IV-Akt. 101). Hierbei handelt es sich um Arbeiten der Haushaltsführung, womit die Beschwerdeführerin als eine im Haushalt tätige Versicherte zu qualifizieren ist. Ihre Antwort auf die Frage 2. im Fragebogen zur Bestimmung des Status der/des Versicherten (IV-Akt. 101), sie würde ohne Einschränkung der Gesundheit einer lukrativen Erwerbstätigkeit nachgehen (Garten, Gemüseanbau, Schafe züchten), ändert nichts an dieser Einschätzung, nachdem entsprechende Betätigungsnachweise bis zum Eintritt des Gesundheitsschadens in den vorliegenden Unterlagen fehlen. Damit ist die Invalidität der Beschwerdeführerin in Anwendung der spezifischen Bemessungsmethode (Betätigungsvergleich) zu ermitteln.

3.6 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand

zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a).

3.7 Zu bemerken bleibt, dass auf Grund des im gesamten Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht ein invalider Versicherter gehalten ist, innert nützlicher Frist Arbeit im angestammten oder einem anderen Berufs- oder Erwerbszweig zu suchen und anzunehmen, soweit sie möglich und zumutbar erscheint (BGE 113 V 28 E. 4a, 111 V 239 E. 2a). Deshalb ist es am behandelnden Arzt bzw. am Vertrauensarzt einer IV-Stelle aus medizinischer Sicht zu bestimmen, in welchem Ausmass ein Versicherter seine verbliebene Arbeitsfähigkeit bei zumutbarer Tätigkeit und zumutbarem Einsatz auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt einsetzen kann. Die Arbeitsmöglichkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen.

4.

Bis zum Erlass des Urteils C-7045/2008 des Bundesverwaltungsgerichts vom 13. September 2010 (vgl. Sachverhalt Bst. C) lagen insbesondere die nachfolgenden Berichte vor:

4.1 Im Kurzgutachten vom 10. Januar 2006 erklärte die Neuropsychiaterin Dr. G._____, die Versicherte beklage Schlaflosigkeit, Nervosität, Angespanntheit, Lustlosigkeit, Ermüdung, Schmerzen in der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie Ameisenkriechen in drei Fingern der rechten Hand. Aufgrund einer persönlichen Untersuchung der Versicherten stellte sie die Diagnosen:

- Depressio recurrens (ICD-10 F33),
- Status post Myopericarditidem,
- Hypertensio arterialis,
- Cor hypertensivum incip.,
- Syndroma cervicalae et lumbalae chr.

In psychiatrischer Hinsicht bestünden aktuell weder psychotische Komponenten noch periphere Ausfälle. Es liege kein voller Verlust der Arbeitsfähigkeit vor (IV-Akt. 7).

4.2 Die Ärztinnen Prim. Dr. sc. med. H. _____ und Prof. Dr. J. _____, Ärztin für innere Medizin, stellten nach der Hospitalisation der Versicherten im Institut für Prävention, Behandlung und Rehabilitation rheumatischer und kardiovaskulärer Krankheiten C. _____ vom 21. August bis zum 2. September 2006 die folgenden Diagnosen:

- chronisches Zervikal- und Lumbalsyndrom (ICD-10 M47.8),
- Polyarthrosis inc.,
- Status post hysterectomiam totalis.

Die Versicherte leide bereits seit fünf bis sechs Jahren an Schmerzen im Nacken, Lendenwirbelbereich sowie in den Fussknöcheln. Die Schmerzen in der Wirbelsäule würden teilweise begleitet von Kopfschmerzen und Schwindelgefühlen. Störungen anderer Organe oder Systeme seien indessen nicht bekannt. Die beginnenden degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und der peripheren Gelenke seien mittels balneophysikalischer Therapie behandelt worden mit dem Erfolg, dass die Schmerzen abgenommen hätten und die Beweglichkeit verbessert worden sei (IV-Akt. 34).

4.3 Im Bericht vom 21. Dezember 2007 diagnostizierte ein Psychiater (Name nicht entzifferbar)

- eine schwere rezidivierende depressive Störung ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2),

- ein zervikozephalisches Syndrom mit ungenügender VB,
- vaskuläre Schwindelanfälle.

Der psychiatrische Zustand sei geprägt durch eine diffuse, nicht psychotische Besorgnis, eine geringe Frustrationstoleranz, eine Hyperthymie (Zustand erhöhter Betriebsamkeit), eine depressionsbedingte Polarität, eine Hypobulie (herabgesetzte Willenskraft) und den Verlust des Lebensschwunges. Diese Störungen würden seit Jahren bestehen und hätten eine Tendenz zur Verschlechterung (IV-Akt. 37).

5.

Nach dem bundesverwaltungsgerichtlichen Rückweisungsauftrag gingen verschiedene neue medizinische Unterlagen bei der Vorinstanz ein. Diese sind nachfolgend wiederzugeben (soweit die grösstenteils handschriftlichen verfassten serbischen Arztberichte entzifferbar sind).

5.1 Die Ärzte Dr. K._____ (Psychiater) und Dr. L._____ (Neuropsychiater) hätten die Versicherte in der Zeit vom 6. bis zum 28. Dezember 2004 bereits zum zweiten Mal im medizinischen Zentrum M._____ behandelt. Als Diagnosen erkannten sie eine rezidivierende Depression ohne schwere Psychosen, bei gegenwärtig schwerer Episode (ICD-10 F33.2), ein Zervikozephal-Syndrom sowie eine ungenügende VB. Der psychische Status werde bestimmt durch eine depressionsbedingt polarisierte Hyperthymie (Zustand erhöhter Betriebsamkeit), eine Hypobulie (herabgesetzte Willenskraft), eine "Hypochoemie", eine Anhedonie (Unfähigkeit, Freude und Lust zu empfinden) und eine depressive Grübeleien im Denkstrom. Der Klinikaufenthalt habe zwar eine gewisse Reduzierung der psychischen Störungen erlaubt, die andauernde Tendenz sei indessen verblieben und übe eine zunehmende Einschränkung der persönlichen Funktionstüchtigkeit aus (IV-Akt. 105).

5.2 Gemäss dem Bericht vom 8. Juli 2010 sei die Versicherte infolge von Rückenschmerzen (ICD-10 M54) in der Zeit vom 28. Juni bis zum 10. Juli 2010 in der Rehabilitationsklinik, Institut für Behandlung und Rehabilitation C._____ hospitalisiert worden. Im Austrittszeitpunkt seien die Diagnosen Dorsalgia (ICD-10 M54) sowie Zervikal- und Lumbalsyndrom gestellt worden. Während des Aufenthaltes seien die Schmerzen im Nacken, in der Wirbelsäule und in den Füßen mittels Hydrotherapie, Hydromassage, Bädern sowie einem individuellen kinesiotherapeutischen Programm, insbesondere Übungen für den Erhalt der Wirbelsäulenbeweglichkeit sowie die Stärkung der Muskulatur des Ober- und

Unterkörpers, reduziert worden. Bei der Entlassung aus der Klinik seien der Versicherten die Fortsetzung dieser Übungen sowie regelmässige Kontrollen bei einem guten Physiotherapeuten an ihrem Heimatort empfohlen worden (IV-Akt. 88).

5.3 Im Bericht des Gesundheitszentrums M._____ vom 18. August 2011 wurden im Zusammenhang mit der Hospitalisierung der Versicherten vom 17. bis zum 28. Mai 2010 die Diagnosen einer rezidivierenden Depression ohne schwere Psychosen, bei gegenwärtig schwerer Episode (ICD-10 F33.2) gestellt. Die Versicherte sei wegen einer psychischen Krise im Notfalldienst der Klinik aufgenommen worden. Während des Aufenthalts sei die Pharmakotherapie korrigiert worden, wodurch sich die Störungsintensität habe reduzieren lassen. Dennoch verbleibe eine "anhaltende Tendenz", welche das berufliche, private und persönliche Funktionieren einschränke. Die indizierte Medikation werde die Versicherte nach der Entlassung aus der Klinik fortsetzen (IV-Akt. 91).

5.4 In der Medikamentenverordnung betreffend die Untersuchung vom 19. Oktober 2011 stellte ein unbekannter Arzt (weder Name noch Fachgebiet ist dem Zettel zu entnehmen) die Diagnosen einer rezidivierenden Depression, bei gegenwärtig schwerer Episode (ICD-10 F33.2), einer "schweren NOP" (Abkürzung unbekannt), vaskulärer Kopfschmerzen sowie eines Zervikozephal-Syndroms. Die Versicherte habe im Rahmen ihrer psychischen Erkrankung dekompenziert (der restliche Bericht ist nicht entzifferbar; IV-Akt. 125).

5.5 Die Psychiaterin Dr. med. N._____ stellte in einer Medikamentenverordnung des Jahres 2011 (das genaue Datum ist nicht entzifferbar) unter anderem die Diagnose ICD-10 F33 (die weiteren Diagnosen sind ebenfalls nicht entzifferbar; IV-Akt. 125).

5.6 In den Medikamentenverordnungen vom 1. Dezember 2011 sowie vom 2. März 2012 führte Dr. K._____ die Diagnosen einer rezidivierenden Depression, bei gegenwärtig schwerer Episode (ICD-10 F33.2), einer "schweren NOP", vaskulärer Kopfschmerzen sowie eines Zervikozephal-Syndroms auf. Die Versicherte leide an andauernden Störungen sowie aktuellen, sehr ungünstigen Lebensbedingungen. Der Wille sowie die Instinkte seien reduziert. Die Versicherte sei nicht arbeitsfähig (IV-Akt. 126).

5.7 Im Bericht von Dr. med. N. _____ vom 23. Januar 2012 wurde ein lumbosakrales Syndrom sowie eine weitere, nicht entzifferbare Diagnose gestellt (IV-Akt. 127).

5.8 Im Arztbericht vom 30. Januar 2012 stellte Dr. O. _____ die Diagnosen einer Osteoporose sowie einer beidseitigen Verspannung. Er habe die Versicherte aufgefordert, sich einer Knochendichtenmessung zu unterziehen (IV-Akt. 118 und 127).

5.9 Im Arztbericht vom 2. März 2012 stellte ein Psychiater (Name nicht entzifferbar) die Diagnosen medizinische Depression, bei gegenwärtig schwerer Episode (ICD-10 F33.2), vaskuläre Kopfschmerzen, sakrolumbale Symptome und Nacken- sowie Kopfschmerzen (IV-Akt. 120).

5.10 Im ABI-Gutachten vom 26. April 2012 diagnostizierten die Gutachter bei der Versicherten in psychiatrischer Hinsicht eine

- rezidivierende depressive Störung, bei gegenwärtig leichter Episode (ICD-10 F33.0),
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4).

Die depressive Störung schränke die Arbeitsfähigkeit zu 20 % ein. Die somatoforme Schmerzstörung habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Eine den körperlichen Einschränkungen angepasste berufliche Tätigkeit sei ihr zu 80 % respektive – bei der Möglichkeit zu vermehrten Pausen zur Kompensation der depressionsbedingt erhöhten Ermüdbarkeit – zu 100 % zumutbar. Im Haushalt bestehe aus psychiatrischer Sicht aufgrund der freien zeitlichen Einteilung der Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Diese Beurteilung gelte gesichert erst ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung. In rheumatologischer Hinsicht stellen sie die Diagnosen:

- chronisches lumbal- und zervikalbetontes Panvertebralsyndrom (ICD-10 M53.8) mit
 - leichten degenerativen Veränderung der Lenden- und Halswirbelsäule (aktuelles Röntgen),
 - begleitenden myofaszialen Nacken-Schultergürtel- und Lenden-Becken-Hüftsyndrom,
 - intermittierender zervikozephaler Symptomatik,

- beidseits leichte mediale und femoropatelläre Gonarthrose (ICD-10 M17.0),
- beidseits belastungsabhängige Vorfussschmerzen bei
 - geringen Spreizfüssen,
 - Adipositas (ICD-10 M21.6).

Das rheumatologische Beschwerdebild entspreche einer (altersentsprechenden) mechanisch-degenerativen Symptomatik ohne Hinweise auf eine spezifische Erkrankung des Bewegungsapparates. In rheumatologischer Hinsicht sei die Arbeitsfähigkeit in körperlich schweren beruflichen Tätigkeiten zu 80 % und körperlich mittelschweren beruflichen Tätigkeiten zu 50 % eingeschränkt. Für körperlich leichte berufliche Tätigkeiten mit einer nur leichten Rückenbelastung bestehe indessen eine volle Arbeitsfähigkeit. Für die Tätigkeit als Hausfrau mit teilweise mittelstarker körperlicher Belastung und der Möglichkeit zu selbständiger Einteilung des Pensums sowie regelmässigen Pausen sei die Arbeitsfähigkeit um 10 % vermindert. Gemäss der Akten gelte diese Einschränkung seit September 2004 (erste stationäre Behandlung in Serbien). Eine Knochendichtemessung sei angesichts des Alters sinnvoll. Der Nachweis einer Osteoporose würde jedoch weder das subjektive Beschwerdebild erklären noch eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Aus allgemeininternistischer Sicht seien lediglich Diagnosen ohne eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen, und zwar

- atypische Thoraxschmerzen (ICD-10 R07.4) mit
 - Repolarisationsstörung antero (-lateral),
- Adipositas mit BMI 34 Kilogramm/m² (ICD-10 E 66.0).

Die Einschränkungen aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht ergänzten sich gegenseitig bezüglich möglicher Pausen. Für beide Bereiche gelte damit die Arbeitsunfähigkeit von 80 % für körperlich schwere Tätigkeiten sowie von 50 % für körperlich mittelschwere Tätigkeiten. Für körperlich leichte, angepasste berufliche Tätigkeiten sei die Versicherte zu 80 % ganztags arbeits- und leistungsfähig, bei erhöhtem Pausenbedarf. Diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelte ab September 2004. Während in psychiatrischer Hinsicht lediglich in der Zeit der Hospitalisationen 2004 und 2010 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei, könne in rheumatologischer Hinsicht nicht ausgeschlossen werden, dass bei akuten Beschwerdeexazerbationen im Bereich des Bewegungsappa-

rates vorübergehend höhere Arbeitsunfähigkeiten vorgelegen hätten. Infolge der aktuellen klinischen und radiologischen Befunde ohne eine höhergradige Pathologie könne indessen weitgehend ausgeschlossen werden, dass in den früheren Jahren langfristig eine somatisch begründbare höhere Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. In der Ausübung von häuslichen Tätigkeiten sei die Versicherte insgesamt zu 10 % eingeschränkt (IV-Akt. 124).

6.

Folgende Berichte hat die Beschwerdeführerin in ihren Eingaben ans Bundesverwaltungsgericht eingereicht.

6.1 Ein Psychiater (Name unleserlich) eines Gesundheitszentrums in M._____ erklärte im Bericht vom 21. Juni 2012, der Psychostatus der Versicherten werde dominiert durch eine reduzierte Frustrationstoleranz sowie eine depressionsbedingt polarisierte Grundstimmung und stellte die Diagnosen:

- schwere rezidivierende depressive Störung ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2),
- symptomatische Zephalaea (ICD-10 G44),
- Zervikozephalosyndrom.

6.2 Gemäss dem Austrittsbericht vom 27. September 2012 sei die Versicherte vom 17. bis zum 27. September 2012 in der rheumatologischen Klinik des Instituts für Behandlung und Rehabilitation C._____ behandelt worden. Bei ihrer Entlassung wurden die nachfolgenden Diagnosen gestellt:

- Spondylosis cervicalis et lumbalis (ICD-10 M47),
- Polyarthrosis,
- Depressio.

Die Hospitalisierung habe die Behandlung sowie Rehabilitation infolge der Hals- und Lendenwirbelsäulenschmerzen sowie der Schmerzen bei Bewegungen des Knies sowie des Fusses bezweckt. Die vorgenommenen Untersuchungen hätten gezeigt, dass die Versicherte an rheumatisch bedingten degenerativen Veränderungen leide.

6.3 Im Bericht vom 2. Oktober 2012 diagnostizierte Dr. P._____ eine Spondylosis cervicalis et lumbalis (ICD-10 M49).

6.4 Im Arztbericht vom 2. November 2012 stellte Dr. K._____ , behandelnder Psychiater der Versicherten, die Diagnosen:

- schwere rezidivierende depressive Störung ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2),
- vaskuläre Zephalgie (ICD-10 G44.1),
- Zervikalgie (ICD-10 M54.2).

Die Versicherte habe ihn infolge intensiver psychiatrischer Störungen bewirkt durch unvorteilhafte Lebensumstände konsultiert. Der psychiatrische Status werde dominiert durch Angstattacken, eine reduzierte Frustrationstoleranz, eine polymorphe Somatisierung, eine depressionsbedingt polarisierte Grundstimmung sowie ein eingeschränkter Wille respektive Naturtrieb.

6.5 Der Orthopäde Dr. P._____ behandelte die Versicherte am 4. Dezember 2012 aufgrund der Diagnose Gonarthrosis, non specificata (ICD-10. M17.9). Er erklärte, die Versicherte leide seit Jahren an Schmerzen der Wirbelsäule und des rechten Knies und stelle eine Deformierung sowie eine Bewegungsbeschränkung in beiden Knien, mehr rechts als links, fest. Im rechten Knie liege eine Knochenvertiefung vor, die eine sichtbar abgegrenzte Schwellung in der Grösse eines Hühnereies verursache, welche die Kniebeweglichkeit einschränke. Insgesamt stellte er die folgenden Diagnosen:

- Gonarthrosis bill. praec. lat. (ICD-10. M17.9),
- Cystis synovialis poplitea lat. dex (Baker; ICD-10 M71.2),
- Sy. cervicalis et lumbalis chr. (ICD-10 M54.2, M54.9).

6.6 Der Neuropsychiater Dr. Q._____ beschrieb im entsprechenden Austrittsbericht den Aufenthalt der Versicherten im allgemeinen Spital M._____ vom 27. April bis zum 13. Mai 2013. Bei Spitaleintritt sei der psychische Zustand der Versicherten durch Besorgnis, eine geringe Frustrationstoleranz, polymorphe Somatisierungsstörungen und eine depressionsbedingt polarisierte Grundstimmung geprägt gewesen. Während des Aufenthaltes hätte sich die psychopathologische Phänomenologie reduziert und die Versicherte sei zur Fortsetzung der medikamentösen

Therapie nach der Entlassung angehalten worden. Die Versicherte könne keiner Arbeit nachgehen.

7.

In seiner, durch die Vorinstanz im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingeholten Schluss-Stellungnahme vom 10. April 2013 hielt der RAD aufgrund der im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Arztberichte (vgl. E. 6) sowie namentlich aufgrund des ABI-Gutachtens vom 26. April 2012 (vgl. E. 5.10) die nachfolgenden Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest:

- chronisches lumbal- und zervikalbetontes Panvertebralsyndrom (ICD- M53.8),
 - leichte degenerative Veränderungen von Lenden- und Halswirbelsäule,
 - beginnende myofasiales Nacken-Schultergürtel- und Lenden-Becken-Hüftsyndrom,
 - intermittierende zervikozepale Symptomatik,
- beidseits leichte mediale und femoropatelläre Gonarthrose (ICD-10 M17.0),
- beidseits belastungsabhängige Vorfußschmerzen bei geringem Spreizfuß und bei Adipositas (ICD-10 M21.6; E66),
- häufig wiederkehrende depressive Störung bei aktuell leichter Episode (ICD-10 F33.0) sowie bei anamnestisch aufgetretenen schweren Episoden (ICD-10 F33.2).

Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten die Diagnose der atypischen Thoraxschmerzen und der Adipositas mit einem BMI von 34 Kilogramm/m². Die Versicherte sei in Arbeiten im Haushalt zu 10 % seit dem 28. März 2012 (Begutachtungszeitpunkt) eingeschränkt. Eine vollzeitige berufliche Tätigkeit sei der Versicherten zumutbar, wobei die folgenden funktionellen Einschränkungen zu berücksichtigen seien:

- wechselbelastende Arbeitsposition,
- maximal 15 Kilogramm Tragelast,
- Ausschluss schwerer Arbeiten,
- möglichst wenig Verantwortung,

- reduzierte Stressrezeptoren,
- ohne Erfordernis wiederholter drehender Bewegungen des Rumpfes,
- keine Überhang-Bewegungen,
- keine andauernden Arbeiten in der Hocke.

Hinsichtlich der durch die Orthopädin erwähnten Baker-Erkrankung sei keine andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Oftmals werde auf einen diesbezüglichen chirurgischen Eingriff verzichtet, da ein Rückfall zu erwarten sei. Dass der psychische Zustand in den neuen Berichten als verschlechtert beschrieben werde, erstaune nicht, da ein depressiver Zustand schwankend sein könne. Die weiteren erwähnten Erkrankungen seien nicht neu und bereits in ihrer früheren RAD-Stellungnahme gewürdigt worden.

8.

Zusammenfassend dominieren bei der Beschwerdeführerin die Schmerzen in somatischer Hinsicht im Nacken und Rückenbereich sowie die Gonarthrose des rechten Knies. Die im ABI-Gutachten diesbezüglich getroffene Feststellung, es handle sich bei diesen Erkrankungen um altersentsprechende degenerative Veränderungen, erscheint überzeugend. Die in den serbischen Arztberichten teilweise zur Diagnose erhobene, zu einem früheren Zeitpunkt erfolgte Entfernung der Gebärmutter (Status post hysterectomiam totalis) sowie die durchgestandene Herzinnenhautentzündung (Status post Myopericarditidem) finden im ABI-Gutachten zwar keine Erwähnung. Da keine Hinweise für einen problematischen postoperativen respektive Wiederauftreten einer Entzündung vorliegen, sind aus den erwähnten Diagnosen indessen auch keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Hinsichtlich der im Arztbericht vom 30. Januar 2012 durch Dr. O. _____ (E. 5.8) gestellten Diagnose der Osteoporose hielten die Gutachter im ABI-Gutachten auf der Seite 17 fest, dass eine solche weder das subjektive Beschwerdebild erklären noch eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen würde. In den Hospitalisationsberichten des Instituts für Behandlung und Rehabilitation C. _____ vom September 2006 (E. 4.2) sowie von September 2012 (E. 6.2) wurde bei der Beschwerdeführerin jeweils eine Polyarthrose ohne weitere Angaben diagnostiziert. Diese Diagnose wurde in den beiden Berichten jedoch nicht begründet. Aus den Berichten geht deshalb insbesondere nicht hervor, welche Körperbereiche von der diagnostizierten Polyarthrose betroffen seien. Damit ist aufgrund der im ABI-Gutachten sowie

im Bericht von Dr. P._____ vom 4. Dezember 2012 (E. 6.5) getroffenen Feststellungen davon auszugehen, dass – neben den degenerativen Veränderungen der Lenden- und Halswirbelsäule – eine Arthrose aktuell lediglich bezüglich des rechten Knies diagnostiziert werden kann. In Bezug auf die im erwähnten Bericht von Dr. P._____ vom 4. Dezember 2012 diagnostizierte Synovialzyste im Bereich beider Kniekehlen (Baker-Zyste) hielt der RAD – ergänzend zum ABI-Gutachten – in nachvollziehbarer Weise fest, dass durch diese keine andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei (E. 7).

8.1 In psychischer Hinsicht wurde einheitlich die Diagnose einer rezidivierenden Depression im Sinne der ICD-10 F33 gestellt. In den serbischen Berichten der Jahre 2004 bis 2012 wurde zumeist eine gegenwärtig schwere Episode im Sinne der ICD-10 F33.2 angegeben oder – ohne Angabe des Schweregrades – auf die ICD-10 F33 verwiesen. Im ABI-Gutachten vom 26. April 2012 demgegenüber wurde eine rezidivierende depressive Störung, bei gegenwärtig leichter Episode im Sinne der ICD-10 F33.0 diagnostiziert. Der RAD übernahm diese Diagnose in seiner Schluss-Stellungnahme vom 10. April 2013, wobei er auf die anamnestisch dokumentierten schweren Episoden der Depression verwies. Dass die serbischen Psychiater in den, im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte des Jahres 2012 eine schwere Episode respektive ein verschlechterter psychischer Zustand beschrieben hätten, erstaune nicht, da eine Depression Schwankungen des Zustands unterliege (E. 7).

9.

Nach ständiger Praxis des Bundesgerichts soll von ärztlichen Gutachten, die den Qualitätsanforderungen entsprechen, nicht ohne zwingende Gründe abgewichen werden, ist es doch Aufgabe der medizinischen Experten, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen (BGE 125 V 351 E. 3 b/aa). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 122 V 160 E. 1c mit Hinweisen).

9.1 Das durch die Vorinstanz eingeholte ABI-Gutachten genügt den erwähnten Anforderungen an ein Gutachten. Die Gutachter setzten sich mit den bereits vorliegenden medizinischen Unterlagen ausführlich auseinander, klärten nicht nur die subjektiven Klagen, sondern auch die körperlichen respektive psychischen Leiden umfassend ab und nahmen in der Folge in detaillierter Weise zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin Stellung. Die diesbezüglichen medizinischen Ausführungen sind nachvollziehbar, schlüssig und vollständig. Die Schlussfolgerungen sind begründet.

9.2 An dieser Schlussfolgerung ändern auch die weiteren Arztberichte nichts, auf die sich die Beschwerdeführerin in ihren Eingaben ans Bundesverwaltungsgericht beruft. Entgegen ihrer Ausführungen kann aufgrund dieser Berichte nicht auf eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 % für jede berufliche Tätigkeit respektive für Arbeiten im Haushalt geschlossen werden. So enthalten die wenigstens der eingereichten serbischen Arztbericht überhaupt eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Die in einigen Berichten getroffene Feststellung, die Beschwerdeführerin sei aus psychischen Gründen nicht arbeitsfähig, wurde in keinem der Berichte nachvollziehbar begründet. Überdies wurde kein eindeutiger Arbeitsunfähigkeitsgrad angegeben. Einerseits darf und soll in diesem Zusammenhang der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc). Andererseits ist für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit angesichts einer psychischen Erkrankung zu prüfen, ob der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit (bzw. der Fähigkeit, sich im bisherigen Aufgabebereich zu betätigen) sozialpraktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar ist (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; BGE 102 V 165). Eine solche Prüfung ist den erwähnten Berichten der serbischen Psychiater ebenfalls nicht zu entnehmen.

Damit hat der RAD in seiner Schluss-Stellungnahme vom 10. April 2013 zu Recht gestützt auf das ABI-Gutachten ab dem 28. März 2012 (Begutachtungszeitpunkt) eine Arbeitsunfähigkeit von 10 % für Tätigkeiten im Haushalt festgestellt (E. 7; vgl. E. 3.5.3 Abs. 2). Dieser Invaliditätsgrad berechtigt nicht zu einer schweizerischen Invalidenrente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

9.3 Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen. Entsprechend ist die angefochtene Verfügung vom 7. November 2012 zu bestätigen.

10.

Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen, die sich aus der Gerichtsgebühr und den Auslagen zusammensetzen (vgl. Art. 63 Abs. 1 VwVG). Sie werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache im vorliegenden Verfahren auf Fr. 400.– festgesetzt (Art. 63 Abs. 4^{bis} VwVG sowie Art. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]) und mit dem bereits geleisteten Verfahrenskostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

Der unterliegenden, juristisch vertretenen Beschwerdeführerin wird keine Parteientschädigung zugesprochen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario). Die obsiegende Vorinstanz hat nach Art. 7 Abs. 1 e contrario und Abs. 3 VGKE auch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 400.– werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

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)

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Ronald Flury

Marion Sutter

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: 23. September 2014