

BVGer B-5467/2012 vom 23. Oktober 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-10-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-5467_2012

FR: TAF B-5467/2012 du 23 octobre 2014

IT: TAF B-5467/2012 del 23 ottobre 2014

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.3

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens sind die Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland vom 19. September 2012. Die Beschwerdeführerin hat frist- und formgerecht Beschwerde erhoben (Art. 60 ATSG). Als Adressatin der angefochtenen Verfügung ist die Beschwerdeführerin besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Damit ist auf das ergriffene Rechtsmittel, nachdem auch der geforderte Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, einzutreten.

E. 2.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit, wenn nicht eine kantonale Behörde als Beschwerdeinstanz verfügt hat (Art. 49 VwVG).

E. 2.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4

VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gut- heissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Thomas Häberli, in: Praxiskommentar VwVG, 2008, Art. 62 N 40).

E. 2.3

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 3

Vorab ist zu prüfen, welche Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren zur Anwendung gelangen.

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin ist Staatsangehörige von Serbien und hat dort ihren Wohnsitz. Da die Schweiz mit diesem Nachfolgestaat des ehemaligen Jugoslawiens kein entsprechendes neues Abkommen abgeschlossen hat (ein solches wurde zwar vereinbart, aber noch nicht ratifiziert), bleiben die Bestimmungen des Abkommens vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109. 818.1) sowie die hierzu abgeschlossene Verwaltungsvereinbarung vom 5. Juli 1963 (SR 0.831.109.818.12) auf den vorliegenden Fall anwendbar (vgl. BGE 126 V 203 E. 2b, BGE 122 V 382 E. 1, BGE 119 V 101 E. 3). Demnach bestimmt sich die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, soweit dieser Staatsvertrag keine abweichende Regelung enthält, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 1, 2 und 4 des Abkommens).

E. 3.2

Nach den allgemeinen intertemporalen Regeln sind in verfahrensrechtlicher Hinsicht diejenige Rechtssätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2). In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügungen vom 19. September 2012 in Kraft standen; weiter aber auch alle übrigen Vorschriften, die für die Beurteilung der streitigen Verfügung im vorliegend massgeblichen Zeitraum von Belang sind. Dies sind die bis zum 31. Dezember 2007 in Kraft gewesenen Bestimmungen der 4. IV-Revision (AS 2003 3837), ab 1. Januar 2008 die zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Bestimmungen der 5. IV-Revision (AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155) und ab 1. Januar 2012 die zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Bestimmungen der 6. IV-Revision (AS 2011 5659 bzw. AS 2011 5679).

E. 3.3

Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Neu normiert wurde insbesondere der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der - sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind - gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs entsteht. Gemäss den intertemporalrechtlichen Grundsätzen ist der Leistungsanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 grundsätzlich auf Grund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen. Trat der Versicherungsfall bereits vor dem 1. Januar 2008 ein, so gilt entsprechend altes Recht (das heisst die versicherte Person kann sich noch innerhalb eines Jahres seit Eintritt des Versicherungsfalles anmelden, ohne Einbusse an Rentenleistungen; vgl. Art. 48 Abs. 2 IVG in der bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung). Trat der Versicherungsfall hingegen am 1. Januar 2008 oder später ein, so ist das neue Recht anwendbar, sprich der Rentenanspruch entsteht grundsätzlich erst nach Ablauf der halbjährigen Wartefrist seit der IV-Anmeldung (Art. 29 Abs. 1 IVG). Eine Ausnahme zu letzterer Regelung besteht indessen für Fälle, in denen das Wartejahr vor dem 1. Januar 2008 zu laufen begann und im Jahr 2008 erfüllt wurde. In diesen Fällen reicht es, wenn die Anmeldung bis Juni 2008 (vgl. hierzu BGE 138 V 475) eingereicht wird, dass abweichend von Art. 29 Abs. 1 IVG ab Ablauf des Wartejahres Anspruch auf IV-Leistungen besteht (BGE 138 V 475, Urteile Bundesgericht [BGer] 8C_419/2009 vom 3. November 2009 E. 3.2 f. und 8C_312/2009 vom 1. Dezember 2009 E. 5; Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen [nachfolgend: BSV] vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]).

E. 3.4

Bezüglich der vorliegend auf Grund von Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG zu berücksichtigenden ATSG-Normen zur Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) und zur Bestimmung des Invaliditätsgrades (Art. 16) hat das Schweizerische Bundesgericht (vormals Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) erkannt, dass es sich bei den in Art. 3-13 ATSG enthaltenen Legaldefinitionen in aller Regel um eine formellgesetzliche Fassung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den entsprechenden Begriffen vor In-Kraft-Treten des ATSG handelt und sich inhaltlich damit keine Änderung ergibt, weshalb die hierzu entwickelte Rechtsprechung übernommen und weitergeführt werden kann (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3).

E. 4

Im vorliegenden Fall ist einerseits streitig, in welchem rentenerheblichen Mass die Beschwerdeführerin invalid geworden ist und andererseits, ab wann ein allfälliger Leistungsanspruch besteht. Nachfolgend sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden gesetzlichen Grundlagen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

E. 4.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und bei Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat; d.h. während mindestens eines vollen Jahres gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. während

mindestens drei Jahren gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG (in der seit 2008 geltenden Fassung). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein. Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als eines Jahres, aber auch während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und die Invalidenversicherung geleistet, so dass die Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente sowohl alt- wie auch neurechtlich erfüllt ist (vgl. IV act. 57). Zu prüfen bleibt damit, ob und gegebenenfalls ab wann und in welchem Umfang sie invalid im Sinne des Gesetzes (geworden) ist.

E. 4.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG im Besonderen setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396). Eine solche Diagnose ist eine rechtlich notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden (BGE 132 V 65 E. 3.4).

E. 4.3

Vor der Berechnung des Invaliditätsgrades muss jeweils beurteilt werden, ob die versicherte Person als (teil-)erwerbstätig oder nichterwerbstätig einzustufen ist, was entsprechenden Einfluss auf die anzuwendende Methode der Invaliditätsgradbemessung hat. Bei einer erwerbstätigen versicherten Person wird das Erwerbseinkommen, das diese nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, Art. 16 ATSG). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, insbesondere bei Hausfrauen, wird für die Bemessung der Invalidität darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (spezifische Methode des Betätigungsvergleichs, Art. 28a Abs. 2 IVG). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen, nicht erwerbstätigen Personen gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie

daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode, Art. 28a Abs. 3 IVG). Zu prüfen ist, was die versicherte Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. So sind insbesondere bei im Haushalt tätigen Versicherten die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausreicht (vgl. BGE 133 V 504 E. 3.3, 133 V 477 E. 6.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

E. 4.4

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

E. 4.5

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

E. 4.6

Bezüglich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten

oder Stellungnahme (vgl. zum Ganzen Urteil BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3 und BGE 125 V 351 E. 3.a). Auch auf Stellungnahmen eines regionalen ärztlichen Dienstes (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 BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1; 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit weiteren Hinweisen). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Das Fehlen eigener Untersuchungen vermag daher einen RAD-Bericht für sich alleine nicht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung der erwerblichen Folgen eines bereits feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, folglich die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt.

E. 4.7

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG [in der seit dem 1. Januar 2008 gültigen Fassung], Art. 28 Abs. 1ter IVG [in der bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung]), soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche liegt vorliegend allerdings nicht vor. Vielmehr sieht Art. 8 Bst. e des Sozialversicherungsabkommens ausdrücklich vor, dass ordentliche (schweizerische) Invalidenrenten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, jugoslawischen Staatsangehörigen nur gewährt werden, solange sie ihren Wohnsitz in der Schweiz haben.

E. 4.8

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Nach Art. 29 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt. Ziel dieser Regelung ist, dass sich die versicherten Personen möglichst rasch bei der IV anmelden, damit die Eingliederung noch möglichst grosse Erfolgchancen hat.

E. 4.9

Nach Art. 29 Abs. 1 IVG (in der bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung) entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist (Bst. a) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Bst. b). Nach Art. 48 Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung) werden Leistungen für die zwölf der Anmeldung vorangegangenen

Monate ausgerichtet, wenn sich eine versicherte Person mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs anmeldet. Weitergehende Nachzahlungen werden erbracht, wenn die versicherte Person den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte und die Anmeldung innerhalb von zwölf Monaten seit Kenntnisnahme vornimmt.

E. 5

Die Vorinstanz sprach der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 19. September 2012 eine halbe Invalidenrente ab 1. September 2010 zu. Sie stellt sich auf den Standpunkt, dass vorliegend der Versicherungsfall zwar bereits im Januar 2004 eingetreten sei, jedoch eine Anmeldung für Invalidenleistungen erst nach dem 31. Dezember 2008 erfolgt sei. In Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG in der ab 2008 gültigen Fassung sei daher der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs entstanden. Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, dass ihr bereits ab 1. März 2009 eine über den Anmeldezeitpunkt hinausreichende rückwirkende ganze Invalidenrente zuzusprechen sei. Sie stützt sich dabei sinngemäss auf Art. 48 Abs. 2 IVG in der bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung.

E. 6

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

E. 6.1

Die Beschwerdeführerin hat ihre Erwerbstätigkeit in der Schweiz im Jahre 1987 aufgegeben, weil sie in ihre Heimat zurückgekehrt ist. Dort war sie gemäss ihren eigenen Angaben weder selbstständig noch unselbstständig erwerbstätig, sondern mit der Haushaltsführung betraut (vgl. IV act. 17). Dass die Arbeitsaufgabe wegen Krankheit erfolgte, ist den Akten nicht zu entnehmen.

E. 6.2

Die Vorinstanz hat die Beschwerdeführerin daher zu Recht als nichterwerbstätige Versicherte qualifiziert, welche im häuslichen Aufgabenbereich tätig ist und der die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, so dass sich die Bemessung der Invalidität nicht nach Art. 16 ATSG, sondern nach Art. 28a Abs. 2 IVG richtet (spezifische Methode). Es ist folglich darauf abzustellen, in welchem Masse die Beschwerdeführerin unfähig ist, sich in diesem Aufgabenbereich zu betätigen. Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV). Die Invalidität wird aufgrund eines Betätigungsvergleichs ermittelt. Der gesamte Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten entspricht in jedem Fall einem Wert von 100 %. Die Gewichtung der einzelnen Teilbereiche der Haushaltsführung hat sodann nach Massgabe der Verwaltungsweisungen zu erfolgen. Hernach ist die gesundheitlich bedingte Einschränkung in den einzelnen Teilbereichen festzustellen, woraus sich schliesslich der Invaliditätsgrad ermitteln lässt (AHI 1997 S. 291 E. 4a).

E. 7

Im Folgenden bleibt zu prüfen, in welchem Masse die Beschwerdeführerin im Haushalt zufolge ihrer gesundheitlichen Beschwerden eingeschränkt ist. Die vorinstanzliche Feststellung, wonach die Beschwerdeführerin im Aufgabenbereich Haushalt seit dem 1.

Januar 2003 zu 58 % eingeschränkt ist, stützt sich auf die RAD-Stellungnahmen von Dr. med. B. _____ vom 15. Juni 2012 und von Dr. med. C. _____ vom 26. Januar, 16. Februar 18. Juni und 31. Juli 2012. Diese Stellungnahmen stützen sich ihrerseits insbesondere auf den medizinischen Bericht von Dr. A. _____ vom 21. Oktober 2011. Aus diesen Unterlagen geht im Wesentlichen Folgendes hervor.

E. 7.1

Dr. A. _____, Facharzt Neuropsychiatrie, verfasste am 21. Oktober 2011 zuhanden des serbischen Versicherungsträgers einen medizinischen Bericht. Er hielt fest, dass bei der Versicherten im Jahr 2002 nach dem Tod ihres Vaters erste Anzeichen einer psychischen Störung erschienen seien, die zusammen mit stressigen Situationen (Verkehrsunfall mit materiellem Schaden, Geldverlust) ein depressives Zustandsbild mit Verstimmung, Schlafstörungen, Schuldgefühl und Inaktivität herbeigeführt hätten. Im Jahr 2003 sei die Versicherte wegen Verschlechterung gefolgt von Agitation, Depression und Wahnvorstellung zweimal psychiatrisch hospitalisiert worden, wobei sie im Krankenhaus einen Suizid versucht habe. Weitere Hospitalisationen seien im Jahr 2004 und 2006 mit paranoiden-halluzinatorischen Bildern erfolgt. Die Versicherte sei regelmässig ambulant nachuntersucht worden. Durch eine Therapie mit Neuroleptika, Antidepressiva, Anxiolytika und Stimmungsstabilisatoren sei es zu einer geringfügigen Verbesserung gekommen. Während der Untersuchung habe die Versicherte angegeben, dass "sie sich nicht gut fühle, sie habe ein Gefühl des Erstickens aufgrund der Diabetes, sie könne nicht sehen und sei verstimmt". Laut Angaben ihres Ehemannes rege sie sich aus geringfügigen Anlässen extrem auf, verlasse das Haus und irre ziellos herum. Sie erledige einfache häusliche Tätigkeiten unter Aufsicht. Zur Untersuchung sei die Versicherte in einem Sportanzug gekleidet erschienen. Ihr Aussehen sei unordentlich und ihr Hygienezustand sei unbefriedigend. Sie erscheine bewusst und orientiert. Ein verbaler Kontakt werde hergestellt, aber nur durch den Antrieb unterhalten und inadäquat vertieft. Die Versicherte negiere perzeptive Täuschungen und man habe nicht den Eindruck, dass sie sie derzeit erlebe. Sie habe einen verlangsamten Gedankenfluss ohne Spontansprachproduktion mit einfachen Worten, keine Wahnvorstellungen, aber affektiv gefärbte Gedankeninhalte. Es bestehe eine gespannte Aufmerksamkeit, eine herabgesetzte Konzentration, leichte amnestische Defizite, depressiv gefärbter schwergradiger Affekt mit herabgesetzter Antriebsdynamik, derzeit ohne suizidale Gedanken und Absichten, etwas herabgesetzte kritische Einstellung und Einsicht. Dr. A. _____ stellte folgende Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD10: F33.2/3) - Diabetes Mellitus II sec. Insulino - Arterielle Hypertonie - HLP II Die Versicherte werde seit 2002 wegen rezidivierenden depressiven Störungen mit schweren depressiven und psychodepressiven psychotischen Episoden psychiatrisch behandelt. Sie sei auch mehrmals mit gelegentlichen instabilen Remissionen stationär behandelt worden. Während der Untersuchung seien neurologisch erste klinische Zeichen der diabetischen Polyneuropathie festgestellt worden, und psychisch sei eine schwergradige Depression ohne psychotische Elemente diagnostiziert worden. Die Versicherte werde wegen Diabetes mellitus mit einer Insulintherapie behandelt. Unbefriedigende Blutzuckerwerte, Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck seien festgestellt worden. Aufgrund der unmittelbaren Untersuchung der Versicherten und der Einsicht in die medizinischen Unterlagen erachte er bei der Versicherten einen vollen Verlust der Arbeitsfähigkeit wegen dauerhafter Erkrankung als gegeben. Der Invaliditätsgrad betrage 80 %.

E. 7.2

Der RAD-Arzt Dr. med. C. _____, Facharzt Allgemeine Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 26. Januar 2012 nach Durchsicht der medizinischen Unterlagen als Hauptdiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende Depression, gegenwärtig schwere Episode (ICD10 F33.2) fest. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellte er eine Diabetes Typ II und eine HTA fest. Seiner Meinung nach würden die vorliegenden medizinischen Informationen ausreichen. Die Erkrankungen der Beschwerdeführerin seien seit 2002 sehr ernst und bestünden in Form einer wiederkehrenden Depression, die mehrere Krankenhausaufenthalte benötigt habe. Sie manifestierten sich durch eine Asthenie (Kraftlosigkeit), einer Adynamie (Schwäche/Erschöpfung) und Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. In somatischer Hinsicht sei eine periphere Neuropathie in den unteren Extremitäten ohne Einfluss auf die Fähigkeit zur Haushaltsführung vorhanden.

E. 7.3

In seiner Stellungnahme vom 15. Juni 2012 erachtete Dr. med. B. _____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, den psychiatrischen Bericht von Dr. A. _____ als detailliert und von guter Qualität, so dass bezüglich den Einschränkungen in der Haushaltsführung darauf abgestellt werden könne. Dr. med. B. _____ diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD10 F33.2) und eine schizoaffective Störung (ICD10 F25). Er führte weiter aus, dass die Beschwerdeführerin unter einer endogenen depressiven Psychose, welche man auch als schizoaffective Störung qualifizieren könnte, leide. Diese ernsthafte psychische Erkrankung entwickle sich kontinuierlich und führe zu einem langsamen Fortschreiten der Grunderkrankung. Die Beschwerdeführerin sei im Haushalt folgendermassen eingeschränkt: Aktivität Minimaler Anteil Maximaler Anteil Gewichtung Behinderung Invalidität Haushaltsführung 2 5 5 100 5 Ernährung

E. 10

Wäsche und Kleiderpflege 5 20 30 50

E. 10.1

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

E. 10.2

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die Parteientschädigung umfasst die

Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere notwendige Auslagen der Partei (Art. 8 VGKE). Die Beschwerdeführerin ist im vorliegenden Verfahren durch lic. iur. Gojko Reljic vertreten (nichtanwaltliche berufsmässige Vertretung; Art. 10 Abs. 2 VGKE). Ihr ist daher zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung für die ihr entstandenen notwendigen Kosten zuzusprechen. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Parteientschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 VGKE). Eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 600.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]) erscheint angemessen.

E. 15

Kinderbetreuung 0 30 Verschiedenes 0 50 Total 100 58 8. 8.1 8.1.1 Um feststellen zu können, in welchem Masse eine versicherte Person im Haushalt zufolge ihrer gesundheitlichen Beschwerden eingeschränkt ist, bedarf es im Prinzip einer Abklärung vor Ort (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV; BGE 130 V 97 E. 3.3.1 sowie Urteile BGer 9C_121/2011 vom 31. März 2011 E. 3.1.1 mit Hinweisen und 8C_671/2007 vom 13. Juni 2008 E. 3.2.1). Diese Abklärungsberichte im Haushalt stellen grundsätzlich eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung im Haushalt dar (Urteil EVG I 103/06 vom 6. November 2006 E. 4.1). 8.1.2 Der Abklärungsbericht ist seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet. Grundsätzlich jedoch stellt er auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, d.h. wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht (AHI 2004 S. 137 E. 5.3). Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Urteile BGer 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1, 9C_986/2009 vom 11. November 2010 E. 7.2 und 9C_631/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 5.1.2 mit Hinweisen). 8.1.3 Auch wenn bei den im Ausland wohnenden Versicherten mangels geeigneten Abklärungspersonen keine Haushaltsabklärung im Sinne einer Abklärung an Ort und Stelle gemäss Art. 69 Abs. 2 IVV durchgeführt werden kann, muss die Beurteilung einer Beeinträchtigung im Haushalt nach analogen Grundsätzen erfolgen (vgl. Urteile des Bundesverwaltungsgerichts C-4781/2008 vom 28. Juni 2010 E. 4.2 und C-5131/2007 vom 16. März 2009 E. 4.2.5). Ob eine solche Abklärung im einzelnen Fall genügt, ist anhand der konkreten Umstände und Verhältnisse zu entscheiden. 8.2 Die Überprüfung der von der Vorinstanz festgestellten gesundheitsbedingten Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin in ihrem Aufgabenbereich Haushalt (58 % seit dem 1. Januar 2003) ergibt eine eindeutig ungenügende Entscheidungsgrundlage. Der RAD-Arzt Dr. med. B._____ legte zwar im Rahmen seiner Stellungnahme vom 15. Juni 2012 die gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Haushalt selbst tabellarisch fest und errechnete daraus das Total der von der Vorinstanz dann übernommenen 58 % (vorstehend E. 7.3). Es handelt sich bei dieser RAD-ärztlichen Festlegung - wie sogleich zu zeigen sein wird - indessen nicht um einen ordnungsgemässen Abklärungsbericht im Haushalt, wie er von Art. 69 Abs. 2 IVV und von der Rechtsprechung verlangt wird. 8.3 Eine Abklärung der gesundheitlichen

Einschränkungen einer versicherten Person im Haushalt ist von einer qualifizierten Person zu verfassen und hat in Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der sich aus den medizinischen Diagnosen ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen zu erfolgen. Ebenso muss der Bericht plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein (vgl. Urteil BGer 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1 sowie BGE 130 V 97 mit Hinweis). Es ist denkbar, dass bei Wohnsitz des Versicherten im Ausland auf eine Haushaltsabklärung im oben dargelegten Sinne ausnahmsweise verzichtet werden kann (vgl. E. 8.1). Der Abklärungsbericht muss dann aber eine fachmedizinische Evaluation der Fähigkeiten der Versicherten, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, enthalten. Eine solche Evaluation wird mit Hilfe eines Arztes durchgeführt, wobei eine detaillierte und eingehende Betrachtung der Einschränkungen der Versicherten nach deren Anhörung durch den Arzt notwendig ist (vgl. Urteil BGer I 733/06 vom 16. Juli 2007 E. 4.2.2).

8.4 Die bereits vorliegenden Angaben zum Gesundheitszustand und zur Haushaltstätigkeit genügen nicht, um eine Gewichtung der einzelnen Haushaltstätigkeiten vorzunehmen und die darin erkannten Einschränkungen überzeugend festzulegen. Es wurde keine Abklärung vor Ort durch eine qualifizierte Person durchgeführt. Insbesondere fand keine ärztliche Anhörung der Beschwerdeführerin zu ihren Einschränkungen im Haushalt statt. Die RAD-ärztliche Feststellung von Dr. med. B. _____ vom 15. Juni 2012 wurde ausschliesslich gestützt auf den medizinischen Bericht von Dr. A. _____ verfasst. Der Bericht von Dr. A. _____ ist auf die Anforderungen des serbischen Sozialversicherungsrechts an ärztliche Gutachten bzw. Berichte hin erstellt worden. Er enthält keine Aussagen, ob und welche Tätigkeiten im Haushalt der Beschwerdeführerin noch zumutbar sind. Es wird in diesem Bericht lediglich ausgeführt, der Ehemann der Beschwerdeführerin habe erwähnt, dass diese einfache häusliche Tätigkeiten unter Aufsicht erledigen könne. Da sich keine explizite Äusserung zu allfälligen gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin im Haushalt findet, ist davon auszugehen, dass Dr. A. _____ die Arbeitsfähigkeit bzw. -unfähigkeit mehr in Bezug auf die Ausübung einer Erwerbstätigkeit beurteilt hat. Die übrigen medizinischen Unterlagen, welche vom serbischen Versicherungsträger eingereicht wurden (vgl. IV act. 35), wurden nicht übersetzt und sind - soweit aus den Akten zu schliessen ist - nicht in die Beurteilung miteingeflossen. Unklar ist des Weiteren, ob und gegebenenfalls wie die von der Beschwerdeführerin ausgefüllten Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten berücksichtigt wurden. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die beiden ausgefüllten Fragebogen völlig gegensätzliche Informationen enthalten. Nachdem die Beschwerdeführerin im Fragebogen vom 8. Februar 2011 mit Ausnahme der Erledigung der Einkäufe die Verrichtung aller Tätigkeiten als möglich erachtet hat, kann sie gemäss Fragebogen vom 7. Juni 2011 keine Tätigkeiten mehr ausführen. Da innert fünf Monaten sehr widersprüchliche Angaben zur Haushaltsführung erfolgt sind und nicht bestimmt werden kann, ob dafür eine schwere Episode der Erkrankung ursächlich ist oder die anderslautenden Aussagen von Überlegungen sozialversicherungsrechtlicher Natur beeinflusst worden sind, kann auf diese Angaben nicht abgestellt werden. Unter Hinweis auf die Beistandspflicht des Ehegatten und der damit verbundenen zumutbaren Mithilfe im Haushalt wird bei der Haushaltsabklärung auch die Arbeitsteilung unter den Ehegatten zu berücksichtigen sein. Aus der Stellungnahme von Dr. med. B. _____ geht nicht hervor, ob eine allfällige Schadenminderungspflicht angerechnet wurde. Er unterliess jegliche nähere Begründung der angegebenen Tabellenwerte. Die Grundlagen der einzelnen Tabellenwerte bzw. deren Herkunft sind nicht nachvollziehbar dar- und offengelegt. Zudem fällt auf, dass

Dr. med. B. _____ die Haushaltstätigkeit "Wäsche und Kleiderpflege" mit 30 % gewichtet hat, obwohl die maximal mögliche Gewichtung in diesem Bereich 20 % beträgt. 8.5 Für das Gericht ist weder aus dem angefochtenen Entscheid noch aus den Vorakten erkennbar, auf welchen sachverhaltlichen Grundlagen und Würdigungen sich die festgehaltenen Einschränkungsgrade hinsichtlich der einzelnen Haushaltstätigkeiten stützen. Die Einschränkungen im Haushalt wurden nicht genügend abgeklärt. Eine genaue Einschätzung, in welchem Masse und in welchen Tätigkeiten des Haushaltes die Beschwerdeführerin allfälligen Einschränkungen unterliegt, bzw. Überprüfung dieser Einschätzung ist daher nicht möglich. 9. 9.1 Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Abklärungen der Einschränkungen im Haushalt den Anforderungen der Rechtsprechung nicht genügen. Der Sachverhalt wurde unvollständig abgeklärt (Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG), weshalb eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung angebracht ist (Art. 43 Abs. 1 ATSG, vgl. auch BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 und Urteil BGer 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4). Die Vorinstanz wird zunächst einen rechtskonformen Abklärungsbericht im Haushalt respektive eine fachmedizinische Evaluation der Fähigkeiten der Beschwerdeführerin, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, einzuholen und gestützt darauf den Invaliditätsgrad zu berechnen haben. Anschliessend wird die Vorinstanz gegebenenfalls zu bestimmen haben, seit wann eine rentenbegründende Invalidität vorliegt und ab welchem Zeitpunkt ein Rentenanspruch besteht. Dabei hat sie für die Bestimmung der anwendbaren rechtlichen Grundlagen grundsätzlich auf den Eintritt des Versicherungsfalles abzustellen (siehe E. 3.3 hiervor; vgl. dazu Urteil BGer 9C_693/2012 vom 8. Juli 2013 E. 3 und BGE 138 V 475 E. 2). 9.2 Die Beschwerde vom 19. Oktober 2012 ist daher insoweit gutzuheissen, als die angefochtenen Verfügungen vom 19. September 2012 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen der rechtserheblichen Tatsachen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 10.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.