



Urteil vom 8. Februar 2013

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),
Richterin Franziska Schneider,
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,
Gerichtsschreiberin Patrizia Levante.

Parteien

A._____,
vertreten durch lic. iur. Kaspar Gehring, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführerin,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenrente; Verfügung der IVSTA vom 19. Februar 2010.

Sachverhalt:**A.**

Die am (...) 1952 geborene und in Deutschland wohnhafte Schweizer Bürgerin A._____ (nachfolgend: Versicherte oder Beschwerdeführerin) war von Mai 1984 bis April 2006 bei der Schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung versichert und leistete in dieser Zeit Beiträge (act. IV/58). Zuletzt arbeitete sie vom 1. April 2001 bis 30. September 2004 als Kundenbetreuerin bei der B._____ in Z._____ (act. IV/24). Anschliessend war sie bis Ende April 2006 arbeitslos gemeldet und bezog Arbeitslosentaggelder (act. IV/58). Seit Mai 2006 ist sie als Hausfrau tätig (act. IV/3, 10). Am 16. November 2008 (act. IV/3) stellte die Versicherte bei der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) einen Antrag auf eine Schweizer Invalidenrente (Eingang: 2. März 2009; vgl. auch die Formulare E 204 und E 207, act. IV/25, 27). Zur Begründung gab sie an, sie sei an Multipler Sklerose erkrankt. Die Krankheit bestehe seit dem 12. November 2007 (act. IV/3 Ziff. 6.1–6.3).

B.

Mit Vorbescheid vom 3. Dezember 2009 (act. IV/49) teilte die IVSTA der Versicherten mit, es liege keine rentenanspruchs begründende Invalidität vor, weshalb das Leistungsbegehren abgewiesen werden müsse.

C.

Die Versicherte erhob gegen diesen Bescheid mit Schreiben vom 29. Dezember 2009 Einwände (act. IV/50). Sie machte zum einen geltend, dass der Vorbescheid ungenügend begründet sei. Zum anderen führte sie aus, dass vor allem ihre Beine von der Multiplen Sklerose betroffen seien. Mit Hilfe des Rollators könne sie nur noch eine kurze Strecke bewältigen. Durch die Fehlhaltung beim Gehen hätten sich zudem die vorbestehenden Rückenschmerzen verstärkt. Den Haushalt könne sie (abgesehen von leichteren Haushaltsarbeiten) nicht mehr selber bewältigen. Mental sei sie nicht eingeschränkt, aber sie sei aufgrund der Krankheit vermehrt müde und nicht mehr so belastbar. Daher sei sie in einer ihrer Ausbildung entsprechenden Anstellung nur noch zu ca. 50% arbeitsfähig. Die Versicherte beantragte eine nochmalige Prüfung ihrer gesundheitlichen Situation und die Zusprechung einer Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 50%.

D.

Mit Verfügung vom 19. Februar 2010 (act. IV/54) wies die IVSTA in Bestätigung ihres Vorbescheids das Leistungsbegehren der Versicherten ab. Sie führte aus, dass keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorliege. Trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung seien der Versicherten eine Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich sowie eine dem Gesundheitszustand angepasste gewinnbringende Teilzeittätigkeit noch immer in rentenausschliessender Weise zumutbar. Gestützt auf die Feststellungen ihres ärztlichen Dienstes ging die IVSTA davon aus, dass die Versicherte in einer 80%igen Tätigkeit als Kundenberaterin nicht eingeschränkt sei und in der Haushaltsarbeit (Anteil 20%) eine Einschränkung von 5% bestehe, was eine Behinderung von 1% ergebe. Sie kam zum Schluss, dass die von der Versicherten vorgebrachten Einwände keine neuen Elemente enthielten und nichts an der Richtigkeit des Vorbescheids zu ändern vermöchten. Die IVSTA verneinte daher weiterhin eine anspruchsbegründende Invalidität.

E.

Gegen diese Verfügung liess die Beschwerdeführerin durch ihren Rechtsvertreter mit Eingabe vom 19. März 2010 (act. 1) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht (Poststempel: 19. März 2010, Eingang: 22. März 2010) erheben und die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprechung der gesetzlichen Leistungen beantragen, insbesondere die Verpflichtung der Vorinstanz, der Beschwerdeführerin – allenfalls nach Durchführung weiterer Abklärungen – eine Invalidenrente auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Vorinstanz. Zur Begründung wurde zusammengefasst ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin durch die Multiple Sklerose weitaus mehr eingeschränkt sei als von der Vorinstanz angenommen und zumindest ein rentenbegründender Invaliditätsgrad ausgewiesen sei. Die Auswirkungen der Krankheit würden sich vor allem in den Beinen und vermehrter Ermüdbarkeit zeigen. Aufgrund dieser Einschränkungen könne die Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Kundenbetreuerin, welche Mobilität erfordere, nicht mehr bewältigen. In einer den Behinderungen angepassten Tätigkeit bestehe höchstens eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Mittelschwere und schwere Tätigkeiten sowie Tätigkeiten, bei welchen man auf Mobilität angewiesen sei, seien überhaupt nicht mehr möglich. Auch im Haushalt seien nur noch ganz leichte Tätigkeiten möglich. Die in der angefochtenen Verfügung getroffenen Annahmen seien daher unrealistisch und es sei zudem eine Haushaltabklärung nachzuholen.

F.

In ihrer Vernehmlassung vom 14. Juli 2010 (act. 8) beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde. Sie führte im Wesentlichen aus, dass sie bei der Invaliditätsbemessung auf die von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben abgestellt habe, wonach sie heute bei voller Gesundheit in einer der früheren Tätigkeit vergleichbaren Tätigkeit zu 80% erwerbstätig wäre. In medizinischer Hinsicht stütze sich die angefochtene Verfügung auf das neurologische Gutachten vom 17. Oktober 2009. Die Gutachterin Dr. med. C._____ sei anlässlich der Begutachtung vom 21. August 2009 zur Feststellung gelangt, dass der Zustand der Beschwerdeführerin derzeit stabil sei und die Arbeitsfähigkeit in einer vorwiegend sitzenden Position bzw. einer Tätigkeit als Sachbearbeiterin in der Kundenbetreuung nicht beeinträchtigt sei. In Bezug auf die Haushaltstätigkeit habe die Gutachterin nur bei den grössten Arbeiten eine Beeinträchtigung festgestellt. Der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin sei in der Folge gemäss der gemischten Methode berechnet worden. Es liege keine Invalidität von anspruchsbegründendem Ausmass vor.

G.

Den mit Zwischenverfügung des Bundesverwaltungsgerichts vom 20. Juli 2010 (act. 9) erhobenen Kostenvorschuss von Fr. 300.- leistete die Beschwerdeführerin am 4. August 2010 (act. 10).

H.

In ihrer Replik vom 7. Oktober 2010 (act. 13) hielt die Beschwerdeführerin durch ihren Rechtsvertreter an den beschwerdeweise gestellten Anträgen und gemachten Ausführungen fest. Bemängelt wurde insbesondere die medizinische Einschätzung bzw. das Gutachten von Dr. C._____. Diese Beurteilung kann laut Replik nicht Grundlage eines Leistungsentscheidendes bilden, da nicht sämtliche relevanten Befunde berücksichtigt bzw. die Schwere des Gesundheitsschadens unterschätzt worden seien, und zwar nicht nur in somatischer Hinsicht, sondern auch bezüglich der kognitiven und psychophysischen Leistungsfähigkeit. Aus dem Bericht des Neurologen Dr. med. D._____ der Klinik E._____ vom 21. September 2010, welcher replikweise einreicht wurde (act. 13/1), ergebe sich höchstens eine 50%ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für Bürotätigkeiten, bei denen sie nicht mobil sein müsse, und im Haushalt eine 60% bis 70%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Bericht von Dr. D._____ basiere auf einer Untersuchung vom 4. Mai 2010 und liege daher dem Verfügungszeitpunkt näher als die Einschätzung von Dr. C._____, welche im Zeitpunkt der Verfügung nicht mehr aktuell gewesen sei. Die Vorinstanz habe

ihre Abklärungspflicht dadurch verletzt, dass sie der Aufforderung der Beschwerdeführerin, bei Dr. D._____ einen weiteren Bericht einzuholen, vor Verfügungserlass nicht nachgekommen sei. Die Beschwerdeführerin wies schliesslich darauf hin, es könne angesichts ihrer massiven krankheitsbedingten Einschränkungen und des schnellen progredienten Krankheitsverlaufs nicht von einer verwertbaren Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werden.

I.

In ihrer Duplik vom 22. November 2010 (act. 15) hielt die Vorinstanz an der Abweisung der Beschwerde fest. Sie stützte sich dabei auf den Bericht ihres ärztlichen Dienstes vom 16. November 2010 (act. IV/60), wonach der Verlauf der Multiple Sklerose bei der Beschwerdeführerin zunächst schubförmig remittierend gewesen und nun sekundär progredient sei, weshalb die von Dr. C._____ am 21. August 2009 festgestellte Arbeitsfähigkeit von 100% weiterhin als zutreffend und die von Dr. D._____ am 4. Mai 2010 festgestellte Arbeitsfähigkeit von höchstens 50% als plausibel erscheine. Die Vorinstanz erachtete folglich die Voraussetzungen für einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin im Verfügungszeitpunkt als nicht erfüllt. Die Replik der Beschwerdeführerin betrachtete sie aber als neues Leistungsgesuch.

J.

Die Beschwerdeführerin liess mit Triplik vom 17. Februar 2011 (act. 19) an den beschwerdeweise gestellten Anträgen und gemachten Ausführungen weiterhin festhalten. Es wurde die Ansicht erneuert, dass auf die Beurteilung von Dr. C._____ nicht abgestellt werden könne und bereits im Zeitpunkt der Rentenverfügung eine rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres bestanden habe. Der Zustand der Beschwerdeführerin habe sich zwischenzeitlich nochmals erheblich verschlechtert. Nach dem Bericht von Dr. D._____ vom 7. Februar 2011, welcher mit der Triplik eingereicht wurde (act. 19/1), sei aktuell auch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit nicht mehr gegeben. Der weitere Verlauf sei im Rahmen der Neuanmeldung vom 8. Oktober 2010 zu berücksichtigen.

K.

Die Vorinstanz hielt in ihrer Quadruplik vom 24. Februar 2011 (act. 21) an den bisher getroffenen Feststellungen und Anträgen fest. Zum neu vorgelegten Bericht von Dr. D._____ führte sie aus, dass dieser den Zustand der Beschwerdeführerin seit dem 21. September 2010 beschreibe und

daher für die Beurteilung im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht relevant sei.

L.

Mit Verfügung vom 7. März 2011 (act. 22) erklärte das Bundesverwaltungsgericht den Schriftenwechsel für geschlossen.

M.

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften wird – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA.

1.2 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). In- des findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

1.3 Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der IVSTA vom 19. Februar 2010. Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin durch diese Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (Art. 60 Abs. 1 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Auch der Kostenvorschuss wurde innert Frist geleistet (Art. 63 Abs. 4 VwVG). Damit ist auf die Beschwerde einzutreten.

2.

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 Sachverhaltes sowie Unangemessenheit des Entscheides rügen (Art. 49 VwVG).

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin ist Schweizer Staatsangehörige mit Wohnsitz in Deutschland. Daher bestimmt sich die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung hat, nach schweizerischem Recht.

3.2 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 (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_606/2011 vom 13. Januar 2012 E. 3.1), sind allfällige Leistungsansprüche 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).

3.3 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 des Bundesgerichts 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der – sofern die entspre-

chenden 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.

Sinn und Zweck des im Rahmen der 5. IV-Revision geschaffenen Art. 29 Abs. 1 IVG sprechen für dessen grundsätzlich sofortige Anwendung auch in Fällen, wo die einjährige Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG bzw. aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG beim Inkrafttreten am 1. Januar 2008 noch nicht abgelaufen ist. Es kann offenbleiben, ob eine Übergangsordnung, die nach der Dauer der Ende 2007 bereits zurückgelegten Wartezeit differenziert, am besten den Anforderungen von Verfassung und Gesetz genügt. Bei einer einheitlichen Regelung kann jedenfalls die Anmeldefrist anspruchswahrend maximal bis Ende Juni 2008 erstreckt werden. Das Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 (5. IV-Revision und Intertemporalrecht), soweit es eine Anmeldefrist bis Ende 2008 vorsieht, ist gesetzeswidrig (siehe das zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 9C_562/2012 vom 18. Oktober 2012 E. 3.3 und 3.4).

3.4 Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Erlass der Verfügung vom 19. Februar 2010 in Kraft standen (das IVG in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision] und die IVV in der Fassung der 5. IV-Revision [AS 2007 5155]). Hinsichtlich des Zeitpunkts des Rentenbeginns gilt das neue Recht, da sich die Beschwerdeführerin im November des Jahres 2008 angemeldet hat. Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (für das IVG: Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]). Ferner sind das ATSG in der Fassung vom 6. Oktober 2006 (AS 2007 5129) sowie die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar.

4.

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: 19. Februar 2010) 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).

5. Im Folgenden werden die für die Beurteilung der Streitsache massgebenden Bestimmungen des Invalidenversicherungsrechts und die von der Rechtsprechung dazu entwickelten Grundsätze dargelegt.

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

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).

5.2 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Die Rechtsprechung lässt zur Eröffnung der Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG eine Arbeitsunfähigkeit von 20% genügen (ULRICH MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2. Auflage, Zürich 2010, S. 279 mit Hinweis auf AHI 1998 124).

5.3 Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50%, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG), soweit nicht völkerrechtliche eine abweichende Regelung vorsehen, 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 EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben, was vorliegend der Fall ist (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

5.4 Vor der Berechnung des Invaliditätsgrades muss jeweils beurteilt werden, ob die versicherte Person als (teil-)erwerbstätig oder nichterwerbstätig einzustufen ist, was entsprechenden Einfluss auf die anzuwendende Methode der Invaliditätsgradbemessung hat (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, gemischte Methode, spezifische Methode des Betätigungsvergleichs, vgl. Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a IVG).

Zu prüfen ist, was die versicherte Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. So sind insbesondere bei im Haushalt tätigen Versicherten die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausreicht (vgl. BGE 133 V 504 E. 3.3, 133 V 477 E. 6.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen; vgl. auch E. 5.5.4 hinten).

5.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im

Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

5.5.1 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, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

5.5.2 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Auch auf Stellungnahmen eines regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) kann nur abgestellt werden, sofern sie diesen beweisrechtlichen Anforderungen genügen. Zudem müssen die Ärztinnen und Ärzte des RAD über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile des Bundesgerichts 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1; 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit weiteren Hinweisen). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Das Fehlen eigener Untersuchungen vermag daher einen RAD-Bericht für sich alleine nicht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung der erwerblichen Folgen eines bereits feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, folglich die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (vgl.

zum Ganzen die Urteile des Bundesgerichts 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3; BGE 125 V 351 E. 3.a und E. 3b/ee, je mit Hinweisen).

5.5.3 Für den Beweiswert eines Berichtes über die Abklärung im Haushalt einer versicherten Person sind – analog zur vorerwähnten Rechtsprechung betreffend die Beweiskraft von Arztberichten – verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext muss schliesslich plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein sowie in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen (in BGE 134 V 9 [Urteil I 246/05 vom 30. Oktober 2007] nicht publizierte E. 5.2 mit Hinweisen). Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Diese Beweiswürdigungskriterien sind nicht nur für die im Abklärungsbericht enthaltenen Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt massgebend, sondern gelten analog für den Teil des Abklärungsberichts, der den mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit von teilerwerbstätigen Versicherten mit häuslichem Aufgabenbereich im Gesundheitsfall betrifft (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 236/2006 vom 19. Juni 2006 E. 3.2 mit Hinweisen).

Auch wenn bei den im Ausland wohnenden Versicherten mangels geeigneter 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 Verhältnisse zu entscheiden.

5.5.4 Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, als der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Art. 43 Rz. 30; THO-

MAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Bern 2003, § 68, Rz. 43 ff.).

6.

Streitig und zu prüfen ist zunächst, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt worden ist.

6.1 Die Vorinstanz nahm zur Prüfung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin insbesondere die folgenden medizinischen Unterlagen zu den Akten:

- Bericht von PD Dr. med. F._____, Spezialarzt für Neuroradiologie, Klinik G._____, Z._____, vom 12. November 2007 (act. IV/30);
- Antrag zur stationären Rehabilitationsbehandlung von Dr. med. H._____, Facharzt FMH für Neurologie in Z._____, vom 5. Dezember 2008 (act. IV/31);
- Physiotherapie-Bericht der Klinik E._____ vom 13. Februar 2009 (act. IV/32);
- Austrittsbericht der Klinik E._____ vom 14. Februar 2009 (act. IV/33);
- Arztbericht E 213 von Dr. med. H._____ vom 27. April 2009 (act. IV/34);
- Stellungnahme des RAD Rhone, Dr. med. I._____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 2. Juli 2009 (act. IV/36);
- Bericht von PD Dr. med. F._____, Klinik G._____, Z._____, vom 28. August 2009 (act. IV/45);
- Gutachten von Dr. med. C._____, Fachärztin FMH für Neurologie in Z._____, vom 17. Oktober 2009 (act. IV/46);
- Schlussbericht des RAD Rhone, Dr. med. I._____, vom 19. November 2009 (act. IV/48).

Im Beschwerdeverfahren wurden seitens der Parteien die folgenden Arztberichte eingereicht:

- Bericht von Dr. med. D._____, Chefarzt Neurologie FMH und Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der Klinik E._____, vom 21. September 2010 (act. 13/1);
- Schlussbericht des RAD Rhone, Dr. med. I._____, vom 16. November 2010 (IVSTA-act. 60);
- Bericht von Dr. med. D._____, Klinik E._____, vom 7. Februar 2011 (act. 19/1).

6.2 Die Vorinstanz stützte sich im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 19. Februar 2010 insbesondere auf das von ihr eingeholte neurologische Gutachten von Dr. med. C._____ vom 17. Oktober 2009 sowie die entsprechenden Feststellungen des RAD Rhone vom 19. November 2009. In diesen Unterlagen wurden der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowie dessen Auswirkungen auf ihre Arbeitsfähigkeit wie folgt beurteilt:

6.2.1 Dr. med. C._____, Fachärztin FMH für Neurologie in Z._____, führte im Gutachten vom 17. Oktober 2009 (act. IV/46) als objektive Befunde auf: rechtsbetonte Paraspastik an den Beinen mit positiven Pyramidenzeichen und einer rechtsbetonten Gangbeeinträchtigung sowie Spasmus des Nervus facialis links (ohne weitere Relevanz), und stellte die nachstehenden Diagnosen (S. 5 f.): Encephalomyelitis disseminata ICD-10/G 35 (Multiple Sklerose), Hemifacialer Spasmus des Nervus facialis ICD-10/G 51 (Halbseitiger Spasmus des Gesichtsnervs) sowie Nikotinabusus ICD-10/F 17.1.

Die Gutachterin untersuchte die Beschwerdeführerin am 21. August 2009 in ihrer Praxis und veranlasste ein Kernspintomogramm des Schädels sowie der HWS, welches am 28. August 2009 in der Neuroradiologie J._____ in Z._____ vorgenommen wurde (IVSTA-act. 45). In ihrer Beurteilung (S. 4 f.) führte die Gutachterin am 17. Oktober 2009 aus, dass aktuell eine spastische rechtsbetonte Parese an den Beinen mit Erschwerung des Gehens bestehe und die Beschwerdeführerin meistens einen Stock benötige. Weitere Ausfälle fänden sich weder an den oberen noch den unteren Extremitäten. Der im Gesicht vorhandene Spasmus des Nervus facialis sei ätiologisch unklar und habe keinen Krankheitswert. Die Gutachterin stellte weiter fest, dass die Beschwerdeführerin geistig in einem sehr guten Zustand und keinesfalls beeinträchtigt sei. Deren Arbeitsfähigkeit für eine Bürotätigkeit im höheren Kader bezifferte die Gutachterin daher auf 100% und im Haushalt erkannte sie eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit (um mindestens 20%) für grösste Arbeiten seit Anfang 2007 (S. 6). Die Gutachterin bezeichnete den bisherigen Verlauf des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin als relativ stabil, die weitere Entwicklung jedoch als offen und abhängig von allfälligen weiteren Schüben bzw. einer chronischen Progression der Erkrankung (S. 6). Eine Verschlechterung schloss die Gutachterin nicht aus. Deshalb sei auch eine erneute Kernspintomographie vorgenommen worden, wobei im Vergleich zur entsprechenden Untersuchung im Jahre 2007 ein weiterer Herd entdeckt worden sei, der aber offenbar bisher klinisch stumm

geblieben sei. Eine weitere Behandlung mit Avonex sowie weitere neurologische Kontrollen erachtete die Gutachterin als angezeigt (S. 5).

6.2.2 Dr. med. I. _____, Facharzt FMH für Neurologie, des RAD Rhone stellte in seinem Schlussbericht vom 19. November 2009 (act. IV/48) als Hauptdiagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine "Sclérose en plaques de forme poussée-rémission – G 53" (Multiple Sklerose mit schubförmig remittierendem Verlauf) und als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein "Spasme hémifacial gauche – G 51" (Spasmus der linken Gesichtshälfte) sowie ein "Tabagisme – F 17.1" (schädlicher Gebrauch von Tabak).

Der RAD-Arzt bezeichnete das neurologische Gutachten von Dr. C. _____, welches die Vorinstanz gestützt auf seine Stellungnahme vom 2. Juli 2009 (act. IV/36) in Auftrag gegeben hatte, als überzeugend und in Bestätigung seiner ersten Einschätzung. Aus der Beurteilung der Gutachterin zog der RAD-Arzt den Schluss, dass die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin hinsichtlich einer gewöhnlichen Tätigkeit 0% und für eine Tätigkeit im Haushalt 5% betrage seit dem Jahr 2006.

6.3 Seitens der Beschwerdeführerin wird geltend gemacht, dass die Vorinstanz bei Erlass der angefochtenen Verfügung nicht auf das neurologische Gutachten von Dr. C. _____ hätte abstellen dürfen, weil dieses die Schwere des Gesundheitsschadens unterschätzt habe und im Verfügungszeitpunkt angesichts des progredienten Krankheitsverlaufs nicht mehr aktuell gewesen sei. Die Vorinstanz habe ihre Abklärungspflicht verletzt, indem sie trotz entsprechendem Einwand der Beschwerdeführerin vor Erlass der Verfügung keine weiteren gesundheitlichen Untersuchungen getätigt habe. Die Beschwerdeführerin stützt sich auf die Berichte von Dr. D. _____ vom 21. September 2010 und 7. Februar 2011, welche der Replik bzw. Triplik beilagen.

6.3.1 Die im Beschwerdeverfahren eingereichten ärztlichen Berichte wurden nach Erlass der angefochtenen Verfügung ausgestellt. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens datierende Arztberichte (und andere einschlägige Dokumente) dann in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf den im relevanten Zeitraum gegebenen Sachverhalt erlauben (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b in fine S. 366). Der Bericht des Dr. D. _____ vom 21. September 2010 (act. 13/1), welcher mit der Replik eingereicht wurde, bezieht sich ausdrücklich auch auf den Gesundheitszustand der Be-

schwerdeführerin vor dem Verfügungszeitpunkt. Gleiches gilt für den zweiten Schlussbericht des RAD-Arztes Dr. I. _____ vom 16. November 2010 (act. IV/60), in welchem dieser zum genannten Bericht von Dr. D. _____ Stellung nahm. Diese beiden Berichte sind daher in die vorliegende Beurteilung miteinzubeziehen. Im Verlaufsbericht vom 7. Februar 2011 (act. 19/1), welcher der Triplik beilag, äusserte sich Dr. D. _____ indessen zur Entwicklung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der letzten Untersuchung im Mai 2010 und bezieht sich damit auf einen Zeitraum nach Verfügungserlass. Dieser Bericht kann in den folgenden Erwägungen deshalb nur insoweit berücksichtigt werden, als er Rückschlüsse auf den Verlauf der Krankheit auch vor dem Verfügungszeitpunkt erlaubt.

6.3.2 Im Bericht vom 21. September 2010 (act. 13/1) äusserte sich Dr. med. D. _____, Chefarzt Neurologie FMH und Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der Klinik E. _____, zunächst zum neurologischen Gutachten von Dr. C. _____. Er führte aus, dass er die Beschwerdeführerin am 30. Juli 2009 klinisch untersucht habe und in Bezug auf die unteren Extremitäten, Rumpfmuskulatur sowie kognitive Belastbarkeit schwerere Befunde habe feststellen können als die Gutachterin. Dies sei erklärbar, weil bei der Beschwerdeführerin die Multiple Sklerose damals schubförmig remittierend verlaufen sei und neben einer klinischen Verschlechterung auch eine Verbesserung vorkommen könne (S. 2). Gestützt auf die klinische Untersuchung vom 4. Mai 2010 diagnostizierte Dr. D. _____ in seinem Bericht vom 21. September 2010 eine Multiple Sklerose mit wahrscheinlich sekundärem progredientem Verlauf. Den Krankheitsverlauf beschrieb Dr. D. _____ als relativ schnell progredient. Seit der Untersuchung durch Dr. C. _____ habe sich eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ergeben. Während sie vor einem Jahr noch für längere Strecken an einem Gehstock habe gehen können, sei die Beschwerdeführerin heute auf Hilfsmittel wie Rollator, Rollstuhl und Elektromobil angewiesen (S. 3 Ziff. 1). In den unteren Extremitäten habe die Kraft in allen Muskelgruppen rechtsbetont deutlich nachgelassen und es zeige sich eine Zunahme der Spastizität (S. 2). Zudem sei die Beschwerdeführerin in ihrer geistigen Belastbarkeit deutlich eingeschränkt. Für eine 100%ige Büro- oder ähnliche Tätigkeit sei sie daher sicher nicht geeignet. Bei Klinikaustritt (am 14. Februar 2009) habe man ihr bis auf Weiteres eine Arbeitsfähigkeit von 50% attestiert (S. 3 Ziff. 2). Im Haushalt könne die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer motorischen Einschränkung nur noch leichte körperliche Arbeiten ausführen und daher nicht mehr als ca. 30%

bis 40% ihres Zweipersonenhaushaltes übernehmen (S. 4 Ziff. 3). Dr. D._____ hielt in seinem Bericht abschliessend fest, dass die Beschwerdeführerin in höchstens ein bis zwei Jahren wahrscheinlich vollständig rollstuhlgebunden sei, mentale Störungen bekommen und in ihrer psychophysischen Belastbarkeit weiter eingeschränkt sein werde. Im Mai 2010 sei die Beschwerdeführerin in ihrer ursprünglichen Bürotätigkeit höchstens 50% arbeitsfähig gewesen und ihre Arbeitsfähigkeit werde mehr und mehr abnehmen (S. 4 Ziff. 6).

6.3.3 Der RAD-Arzt Dr. I._____ äusserte sich in seinem zweiten Schlussbericht vom 16. November 2010 (act. IV/60 zum replikweise vorgelegten Bericht des Dr. D._____ vom 21. September 2010 und stellte als Hauptdiagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit neu eine "Sclérose en plaques de forme probablement secondaire progressive – G 53" (Multiple Sklerose mit wahrscheinlich sekundär progredientem Verlauf). Die Nebendiagnosen blieben im Vergleich zum Bericht vom 19. November 2009 unverändert.

Der RAD-Arzt hielt fest, dass sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, welche bei Austritt aus der Klinik E._____ (im Februar 2009) von dieser auf 50% geschätzt worden sei, bis zum Zeitpunkt der neurologischen Untersuchung durch die Gutachterin (am 21. August 2009) auf 100% erhöht habe. Dies könne damit erklärt werden, dass die Krankheit der Beschwerdeführerin bis dahin einen schubförmig remittierenden Verlauf aufgewiesen habe. Danach habe sich die Situation aber geändert: Aufgrund des plausiblen Berichts von Dr. D._____ sei erkennbar, dass die Krankheit von nun an einen anderen, sekundär progredienten Verlauf nehme. Diesfalls sei keine Gesundheitsverbesserung mehr möglich. Die neurologische Untersuchung durch Dr. D._____ zeige deutlich eine Verschlechterung und rechtfertige eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von höchstens 50% ab dem Zeitpunkt der Untersuchung am 4. Mai 2010.

6.3.4 Im Verlaufsbericht vom 7. Februar 2011 (act. 19/1) führte Dr. D._____ sodann aus, dass er anlässlich der Untersuchung vom 10. Januar 2011 eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin in somatischer und psychophysischer Hinsicht festgestellt habe und nicht glaube, dass die Beschwerdeführerin noch ein Arbeitspensum von 50% in ihrer Tätigkeit als Sekretärin bewältigen könne (S. 2).

6.3.5 Zusammenfassend ergibt sich aus dem schlüssigen Bericht des Dr. D. _____ vom 21. September 2010 und der übereinstimmenden Stellungnahme des RAD-Arztes vom 16. November 2010, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der neurologischen Untersuchung Ende August 2009 erheblich verschlechtert hat und sich weiter verschlechtern wird. Die prognostizierte fortschreitende Gesundheitsverschlechterung wird im Verlaufsbericht des Dr. D. _____ vom 7. Februar 2011 bestätigt. Die angefochtene Verfügung vom 19. Februar 2010 stützte sich aber wie erwähnt auf das neurologische Gutachten vom 17. Oktober 2009, welches – basierend auf der Untersuchung vom 21. August 2009 – bei Erlass der Verfügung nicht mehr aktuell war. Zwischen der letzten medizinischen Untersuchung und dem Verfügungszeitpunkt lagen rund sechs Monate, in welchen eine wesentliche Veränderung der gesundheitlichen Situation eingetreten ist, die in der angefochtenen Verfügung nicht berücksichtigt wurde. Zwar hat die Beschwerdeführerin der Vorinstanz mit ihren schriftlichen Einwänden vom 29. November 2009 – und damit vor Erlass der Verfügung – eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes mit Auswirkungen auf ihre Gehfähigkeit und Belastbarkeit angezeigt sowie eine entsprechende Abklärung bei Dr. D. _____ beantragt. Ihre Vorbringen waren glaubhaft, insbesondere auch angesichts der Tatsache, dass der Verlauf der diagnostizierten komplexen Nervenkrankheit Multiple Sklerose grundsätzlich als nicht voraussehbar und sehr individuell gilt (vgl. www.multiplesklerose.ch > Verlauf) sowie in Anbetracht des Umstandes, dass der Beschwerdeführerin im neurologischen Gutachten vom 17. Oktober 2009 eine unsichere bzw. offene Prognose gestellt und in diesem Zusammenhang auch auf einen neuen Herd hingewiesen worden war (act. IV/46 S. 5 f.). Es bestanden demnach Anhaltspunkte für einen erheblichen Wandel des Sachverhaltes in den Monaten vor dem Verfügungszeitpunkt. Unter diesen Umständen hätte die Vorinstanz vor dem Erlass der Verfügung weitere medizinische Abklärungen vornehmen müssen, um den aktuellen Gesundheitszustand sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in Beruf und Haushalt in Erfahrung zu bringen. Denn massgebend ist – wie bereits ausgeführt (E. 4) – der bei Erlass der Verfügung vorliegende Sachverhalt. Bis zu diesem Zeitpunkt hätte die Vorinstanz die massgebenden und notwendigen Abklärungen vornehmen müssen (Art. 57 Abs. 2 IVG), was sie vorliegend pflichtwidrig unterlassen hat.

6.3.6 Ebenfalls ungenügend sind die vorinstanzlichen Abklärungen hinsichtlich der Frage, ab wann und in welchem Umfang die Beschwerdeführerin aufgrund der Multiplen Sklerose arbeitsunfähig geworden ist. Die

Vorinstanz machte in dieser Hinsicht keine weiteren Ausführungen, sondern verneinte das Vorliegen der einjährigen Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ohne Begründung. Gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten (vgl. act. IV/31, 33) ist aber nicht auszuschliessen, dass bereits vor dem Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der Klinik E._____ im Januar/Februar 2009 eine die Wartefrist auslösende Arbeitsunfähigkeit (von mindestens 20%) vorlag (vgl. E. 5.2).

6.3.7 In den Akten fehlen somit medizinische Angaben zur Frage, ab wann bei der Beschwerdeführerin aufgrund der Multiplen Sklerose eine Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist und wie sich ihre gesundheitliche und arbeitsmedizinische Situation seither entwickelt hat. Erforderlich sind entsprechende medizinische Angaben zum Verlauf der Krankheit und der damit einhergehenden Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in Beruf und Haushalt. Zu diesem Zweck ist ein fachärztliches Gutachten einzuholen. Die Ermittlung der Einschränkungen der Beschwerdeführerin in den häuslichen Verrichtungen ist gemäss den von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien vorzunehmen (vgl. E. 5.5.3).

6.4 Nach dem Dargelegten beruht die angefochtene Verfügung in medizinischer Hinsicht auf einem unvollständig ermittelten Sachverhalt (vgl. Art. 12 und Art. 49 Bst. b VwVG sowie Art. 43 ATSG), weshalb über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin nicht entschieden werden kann. Die Sache ist folglich gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG zur weiteren Abklärung bzw. Vervollständigung der Akten und Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Rückweisung zur weiteren Abklärung ist rechtsprechungsgemäss ohne weiteres möglich, da relevante Fragen bisher vollständig ungeklärt blieben (vgl. hierzu BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

7.

Die Beschwerde vom 19. März 2010 ist somit in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 19. Februar 2010 aufzuheben ist und die Akten an die Vorinstanz zurückzuweisen sind, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfüge.

8.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient-schädigung.

8.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Dieser ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 300.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

8.2 Die obsiegende Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'700.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.-]) gerechtfertigt.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfüge.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 300.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteient-schädigung von Fr. 2'700.- zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti

Patrizia Levante

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 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: