



Urteil vom 22. Dezember 2015

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richterin Franziska Schneider, Richter Vito Valenti,
Gerichtsschreiber Hans-Peter Oeri.

Parteien

A. _____, (wohnhaft in Kroatien),
vertreten durch Dr. iur. Kreso Glavas, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rente;
Verfügung der IVSTA vom 30. April 2014.

Sachverhalt:**A.**

A. _____ (nachfolgend Versicherte/Beschwerdeführerin), geboren am [...] 1959, Staatsangehörige Kroatiens mit derzeitigem Wohnsitz in X. _____ (Kroatien), leistete in den Jahren 1978-1994 während insgesamt 195 Monaten Beiträge an die schweizerische AHV/IV (IV-act. 1 p. 1) und verliess die Schweiz 1997 (IV-act. 3 p. 4). Zuletzt arbeitete sie 1998-2003 in Kroatien jeweils drei Monate als Saison-Blanchisseuse (IV-act. 10 p. 8, 45).

B.

B.a Am 1. April 2011 (IV-act. 3 p. 1) reichte die Versicherte eine Anmeldung zum Bezug einer schweizerischen Invalidenrente ein mit der Begründung, es lägen eine Spondylose C5/C6 bei Mikrodiskectomie/Vertebrosynthese 2010, Vertigos, ein Tinnitus, eine Lumbosakralstenose und ein chronisches Lumbosakralsyndrom L2-L5 vor (p. 6). Auf dem Fragebogen für im Haushalt tätige Versicherte gab sie am 05. November 2012 (IV-act. 10 p. 5) an, im Haushalt von Familienangehörigen während ca. 25 Stunden pro Woche unterstützt zu werden und die Pflege des Nutzgartens an ihren Ehemann abgegeben zu haben.

B.a.a Die Wirbelsäule der Versicherten wird in den beigebrachten Attesten erstmals im August 2004 aufgrund Kanalstenose, Diskopathien, radikulären Ausstrahlungen und Hämangiomen sowie weiteren Diagnosen als stark und dauerhaft funktionell eingeschränkt beschrieben (IV-act. 62 vom 02. August 2004). Spätere Atteste diagnostizieren eine Spondylarthrose zervikal und lumbal (IV-act. 64 vom 21. Februar 2006) und Diskopathien C4-C7 und L4/L5 (IV-act. 67 vom 05. Dezember 2007; IV-act. 54 vom 26. November 2009). Im Jahr 2010 wurden die Intervertebralscheibe C5/C6 mikrochirurgisch entfernt und die Wirbel versteift (IV-act. 53 vom 26. Februar 2010). Weiter werden eine Spondylose C3-C6 (IV-act. 55 vom 14. Dezember 2009; IV-act. 52 vom 27. Mai 2010) und mittlere bis schwere radikuläre Störungen C5 beidseitig und C6/C7 beidseitig kompensiert (IV-act. 57 vom 29. Juni 2010), beziehungsweise später insgesamt schweren Ausmasses mit schwacher Kompensation (IV-act. 56 vom 24. November 2010; IV-act. 75 vom 13. August 2012), attestiert.

Die lumbosakralen Schmerzen würden anhalten bzw. zunehmen und radikulär ausstrahlen (IV-act. 52 vom 27. Mai 2010; IV-act. 51 vom 07. Juli 2010; IV-act. 50 vom 15. November 2010; IV-act. 56 vom 24. November

2010). Ende 2007 sowie exazerbiert Mitte 2011 werden über die ganze Lumbosakralwirbelsäule Diskopathien, Osteochondrose und Kanalstenosen bestätigt (IV-act. 66 vom 17. November 2007; IV-act. 49 vom 27. Juni 2011; IV-act. 74 vom 29. Juli 2012). Im September 2012 wird schliesslich eine Diskushernie L4/L5 mit Skoliose attestiert (IV-act. 76 vom 07. September 2009).

B.a.b In psychiatrischer Hinsicht werden depressiv gefärbte Episoden aus Angst vor Invalidität mit starker somatoformer Komponente (IV-act. 59 vom 10. Dezember 2008; mit Code wird gar eine schwere depressive Episode angegeben), später eine gemischt ängstlich-depressive und somatoforme Störung (IV-act. 61 vom 30. Oktober 2009) attestiert. Kurz nach dem chirurgischen Zervikaleingriff wurde eine rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, diagnostiziert (IV-act. 58 vom 07. Juli 2010); es seien dissoziative Vorfälle aufgefallen und die psychische Verschlechterung verlaufe parallel zur somatischen Exazerbation, weshalb von voller dauerhafter Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei (IV-act. 60 vom 17. November 2010).

B.a.c In weiteren Attesten wird von kurzen Bewusstlosigkeiten (IV-act. 72 vom 06. Februar 2012) und knapp durchschnittlichem Blutfluss mit leichter Arteriosklerose in den Zerebralarterien (IV-act. 73 vom 14. Februar 2012; IV-act. 70 vom 04. Februar 2011; IV-act. 68 vom 11. Dezember 2009) berichtet. Auch der Tinnitus wird beschrieben (IV-act. 69 vom 31. Januar 2011).

B.b Am 28. November 2011 (IV-act. 47) wurde die Versicherte vom kroatischen Versicherungsträger für die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IV-STA; nachfolgend Vorinstanz; ein Auftrag derselben ist nicht aktenkundig, siehe Sachv. C.d) untersucht. Dabei wurden eine Zervikalspondylose, ein Zervikobrachialsyndrom beidseitig, ein chronisches Lumbosakralsyndrom und eine rezidivierende depressive Störung, derzeitige schwere Episode, diagnostiziert (IV-act. 47 p. 5). Durch die Schmerzen sei die Versicherte in ihren täglichen Verrichtungen stark eingeschränkt, ängstlich und depressiv, weshalb eine Erwerbsunfähigkeit ("incapacité de gain") von 70% vorliege.

B.c Dr. B. _____, Allgemeinmediziner, des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) sah in seiner Stellungnahme vom 06. Mai 2013 Widersprüche in den kroatischen Attesten, da die Bildgebung der Wirbelsäule die attestierten radikulären Symptome nicht bestätige (IV-act. 80 p. 7). Dr. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, des RAD Z. _____ hielt in

der Stellungnahme vom 19. April 2013 seinerseits fest, die psychiatrische Diagnosestellung sei zu unpräzise und teilweise widersprüchlich. Es sei deshalb eine eigene Begutachtung in den Disziplinen Psychiatrie und Neurologie bzw. Rheumatologie vorzunehmen (IV-act. 80 p. 5).

B.d Das amtliche Gutachten des D. _____ vom 22. Dezember 2013 in den Disziplinen Innere Medizin, Neurologie, Rheumatologie und Psychiatrie (IV-act. 87) diagnostizierte ein chronisches, zervikal und lumbal betontes Panvertebralsyndrom mit/bei Status nach Mikrodiskektomie C5/C6 mit Cage-Interposition am 24.2.2010, Fehlform und Fehlhaltung der Wirbelsäule (Flachrücken im Bereich der Brustwirbelsäule [BWS] und Lendenwirbelsäule [LWS]), degenerativen LWS-Veränderungen, leichte LWS-Skoliose nach links, leichter Skoliose und degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule sowie Beckenschiefstand (p. 35). Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit werden eine chronische Migräne, eine essentielle arterielle Hypertonie, ein Tinnitus rechts und ein Verdacht auf orthostatischen Schwindel mit rezidivierenden vasogavalen (kurzzeitige Bewusstlosigkeit) Synkopen (differentialdiagnostisch: Nebenwirkungen der psychopharmakologischen Therapie und/oder additive Wirkung der antihypertensiven Medikamente) diagnostiziert. Die psychiatrischen Vordiagnosen könnten, auch aus den eigenen Schilderungen der Versicherten, nicht nachvollzogen werden (p. 40). Sie sei in ihren letzten beiden Berufen seit mindestens 2006 nicht mehr arbeitsfähig (p. 40); in wechselbelastenden Tätigkeiten ohne Heben von mehr als 3 kg und ohne repetitive Arbeiten in gebückter Haltung sei hingegen volle Arbeitsfähigkeit gegeben.

B.e Dr. B. _____ des RAD Z. _____ übernahm in seiner Stellungnahme vom 21. Januar 2014 (IV-act. 89) die gutachterlichen Diagnosen und Einschätzungen betreffend deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Er erkannte auf eine andauernde, volle Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf, 21% Arbeitsunfähigkeit im Haushalt (nach eigener Expertise) und volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, ausgenommen sieben Monate während und nach dem operativen Eingriff (Februar bis August 2010).

B.f Die Vorinstanz orientierte die Versicherte mit Vorbescheid vom 30. Januar 2014 (IV-act. 90) über ihre Absicht, das Rentenbegehren bei einem festgestellten Invaliditätsgrad von 21% im angestammten Aufgabengebiet abzuweisen. Dagegen liess die Versicherte am 13. Februar 2014 (IV-act. 91), ergänzt am 03. März 2014 (siehe IV-act. 96), einwenden, die objektiven medizinischen Einschränkungen könnten in der Schweiz und in

Kroatien nicht derart unterschiedlich beurteilt werden. Die Beurteilung im vorliegenden amtlichen Gutachten sei, im Gegensatz zur aktenkundigen kroatischen Expertise, durch den politischen Sparwillen bestimmt. Es sei deshalb eine Oberexpertise in Deutschland oder Österreich einzuholen. Schliesslich liege in der Verletzung 'elementarer Zivilansprüche' der Versicherten eine Verletzung der Garantie eines fairen Verfahrens durch die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK).

B.g Nachdem der RAD im Einwand der Versicherten keinen Anlass zur Änderung seiner Position sah (Stellungnahme vom 24. März 2014, IV-act. 98), verfügte die Vorinstanz am 30. April 2014 (IV-act. 103) die Abweisung des Rentenbegehrens.

C.

C.a Gegen die rentenabweisende Verfügung liess die Versicherte am 03. Juni 2014 (act. 1) Beschwerde ans Bundesverwaltungsgericht erheben und die Zusprechung einer ganzen Rente, eventualiter die Aufhebung der Verfügung bei neuer, unabhängiger Begutachtung beantragen. Sie rügt, dass nach (durch die Vorinstanz) eingeholter Begutachtung in Kroatien so lange ein anderer Gutachter gesucht worden sei, bis dieser eine vorgefasste Beurteilung bestätigt habe. Dies stelle einen "krassen" Verstoß gegen die verfassungsmässigen Rechte der Beschwerdeführerin sowie der EMRK-Garantien des Gleichheits- und Fairnessgebots wie des Willkürverbots dar; es gehe der Vorinstanz lediglich darum, einen bestehenden Anspruch bei Gefährdung der existenziellen Grundlagen der Beschwerdeführerin nicht zu gewähren. In ihrer Heimat sei der Beschwerdeführerin aufgrund voller Arbeitsunfähigkeit eine ganze Invalidenrente zugesprochen worden (Entscheid vom 10. Februar 2014 [act. 1 Beilage 3, Übersetzung in act. 11]), weshalb sie nicht gleichzeitig in der Schweiz voll arbeitsfähig sein könne. Die zugrundeliegenden Akten des kroatischen Versicherungsträgers seien beizuziehen. Damit es nicht nachträglich vorgebracht werde, halte sie fest, dass keine PÄUSBONOG-Beschwerden vorlägen.

Die lateinischen Diagnosen aus dem ersten aktenkundigen Attest vom 02. August 2004 (IV-act. 62) würden im amtlichen Gutachten nicht wiedergegeben. Es sei unverständlich, wieso diese nicht umfassend übernommen und thematisiert worden seien. Das Gutachten beurteile die Beschwerdeführerin zudem für angepasste Tätigkeiten durchgehend, also auch für die Zeit während und nach der operativen Wirbelversteifung, als

voll arbeitsfähig. Es stelle die Beschwerdeführerin schliesslich als selbständige Grossbäuerin dar, obwohl sie in Tat und Wahrheit von ihren Kindern unterstützt werde, da sie wegen ihrer schweren Rückendeformation nicht mehr in der Lage sei, einer erwerblichen oder häuslichen Tätigkeit in rentenausschliessendem Masse nachzugehen. Anstelle des amtlichen Gutachtens sei die zuerst eingeholte, kroatische Begutachtung (IV-act. 47) weiterhin massgebend. Diese sei schlüssig und nachvollziehbar, sei in einem korrekten Verfahren und auf Basis der medizinischen Dokumentation erstellt worden.

C.b Die Vorinstanz schliesst in ihrer Vernehmlassung vom 07. August 2014 (act. 4) auf Abweisung der Beschwerde. Der Beizug einer medizinischen Abklärungsstelle sei nach Praxis des Bundesgerichts grundsätzlich verfassungs- und EMRK-konform. Das amtliche Gutachten erfülle auch die bundesgerichtlichen Beweisanforderungen, weshalb sich eine erneute Expertise erübrige. Es seien im Beschwerdeverfahren auch keine neuen Sachverhaltselemente geltend gemacht worden. In psychiatrischer Hinsicht lägen keine psychischen Störungen nach der ICD-Klassifizierung vor. Aus somatischer Sicht bestünden aufgrund einer Rückenproblematik mit Status nach Operation im HWS-Bereich qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit insoweit, als seit 2006 die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Blanchisseuse in einer Grosswäscherei nicht mehr zumutbar sei, jedoch leichtere Verweistätigkeiten unter Rückenschonung seit 2006 vollständig, mit Ausnahme der Einschränkung vom 1. Februar bis 31. August 2010 infolge Operation, ausgeübt werden könnten. Da die Beschwerdeführerin seit der Arbeitsaufgabe nur noch im Haushalt und dem (eigenen) Bauernbetrieb tätig sei, sei der Invaliditätsgrad schliesslich nach der spezifischen Methode korrekt auf 21% bestimmt worden.

Die Beschwerdeführerin hält in ihrer Replik vom 09. September 2014 (act. 6) an ihren Anträgen fest. Ob das "Abkommen EU/HR" zur Anwendung gelange, sei eine Rechtsfrage; insoweit die Vorinstanz aber schweizerische Verhältnisse auf die Beurteilung der verbleibenden Arbeits- und Erwerbsfähigkeit anwenden wolle, stehe dieser Absicht der kroatische Wohnsitz der Beschwerdeführerin entgegen. Aufgrund der Widersprüche zwischen den beiden von der Vorinstanz in Auftrag gegebenen Gutachten (kroatische Expertise und amtliches Gutachten in der Schweiz) sei ein Obergutachten einzuholen. Die Vorinstanz habe die Beschwerdeführerin so lange begutachten lassen, bis sie ein für sie günstiges Ergebnis erhalten habe. Dieses Vorgehen verstosse gegen die EMRK-Garantien eines fairen Verfahrens, der Rechtsgleichheit und des Willkürverbots. Eine Rente

werde nur aus politischen Gründen vorenthalten; solche könnten eine EMRK-Verletzung jedoch niemals heilen. Die Vorinstanz könne sich auch nicht auf die spezifische Methode des Betätigungsvergleichs beziehen, da die Beschwerdeführerin ihre Erwerbstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben habe; sie sei deshalb als Vollerwerbstätige zu qualifizieren. Unter den optimalsten Annahmen des amtlichen Gutachtens könne die Beschwerdeführerin heute €100 pro Monat verdienen, die genaueren Verdienstmöglichkeiten seien vor Ort abklären zu lassen, was für den Unterhalt ihrer Familie aber nicht genüge.

C.c Die Vorinstanz verzichtete am 18. September 2014 (act. 8) auf eine substantiierte Duplik, worauf der Instruktionsrichter den Schriftenwechsel am 25. September 2014 (act. 9) schloss.

C.d Nach Aufforderung des Gerichts zur Aktenergänzung vom 17. Juli 2015 (act. 12) gab die Vorinstanz ein zuvor fehlendes Schreiben vom 30. Mai 2013 an die Beschwerdeführerin mit Ankündigung der Begutachtung und den zu stellenden Fragen sowie den Nachweis einer Zufallszuweisung durch SuisseMED@P (act. 13 app. 1 und 2) zu den Akten. Mit Eingabe vom 21. August 2015 (act. 14) ergänzte sie, die ursprüngliche kroatische Begutachtung nicht in Auftrag gegeben zu haben.

C.e Die Beschwerdeführerin nahm ihrerseits am 28. September 2014 (*recte* 2015; act. 16) Stellung und führt aus, sich der gerichtlichen Beurteilung zur Frage der zufälligen Zuweisung an eine Gutachterstelle anschliessen zu wollen; diese Zufallszuweisung sei aber zuvor nicht kommuniziert worden. Ob die ursprüngliche kroatische Begutachtung im Auftrag der Vorinstanz erfolgt sei, sei direkt beim kroatischen Versicherungsträger in Erfahrung zu bringen.

D.

D.a Mit ihrer Beschwerdeschrift beantragte die Beschwerdeführerin die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und -verbeiständung. Diese Anträge wurden vom Instruktionsrichter mit Verfügung vom 14. August 2014 (act. 5) gutgeheissen).

D.b Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin reichte mit der Replik eine Honorarnote über CHF 1'774.25 ein.

E.

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

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

1.1 Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich im Wesentlichen nach den Vorschriften des Bundesgesetzes über das Bundesverwaltungsgericht vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (VwVG, SR 172.021, vgl. auch Art. 37 VGG) sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1, vgl. auch Art. 3 lit. d^{bis} VwVG).

1.2 Das Bundesverwaltungsgericht beurteilt Beschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 5 VwVG von gesetzlich definierten Vorinstanzen, sofern kein Ausnahmesachverhalt gegeben ist (Art. 31, 33, 32 VGG).

1.3 Zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht ist legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung besonders berührt ist, ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung und am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen hat (Art. 59 ATSG, Art. 48 Abs. 1 VwVG).

1.4 Eine Beschwerde muss schriftlich, unterschrieben sowie unter Angabe von Begehren und Begründung (Art. 52 Abs. 1 VwVG) innert einer Frist von 30 Tagen eingereicht werden (Art. 60 Abs. 1 ATSG; Fristenstillstand gemäss Art. 38 Abs. 3 ATSG). Bei kostenpflichtigen Verfahren ist zudem ein Vorschuss in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (Art. 63 Abs. 4 VwVG).

2.

2.1 Bei Versicherten mit ausländischem Wohnsitz ist die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA) für die Verfügung von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) zuständig (Art. 40 Abs. 1 lit. b der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV, SR 831.201]). Die

Beschwerdeführerin ist in Kroatien domiziliert. Die angefochtene Verfügung vom 30. April 2014 wurde also zu Recht von der IVSTA erlassen.

2.2 Die Vorinstanz gehört zum gesetzlichen Kreis derjenigen, deren Entscheide an das Bundesverwaltungsgericht weitergezogen werden können (Art. 33 lit. d VGG, explizit auch Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Es liegt auch kein gesetzlich der Zuständigkeit der IVSTA entzogener Sachverhalt vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist demzufolge zur Beurteilung der Beschwerde zuständig.

2.3 Als Adressat ist die Beschwerdeführerin **Fehler! Textmarke nicht definiert.** durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse; sie hat auch am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen. Ihre Beschwerde wurde schliesslich form- und fristgerecht eingereicht, weshalb auf sie eingetreten werden kann. Auf die Erhebung eines Kostenvorschusses wurde aufgrund der Gewährung unentgeltlicher Rechtspflege (Sachv. D.a) verzichtet.

3.

3.1 Seit dem 01. Januar 1998 gilt das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kroatien über Soziale Sicherheit vom 09. April 1996 (Sozialversicherungsabkommen, SR 0.831.109.291.1). Es ist insbesondere auf die schweizerische Gesetzgebung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung sowie die Invalidenversicherung anwendbar (Art. 2 Abs. 1 lit. A no. i und ii). Auch wenn Kroatien am 01. Juli 2013 der Europäischen Union (EU) beigetreten ist, wurde das Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) bisher nicht auf Kroatien ausgedehnt. Im Verhältnis zwischen der Schweiz und Kroatien bleibt deshalb vorderhand nur das Sozialversicherungsabkommen anwendbar (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2522/2014 vom 7. Oktober 2015 E. 2.1).

3.2 Gemäss dem Sozialversicherungsabkommen sind Angehörige der jeweiligen Staaten den Angehörigen des Partnerstaates in Rechten und Pflichten betreffend die unterstellten Sozialversicherungen gleichgestellt,

insoweit nicht das Abkommen selbst eine Differenzierung vorsieht (Art. 4 Abs. 1 Sozialversicherungsabkommen).

3.3 Im Sinne einer solchen Differenzierung sollen Versicherte ohne Wohnsitz in der Schweiz eine Invalidenrente nur erhalten, wenn sie zu mindestens 50% invalid sind (Art. 5 Abs. 2 Sozialversicherungsabkommen).

3.4 Das Sozialversicherungsabkommen sieht, bis auf den Fall einer Zusammenrechnung von Versicherungszeiten (Art. 18 Sozialversicherungsabkommen), keine Situation vor, in der parallel schweizerisches und kroatisches Recht zur Anwendung kommt. Demnach bestimmt sich die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der Sozialversicherung besteht, allein aufgrund nationaler Rechtsvorschriften.

3.5

3.5.1 Die Beschwerdeführerin besitzt die Staatsangehörigkeit Kroatiens, eines Vertragspartners, und beantragt Leistungen aus der Invalidenversicherung. Die persönliche und sachliche Anwendbarkeit des Sozialversicherungsabkommens ist damit erstellt.

3.5.2 Die angefochtene Verfügung vom 30. April 2014 sowie der zugrundeliegende Sachverhalt ab 2003 (Arbeitsaufgabe) fallen vollständig in die Periode nach Inkrafttreten des Sozialversicherungsabkommens. Seine zeitliche Anwendbarkeit steht deshalb ausser Frage.

3.5.3 Nachdem vorliegend kein Fall der parallelen Anwendung der Rechtsordnung beider Staaten zu beurteilen ist, beurteilt sich der Anspruch, unter Berücksichtigung konventionsrechtlicher Schranken, allein aufgrund schweizerischer Rechtsvorschriften.

4.

4.1 In materiell-rechtlicher Hinsicht ist auf jene Bestimmungen des IVG und des ATSG abzustellen, die für die Beurteilung jeweils relevant waren und in Kraft standen.

Vorliegend ist eine Rentenabweisung vom 30. April 2014 **Fehler! Textmarke nicht definiert.** bei einem Sachverhalt ab 2003 strittig, weshalb insbesondere das IVG in den Fassungen der 4., 5. und 6. IV-Revision und die IVV in den entsprechenden Fassungen massgebend sind. Ferner sind das

ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar.

4.2 Aufgrund der Untersuchungsmaxime prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss (u.v. MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, §21, m.w.H.). Das Risiko der Nicht-Beweisbarkeit, also die objektive Beweislast, trägt für leistungsbegründende Tatsachen die versicherte Person (BGE 139 V 547 E. 8.1), für anspruchshindernde oder -aufhebende Tatsachen hingegen die IV-Stelle (MÜLLER, N 1538).

4.3 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG) und 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 solche liegt zudem nur vor, insoweit sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

4.4 Die Bemessung des Invaliditätsgrades erfolgt nach unterschiedlichen Methoden, in Abhängigkeit davon, ob ein Versicherter ohne den Gesundheitsschaden erwerbstätig wäre.

4.4.1 Bei einem als erwerbstätig einzustufenden Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das dieser nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zum Erwerbseinkommen gesetzt, das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, Art. 16 ATSG).

4.4.2 Im Falle nicht als erwerbstätig einzustufender Versicherter, insbesondere im Haushalt tätiger Personen, wird für die Bemessung der Invalidität

darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (spezifische Methode des Betätigungsvergleichs; Art. 28a Abs. 2 IVG). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen, nicht erwerbstätigen Personen gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV).

4.4.3 Bei nicht voll erwerbstätigen Versicherten, die zudem in anderen Aufgabenbereichen tätig sind, werden die mit den jeweiligen Methoden ermittelten Invaliditätsgrade nach ihrem Anteil gewichtet gemittelt (gemischte Methode; Art. 28a Abs. 3 IVG).

4.5 Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die kumulativ (Art. 28 Abs. 1 IVG):

- ihre Erwerbsfähigkeit oder Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;
- während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) waren; und
- nach Ablauf dieses Jahres weiterhin zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Der Rentenanspruch entsteht frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs, wird aber von Beginn des Entstehungsmonats an bezahlt (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG).

Einschränkend ist vorliegend zu beachten, dass unter Geltung des Sozialversicherungsabkommens ordentliche Renten nur bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% exportierbar sind (E. 3.3). Nach Praxis des Bundesgerichts wird zur Erfüllung der Wartezeit bei Wohnsitz im Ausland zudem eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% verlangt (BGE 121 V 264 E. 6).

5.

5.1 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens können 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 gerügt werden (Art. 49 Abs. 1 VwVG).

5.2 Auch das Beschwerdeverfahren ist von der Untersuchungsmaxime beherrscht, weshalb das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2 und BGE 122 V 158 E. 1.a, je m.w.H.) und der Rügemaxime, wonach der angefochtene Akt nicht auf sämtliche denkbaren Mängel hin zu untersuchen ist, sondern das Gericht sich nur mit jenen Einwänden auseinandersetzen muss, die in der Beschwerde thematisiert wurden (vgl. AUER, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], Zürich 2008, Art. 12 Rz. 12).

5.3 Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt dieser Anforderung nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5.b und BGE 125 V 195 E. 2, je m.w.H.).

5.4 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie einzelne Beweismittel zu würdigen sind; für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach hat die Behörde Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, sind objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 E. 3.a).

5.5 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, 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 125 V 351 E. 3.a).

5.5.1 Die fachliche Qualifikation des Experten spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle, denn bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf seine Fachkenntnisse verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteile BGer 9C_410/2008 vom 08. September 2008 E. 3.3.1 in fine, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und EVG I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]).

5.5.2 Das Bundesgericht hat zudem Richtlinien zur Würdigung bestimmter Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufgestellt (BGE 125 V 351 E. 3.b; AHI 2001 S. 114 E. 3.b). Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist demnach volle Beweiskraft zuzuerkennen – solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3.b.bb, m.w.H.).

Berichte behandelnder Haus- und Spezialärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten hingegen mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 351 E. 3.b.cc, Urteil EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.w.H.), aber auch nicht von vornherein unbeachtlich (Urteil BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

6.

6.1 Insoweit die Beschwerdeführerin die Feststellungen des kroatischen Versicherungsträgers auf die schweizerische Invalidenversicherung übertragen möchte, ist ihr das Fehlen einer entsprechenden Bindungswirkung entgegenzuhalten (BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1989 S. 320 E. 2). Die Grundsätze der Versicherungsmedizin sind national unterschiedlich ausgestaltet, weshalb eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht unbesehen übernommen werden kann und unterschiedliche Einschätzungen zu tolerieren sind.

Immerhin sind ausländische Feststellungen aber im Rahmen der Beweiswürdigung (E. 5.4) zu berücksichtigen. Die Beschwerdeführerin bringt dazu

beschwerdeweise erstmals zwei Entscheide des kroatischen Versicherungsträgers vom 10. und 11. Februar 2014 bei, worin nicht in den Akten befindliche, medizinische Gutachten vom 24. April 2011 und 13. Mai 2013 erwähnt werden. Diese werden in einer neuen Beurteilung (E. 11) mit zu berücksichtigen sein.

6.2 Während die Arbeitsfähigkeit nach den Grundsätzen der nationalen Versicherungsmedizin zu bestimmen ist, bemisst sich die Erwerbsunfähigkeit nach dem daraus folgenden, relativen Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden, ausgeglichenen Arbeitsmarkt (E. 4.3). Die Rechtsprechung setzt einen theoretischen Arbeitsmarkt voraus, der einen Fächer von in körperlicher und intellektueller Hinsicht verschiedenartigen Stellen anbietet (BGE 110 V 273 E. 4.b), berücksichtigt für das Stellenangebot also weder die konkrete Arbeitsmarktlage noch die verringerten Chancen Teilinvalider (BGE 134 V 64 E. 4.2.1). Entgegen den Vorbringungen der Beschwerdeführerin sind deshalb die konkreten Verhältnisse auf dem primären Arbeitsmarkt in Kroatien und die Möglichkeit des Familienunterhalts hier nicht von Bedeutung. Bei der Aufstellung eines – vorliegend nicht durchgeführten – Einkommensvergleichs im Rahmen der allgemeinen Methode (E. 4.4.1) müssten selbstverständlich *par pari* vergleichbare Werte einfließen.

7.

7.1 Die Beschwerdeführerin beantragt, dass bezüglich der Würdigung ihres Gesundheitszustandes ausschliesslich auf die kroatische Expertise vom 28. November 2011 (IV-act. 47) abgestellt werde; im Gegensatz zum *asim*-Gutachten weise diese volle Beweiskraft auf. Es ist deshalb zu prüfen, ob das durch den kroatischen Versicherungsträger erstellte Gutachten den Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (E. 5.5) genügt.

7.2 Das aktenkundige Gutachten, das von Dr. E._____, Fachärztin in Anästhesiologie, und F._____, diplomierter Jurist, unterzeichnet ist, trägt den Titel „medizinische Expertise“, umfasst jedoch auf lediglich zwei Seiten medizinische Inhalte (kurze Anamnese, Befunderhebung auf einer Seite, Nennung der Diagnosen) und eine kurze Epikrise (Krankengeschichte). Es verweist in seinem Text global auf die verfügbare medizinische Dokumentation, ohne diese jedoch konkret zu spezifizieren. Die Beschwerdeführerin klagt über Schwindelanfälle und ständige Rückenschmerzen, insbesondere lumbal, sowie Probleme beim Aufstehen. Sie sei zudem depressiv, wobei sich nicht klar ergibt, ob es sich dabei um eine Beschreibung der

Beschwerdeführerin oder eine Feststellung der unterzeichneten Ärztin handelt. Das Dokument enthält einen kurzen allgemeinmedizinischen Status, der eine verminderte Krümmung und eine um bis zu $\frac{2}{3}$ eingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule mit Schmerzen bei Bewegung, Palpation und Klopfen beschreibt. Auch die rechte Schulter samt Schlüsselbein sei bei Palpation schmerzhaft und die Kraft der rechten oberen Extremität stark herabgesetzt, der rechte Fuss gar unsensibel. Psychiatrisch wird in einer Zeile „depressiv, weinerlich, reduzierte Vitaldynamik, ängstlich“ festgehalten.

Diagnostiziert werden:

- Status nach Mikrodiskectomie C5/C6 und Versteifung der Wirbelkörper durch Doppel-Metallkörperchen (Cages) bei Spondylose C3-C6 (ICD-10: M47.8 [sonstige Spondylose])
- Zervikobrachialgiesyndrom beidseits (ICD-10: M54.1 [Radikulopathie])
- chronisches Lumbosakralsyndrom (ICD-10: M54.5 [Kreuzschmerz])
- wiederkehrende depressive Störung (ICD-10: F33.2 [rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome])

In der Epikrise werden als funktionelle Einschränkungen – nach Operation der Wirbelsäule im Jahre 2010 – ein Defizit in der Beweglichkeit des Halses, Schmerzen und Krafteinschränkung in der rechten Hand, zusätzlich eine schwere radikuläre Läsion L3-L5 beidseitig und S1 rechts, eine starke Einschränkung der Beweglichkeit der Wirbelsäule im Bereich der Wirbelkörper L und S genannt. Die Patientin sei wegen der Schmerzen depressiv und ängstlich geworden und befinde sich in ständiger psychiatrischer Betreuung und Behandlung.

7.3 Die klinischen Untersuchungen und Beobachtungen, wie sie dokumentiert sind, können nicht als umfassend und schlüssig charakterisiert werden, die Zusammenhänge und medizinischen Schlussfolgerungen sind weder ausführlich noch begründet. Das Dokument ist in sich widersprüchlich (bspw. beidseitige Brachialgie bei einseitigen Schmerzen), Diagnosen unbegründet (bspw. schwere depressive Störung) und schenkt umgekehrt den beklagten Schwindelanfällen keinerlei Beachtung. Schliesslich wurde es für alle Fachgebiete einzig von einer Fachärztin für Anästhesiologie verfasst, was dem bundesgerichtlichen Anspruch an Gutachter (E. 5.5.1) nicht genügt.

7.4 Dem Gutachten vom 28. November 2011 ist nach diesen Erwägungen keine Gutachtensqualität zuzuerkennen. Es kann deshalb, entgegen dem Ansinnen der Beschwerdeführerin, nicht die massgebliche Grundlage für die Entscheidung über eine Rentenzusprache sein und rechtfertigt auch nicht, ein die massgeblichen Beweiskriterien (E. 5.5) erfüllendes Gutachten in Frage zu stellen (s. unten E. 9).

8.

8.1 Der RAD erachtete die gesundheitliche Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin anhand der zur Verfügung stehenden Unterlagen, darunter die kroatische Expertise (E. 6), nachvollziehbar als unklar (Sachv. B.c). In dieser Konstellation eine eigene Begutachtung anzusetzen erscheint mit Blick auf den geltenden Untersuchungsgrundsatz (E. 4.2) geboten und nicht zu beanstanden. Angesichts des mangelnden Beweiswerts der kroatischen Expertise (E. 7.4) wäre dieses Vorgehen selbst dann nicht zu beanstanden, wenn selbige im expliziten Auftrag der Vorinstanz erfolgt wäre, was vorliegend von der Vorinstanz verneint wurde (act. 13).

8.2 Aktenkundig liess sich die Vorinstanz eine Schweizer Gutachtensstelle durch SuisseMED@P, die für die zufallsbasierte Zuweisung gesetzlich vorgeschriebene (Art. 72^{bis} IVV), vom Bundesamt für Sozialversicherungen betreute, schweizweit verbindliche Plattform, zuweisen (Sachv. C.d). Von der Beschwerdeführerin werden keinerlei Hinweise dafür geltend gemacht, noch ergeben sich solche aus den Akten, dass diese Zuweisung nicht korrekt erfolgt sei. Sie ist deshalb nicht zu beanstanden. Dass die Vorinstanz in der Auswahl der Fachdisziplinen über die Empfehlung des RAD hinausging (sowohl Neurologie als auch Rheumatologie; plus Innere Medizin), vermag diese Überzeugung nicht zu schmälern (vgl. Urteil des BGer 8C_1056/2010 vom 29. Juni 2011 E. 4.3).

8.3 Die Beschwerdeführerin wurde mit Schreiben vom 30. Mai 2013 (Sachv. C.d) über die vorgesehene Begutachtung samt Fachdisziplinen sowie die vorgesehenen Gutachtensfragen informiert und aufgefordert, allfällige Einwände und Zusatzfragen kundzutun. Die Gutachterstelle und die involvierten Fachärzte wurden ihr mit Schreiben vom 19. Juli 2013 (IV-act. 83) offen gelegt und sie gleichzeitig aufgefordert, allfällige personenbezogene Einwände vorzubringen. Der Empfang dieser Schreiben wird weder in den Vorakten noch im Schriftenwechsel in Frage gestellt und ist deshalb als unstrittig anzusehen.

Wohl wird in diesen Schreiben, wie die Beschwerdeführerin richtigerweise festhält (Sachv. C.e), die Zufallsauswahl der Gutachterstelle nicht explizit erläutert, doch hätte diese auf Rückfrage jederzeit bestätigt werden können. Eine solche Rückfrage oder gar ein Einwand der Beschwerdeführerin sind den Akten nicht zu entnehmen und werden auch nicht ins Recht geführt. Es ist deshalb nicht ersichtlich, inwiefern das Gutachten durch den fehlenden expliziten Hinweis Mängel aufwies oder die Beschwerdeführerin in ihren Rechten beeinträchtigt worden wäre.

8.4 Die Einleitung des Begutachtungsverfahrens sowie das Verfahren selbst entsprechen dem Gesetz und den bundesgerichtlichen Vorgaben; sie sind nicht zu beanstanden. Die Rüge der Beschwerdeführerin, es sei so lange ein Gutachter gesucht worden, bis einer die vorgefasste Meinung der Vorinstanz bestätigte, erweist sich damit als unbegründet. Bei diesem Resultat kann auch keine Verletzung verfassungsmässiger Rechte oder von EMRK-Garantien erkannt werden.

9.

9.1 Die Beschwerdeführerin rügt nicht nur die amtliche Begutachtung an sich, sondern stellt auch ihren Beweiswert in Frage. Es ist deshalb auch hier zu prüfen, ob die Beweisanforderungen (E. 5.5) erfüllt werden.

9.1.1 Das D. _____-Gutachten vom 22. Dezember 2013 umfasst 42 Seiten, beinhaltend die Teilgutachten der Inneren Medizin, der Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie sowie eine Zusammenfassung extern durchgeführter Untersuchungen. Es basiert auf den Vorakten, persönlichen Untersuchungen im Zeitraum des 17.-20. September 2013, unter Beizug eines Dolmetschers sowie eigens durchgeführter Laboranalyse, EKG und Lungenfunktionsprüfung, Röntgen- und MR-Aufnahmen.

9.1.2 Der Hauptteil beginnt mit einer Auflistung der Vorakten und deren auszugsweisen Zusammenfassung, einer Vorgeschichte und ausführlichen Anamnese. Nicht in den referenzierten Vorakten enthalten sind die beschwerdeweise vorgebrachten Entscheide des kroatischen Versicherungsträgers und die darin erwähnten, nationalen Gutachten (E. 6.1); auf weitere nicht referenzierte Aktenstücke wird in der Diskussion der einzelnen Teilgutachten verwiesen.

9.1.3 An aktuellen Leiden gibt die Beschwerdeführerin gegenüber den Gutachtern an: Rückenbeschwerden, progredient ab 2003, im Bereich der ganzen Wirbelsäule mit Ausstrahlung vom Nacken bis in den rechten Arm

und vom Gesäss ins rechte Bein bis in die Zehenspitzen; deshalb bestünden auch Durchschlafstörungen, "Blackouts" von ein paar Sekunden bis mindestens zwei Minuten, Tinnitus, Kopfschmerzen, Gefühl- und Kraftlosigkeit des rechten Arms und der ersten beiden Finger der rechten Hand.

9.1.3.1 Nach der internistischen Untersuchung vom 17. September 2013 stellt der Teilgutachter eine milde Hypertonie sowie einen Shift der Wirbelsäule nach links bei Flachrücken und Schultertiefstand derselben Seite fest. Die Halswirbelsäule sei in allen Bewegungsrichtungen um $\frac{1}{3}$ schmerzhaft eingeschränkt und es werde im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule eine diffuse Druckdolenz angegeben. Im Labor wird ein erhöhter Cholesterinspiegel, aber auch ein deutlich unter dem therapeutischen Bereich liegender Spiegel der eingenommenen Psychopharmaka gemessen. Dabei werde überhaupt kein psychischer Leidensdruck ersichtlich.

9.1.3.2 Der Rheumatologe bestätigt nach seinem Untersuch vom 18. September 2013 den Shift der Wirbelsäule, den Flachrücken und die Einschränkung der Halswirbelsäule um $\frac{1}{3}$; die Schultern stünden horizontal, allerdings das Becken links leicht tiefer, was sich auch bildgebend bestätige. Die gesamte Rückenmuskulatur sei druckdolent und verhärtet, im Lendenbereich würden Tendoperiostosen und Myogelosen palpirt; Atrophien oder Schwellungen aufgrund von Schonung lägen aber keine vor. Bildgebend seien an der Halswirbelsäule nur sehr diskrete, an der Lendenwirbelsäule immerhin diskrete degenerative Veränderungen ersichtlich. Die Beschwerdeführerin gebe an der gesamten rechten Seite ein vermindertes Gefühl an, was als funktionell anzusehen sei. Es bestünden mit Sicherheit keine radikulären Symptome mehr und die angegebenen Schmerzen in Bein und Arm seien spondylogener statt dermatombezogener Natur. Der Gutachter konstatiert schliesslich einen während der Untersuchung wachsenden Eindruck der Rentenbegehrlichkeit.

Nicht in den referenzierten Vorakten enthalten ist ein Radiologiebericht vom 29. Juli 2012 (IV-act. 74), der für L1-L3 eine leichte Linksdrehung der Wirbel, Protrusionen L2-L5, eine Arthrose mit Nervenwurzelkontakt L3-L5 und eine diskrete Stenose diagnostiziert. Ein ebenfalls nicht referenzierter Radiologiebericht vom 05. Dezember 2007 (IV-act. 67), also noch vor dem operativen Eingriff im Februar 2010 erstellt, berichtet von Protrusionen C3-Th1 mit Druck auf die Nerven. Ein Attest vom 07. Juli 2010 (IV-act. 51), also kurz nach demselben operativen Eingriff erstellt, berichtet von Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im Bereich der zervikalen und lumbalen

Wirbelsäule. Ein früheres Attest vom 14. Februar 2005 (IV-act. 63) berichtet von Bewegungseinschränkungen der Halswirbelsäule, Schmerzen entlang der ganzen Wirbelsäule sowie Bewegungseinschränkungen lumbal und Hypästhesie dermatombezogen L4/L5 beidseitig. Ebenfalls nicht als Vorakte aufgeführt ist das von der Beschwerdeführerin monierte Attest vom 02. August 2004 (IV-act. 62), welches eine lange Liste an Diagnosen u.a. betreffend die zervikale, thorakale und lumbale Wirbelsäule aufführt.

9.1.3.3 Die neurologische Teilgutachterin notiert nach ihrem Untersuch vom 20. September 2013 die Angabe einer Hypästhesie auf der ganzen rechten Seite, auch im Gesicht, und einen unsicheren Romberg-Stehversuch bzw. undurchführbaren Zehenspitzen- und Fersenstand. Die Beschwerdeführerin gebe binokuläre Doppelbilder bei Konvergenzinsuffizienz an. Ein neurologisches Ausfallsyndrom oder auch sekundäre Kopfschmerzursachen könnten nicht nachgewiesen werden, der Schwindel sei am ehesten orthostatisch und die antihypertensive Medikation anzupassen.

In der Auflistung der Vorakten nicht explizit aufgeführt sind weitgehend unauffällige Echodoppleruntersuchungen der Hirngefäße vom 04. Februar 2011 (IV-act. 70) und 14. Februar 2012 (IV-act. 73), wenn auch im Gutachtenstext solche Untersuchungen erwähnt werden. Weiter fehlt ein EMNG-Bericht vom 13. August 2012 (IV-act. 75), der eine mittelschwere bis schwere neurogene Läsion auf Höhe C5 beidseitig, C6 rechts, C7 links, L5 und S1 attestiert.

9.1.3.4 Der psychiatrische Teilgutachter erkennt nach seinem Untersuch vom 18. September 2013 einen aufgestellten Eindruck und lebhaftes Mimik wie Gestik der Beschwerdeführerin. Während des Gesprächs sei es nicht zu schmerzinduzierten Positionsveränderungen oder Äusserungen gekommen und auch Bewegungseinschränkungen oder ein Nachlassen der Aufmerksamkeit seien nicht beobachtbar. Die Untersuchung ergebe keine Hinweise auf das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung, insbesondere keine Depression oder Angststörung, aber auch keine anhaltende Schmerzstörung. Die Beschwerdeführerin selbst stelle eine psychiatrische Ätiologie und aktuelle Therapie in Abrede; sie sei vor der Operation im Februar 2010 immer wieder zu Psychiatern geschickt worden, sie wolle dies aber nicht, sie sei körperlich krank, nicht psychisch.

Den Akten sind zwei nicht im Gutachten referenzierte Atteste vom 30. Oktober 2009 (IV-act. 61) und 07. Juli 2010 (IV-act. 58) – also noch vor bzw.

kurz nach dem operativen Eingriff an der Halswirbelsäule erstellt – zu entnehmen, die eine rezidivierende, schwere depressive Störung bzw. eine gemischt depressiv-ängstliche Störung, eine Somatisierungsstörung und eine organisch affektive Störung diagnostizieren.

9.1.3.5 Als aktuelle Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit attestieren die Gutachter ein chronisches, zervikal und lumbal betontes Panvertebralsyndrom bei Fehlform und Fehlhaltung der Wirbelsäule, leichter Skoliose und degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule sowie Beckenschiefstand. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien chronische Migräne, Tinnitus rechts, arterielle Hypertonie und ein Verdacht auf orthostatischen Schwindel mit vagovasalen Synkopen (differentialdiagnostisch medikamentöse Nebenwirkung).

9.1.4 Die genannten Leiden der Beschwerdeführerin wurden sämtlich in den jeweiligen Teilgutachten berücksichtigt. Die klinischen Untersuchungen und Beobachtungen in den einzelnen Teilen erscheinen umfassend und schlüssig. Die Zusammenhänge und medizinischen Schlussfolgerungen der Teilgutachten wie auch der Gesamtdiskussion erscheinen ausführlich und begründet.

Hingegen wurden wesentliche neuere Gutachten sowie Vorakten mit bildgebenden und apparatetechnischen Untersuchungen (E. 9.1.2, 9.1.3.2, 9.1.3.3) weder referenziert noch deren teilweise dem amtlichen Gutachten widersprechenden Feststellungen diskutiert: Während der Radiologe nach eigenem Röntgenbild lumbal nur diskrete Bandscheibenveränderungen mit wenig Arthrose in den Intervertebralgelenken attestiert, wird im nicht referenzierten radiologischen Bericht des Vorjahres (vom 29. Juli 2012; IV-act. 74) eine 'wesentliche' arthritische Einengung des linken Foramins L3/L4 und L4/L5, jeweils mit Nervenwurzelkontakt, beschrieben. Die kurzen gutachterlichen Einschätzungen, es lägen "mit Sicherheit" keine radikulären Symptome mehr vor und die Hypästhesie sei nicht dermatombezogen, erscheinen vor diesem Hintergrund erklärungsbedürftig. Eine dem nicht referenzierten, immerhin mehrere mittelschwere bis schwere neurogene Läsionen beschreibenden, neurophysiologischen Bericht vom 13. August 2012 (IV-act. 75) entsprechende Untersuchung ist dem Gutachten nicht zu entnehmen.

9.1.5 Die zuletzt ausgeübten Berufe einer Blanchisseuse oder Haushälterin in einem Altersheim sind der Beschwerdeführerin nach dem Gutachten

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit mindestens 2006 nicht mehr zumutbar. Hingegen bestehe für eine leidensangepasste, wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben von Lasten über 3kg und ohne repetitive Arbeiten in gebückter Haltung seit jeher und durchgehend volle Arbeitsfähigkeit. Es sei aus gutachterlicher Sicht nicht anzunehmen, dass sich diese Einschränkungen durch medizinische Massnahmen bessern liessen.

Das Gutachten berichtet in der Anamnese kurz vom erwerblichen Charakter des durch die Beschwerdeführerin und ihren Ehemann bewohnten Bauernhofs, schenkt einer landwirtschaftlichen Tätigkeit in Folge aber keine Beachtung mehr. Lediglich der psychiatrischen Anamnese lässt sich implizit entnehmen, dass mindestens aktuell nur noch der Ehemann auf dem Hof beschäftigt sei. Aufgrund der statuierten qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist immerhin davon auszugehen, dass eine eigene Tätigkeit in der Landwirtschaft ihr nicht mehr zumutbar ist.

Die Terminierung dieser Beurteilung auf 2006 wird mit der ersten bildgebenden Dokumentation fortgeschrittener degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule begründet. Tatsächlich wird der Radiologiebericht vom 21. Februar 2006 (vgl. Sachv. B.a.a) als ältestes Voraktum im Gutachten geführt, doch finden sich bereits im ersten aktenkundigen (nicht im Gutachten referenzierten) Attest vom 02. August 2004 detaillierte Diagnosen zur Wirbelsäule, die auf eine erfolgte, bildgebende Diagnostik hinweisen. Schliesslich fällt auch auf, dass in der Diskussion der Arbeitsfähigkeit über den im Februar 2010 erfolgten, chirurgischen Eingriff und eine damit verbundene kurz- oder mittelfristige Veränderung der Arbeitsfähigkeit hinweggesehen wird.

9.1.6 Das amtliche Gutachten vom 22. Dezember 2013 wurde von Fachärzten erstellt (E. 5.5.1), erfüllt die Beweisanforderungen an ein Gutachten (E. 5.5) aber nur teilweise. Die beschriebenen Mängel scheinen geeignet, die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin materiell und chronologisch über die gutachterlichen Feststellungen hinaus zu beschlagen. Dem Gutachten kommt deshalb keine volle Beweiskraft zu.

9.2 Die Beschwerdeführerin bemängelt am eingeholten amtlichen Gutachten konkret die Nichtberücksichtigung der Diagnosen in Vorakten, eine falsche Anamnese und die Nichtberücksichtigung des im Februar 2010 erfolgten, operativen Eingriffs.

9.2.1 Es kann offen bleiben, ob im Gutachten tatsächlich die sehr ausführliche Diagnoseliste aus dem ersten aktenkundigen Attest vom 02. August 2004 (Sachv. B.a.a) umfassend übernommen und thematisiert worden sein müsste. Es ist immerhin denkbar, dass dieses vergleichsweise alte Attest durch den inzwischen erfolgten, operativen Eingriff oder nachfolgende Untersuchungen in einzelnen Diagnosen oder ganzen Diagnosekategorien überholt ist. Tatsächlich wird das Attest aber, wie dargestellt, nicht als Voraktum geführt oder – soweit ersichtlich – mindestens berücksichtigt; selbst für den Beginn der attestierten Arbeitsunfähigkeit wird stattdessen auf ein zwei Jahre jüngeres Attest abgestellt.

9.2.2 Die Beschwerdeführerin sieht sich im Gutachten realitätswidrig als 'selbständige Grossbäuerin' charakterisiert, werde sie doch von den Kindern unterstützt. Tatsächlich wird im Gutachten beschrieben, das Ehepaar lebe vom Verkauf landwirtschaftlicher Produkte und es 'handle sich' (*ergo* in der Darstellung der Beschwerdeführerin) um einen recht grossen Gutshof mit über 100 Olivenbäumen und Reben. Dem Gutachten ist aber auch zu entnehmen, nur der Ehemann sei in einer 'kleinen Landwirtschaft' beschäftigt und es wird die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nur in Bezug auf externe, unselbständige Tätigkeiten beurteilt.

Insofern die Beschwerdeführerin die absolute Ertragskraft des ehelichen Landwirtschaftsbetriebs thematisiert, ist diese zur Beurteilung einer gesundheitlich bedingten, relativen Einschränkung der Erwerbsmöglichkeiten (E. 4.3) nicht von Bedeutung. Hingegen fällt auf, dass eine frühere selbständige (Mit-)Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin auf dem ehelichen Bauernbetrieb nicht thematisiert wird.

9.2.3 Die Beschwerdeführerin rügt an den gutachterlichen Feststellungen schliesslich die Nicht-Berücksichtigung des operativen Eingriffs im Februar 2010 samt Rekonvaleszenz-Periode in der Beurteilung ihrer Arbeitsfähigkeit. Tatsächlich wird im Gutachten eine einzige Periode unveränderter Arbeitsfähigkeit seit 2006 beschrieben, also weder ein mittel- oder langfristiger Erfolg, noch werden die kurzfristigen Auswirkungen des chirurgischen Eingriffs berücksichtigt. Der RAD sah in seiner Stellungnahme vom 21. Januar 2014 (Sachv. B.e) denn auch in Abweichung zum Gutachten eine vorübergehende volle Arbeitsunfähigkeit von Februar bis August 2010 vor. Wie lange die konkrete Rekonvaleszenzperiode tatsächlich dauerte, kann aufgrund des vorliegenden Anmeldedatums und davon abhängigem, möglichem Rentenbeginn ab frühestens Oktober 2011 aber offen bleiben

(Sachv. B.a, E. 4.5), liegen in den Akten doch keine Anzeichen für eine bis ins Wartejahr hinein anhaltende Rekonvaleszenz vor.

9.3 Nachdem die Beweiskraft des amtlichen Gutachtens Einschränkungen erfährt, kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass es den Gesundheitszustand und die Einschränkungen der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin umfassend abbildet. Dieser Mangel kann durch eine Ergänzung des Gutachtens im Hinblick auf nicht berücksichtigte Vorakten und eine Erläuterung allfällig verbleibender Widersprüche behoben werden.

10.

10.1 Die Vorinstanz hat aufgrund einer geschätzten Einschränkung im Haushaltsbereich von 21% (vgl. Beurteilung von Dr. B._____, RAD Z._____, vom 21. Januar 2014 [Sachv. B.e]) ohne weitere Begründung und in Anwendung der spezifischen Methode für Nicht-Erwerbstätige (E. 4.4.2) einen Invaliditätsgrad von 21% verfügt. Dass die Beschwerdeführerin ohne den beklagten Gesundheitsschaden allerdings tatsächlich nicht erwerbstätig wäre, lässt sich den Akten nicht ohne weiteres entnehmen.

10.1.1 Die Beschwerdeführerin arbeitete, seit ihrer Rückkehr nach Kroatien, in den Jahren 1998 bis 2003 in der lokalen Tourismus-Saison jeweils drei Monate im Jahr als Blanchisseuse (Sachv. A) und führt die Beendigung dieser Tätigkeit selbst auf ihren Gesundheitsschaden zurück. Aus dem ersten aktenkundigen Attest vom 02. August 2004 (Sachv. B.a.a) ist denn auch ersichtlich, dass in diesem Zeitpunkt, in relativer zeitlicher Nähe zur letzten Arbeitstätigkeit, bereits Therapien in Angriff genommen worden waren. Die gutachterlichen Feststellungen stehen einer gesundheitsbedingten Arbeitsaufgabe nicht entgegen und andere Gründe zur Aufgabe dieser regelmässigen Arbeitstätigkeit sind den Akten auch nicht zu entnehmen. Es ist deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne den erlittenen Gesundheitsschaden weiterhin im lange praktizierten jährlichen Rhythmus und Rahmen unselbständig erwerbstätig wäre.

10.1.2 Gegenüber den amtlichen Gutachtern gibt die Beschwerdeführerin an, sie und ihr Mann würden (unter anderem) vom Verkauf landwirtschaftlicher Produkte von ihrem Bauernhof leben (Sachv. B.d, IV-act. 87 p. 14).

Bereits auf dem Fragebogen für im Haushalt tätige Versicherte vom 05. November 2012 (Sachv. B.a, IV-act. 10 p. 5) führte sie aus, dass sie vor Eintritt des Gesundheitsschadens ihrem Mann im Weinberg geholfen und dieser nun auch den Nutzgarten "übernommen", ergo sie vorher dort mindestens teilweise mitgearbeitet habe. Es sprechen deshalb mindestens Indizien für eine direkte Mitwirkung der Beschwerdeführerin an einer gemeinsamen selbständigen Erwerbstätigkeit des Ehepaars. Welchen Anteil sie zuvor erbrachte, wieviel davon nun durch den Ehemann übernommen werden konnte und welche Einkommenseinbußen zu verzeichnen waren, lässt sich den Akten hingegen nicht entnehmen.

10.2 Es ist daher fraglich, ob der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin anhand der richtigen Methode ermittelt worden ist. Die erwerblichen Verhältnisse der Beschwerdeführerin sind demnach ergänzend zu erheben und anschliessend ihr Invaliditätsgrad, nach Wahl der einschlägigen Methode, in Abhängigkeit dieses Abklärungsergebnisses, neu zu bestimmen.

11.

11.1 Nach den vorhergehenden Erwägungen kann durch eine Komplettierung der Aktenlage mit den Gutachten des kroatischen Versicherungsträgers, eine Ergänzung des amtlichen Gutachtens im Hinblick auf die vollständige Aktenlage und die Klärung danach verbleibender Widersprüche zu einzelnen Vorakten (vgl. E. 9.1.4) ein vorliegend rechtsgenügender Beweis über die Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin erbracht werden. Hingegen wurden notwendige Informationen zur Erwerbssituation der Beschwerdeführerin im ehelichen Betrieb bisher noch gar nicht erhoben. Diese sind einzuholen und der Invaliditätsgrad ist danach in Anwendung der je nach Untersuchungsergebnis einschlägigen Methode neu zu bestimmen.

11.2 Der Beweis über sozialversicherungsrechtliche Ansprüche ist schwerwichtig auf Stufe des Administrativverfahrens zu führen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2), auch wenn das Gericht reformatorisch entscheiden kann (Art. 61 VwVG). Nach bundesgerichtlicher Praxis ist ein Verfahren jedenfalls zurückzuweisen, wenn die Ergänzung eines Gutachtens oder aber die notwendige Erhebung einer bisher völlig ungeklärten Frage ansteht (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4); zudem sind vorliegend weitere Abklärungen zur Statusfrage erforderlich, die nicht im Rahmen eines medizinischen Gerichtsgutachtens erfolgen können. Die vorliegende Sache ist deshalb an die Vorinstanz zurückzuverweisen.

12.

12.1 Die Verfahrenskosten sind in der Regel der unterliegenden Partei aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu ergänzenden Abklärungen gilt praxisgemäss als Obsiegen; der Beschwerdeführerin sind deshalb keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz als unterliegende Partei werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

12.2 Die Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz für die ihr erwachsenen notwendigen Kosten (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7ff des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Dass ihr die unentgeltliche Rechtsvertretung gewährt wurde (Sachv. D.a) bleibt dabei ohne Belang (Art. 65 Abs. 3 VwVG).

Der Rechtsvertreter hat eine Honorarnote eingereicht (Sachv. D.b), welche jedoch nicht den kompletten Prozessaufwand abdeckt (zusätzliche Eingabe vom 28. September 2015 auf Einladung des Gerichts hin [act. 16]). Das Gericht setzt die Parteientschädigung deshalb aufgrund der Akten (Art. 14 Abs. 2 VGKE) auf CHF 1'975.00 (inkl. Auslagen, ohne MwSt.) fest.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Sache zur Ergänzung und Neuurteilung im Sinne von E. 11.1 an die Vorinstanz zurückverwiesen wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Der Beschwerdeführerin wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von CHF 1'975.00 zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben; Beilage in Kopie: Eingabe vom 28.9.2015 inkl. Beilage)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Beat Weber

Hans-Peter Oeri

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Rechtschrift 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: