

BVGer C-8198/2010 vom 25. September 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-09-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-8198_2010

FR: TAF C-8198/2010 du 25 septembre 2012

IT: TAF C-8198/2010 del 25 settembre 2012

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressatin der angefochtenen Verfügung vom 21. Oktober 2010 (act. 119) ist die Beschwerdeführerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden ist (vgl. Bst. F. hiervor), ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist grundsätzlich einzutreten (vgl. E. 1.4.2 hiernach).

E. 1.4.1

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 21. Oktober 2010 (act. 119), mit welcher das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin abgewiesen worden ist. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Versicherten und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 1.4.2

Sollte die Beschwerdeführerin in ihrer Replik vom 6. Juni 2011 (Postaufgabe: 9. Juni 2011) zusätzlich die Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung beantragt haben, ist darauf mangels Vorliegens eines Anfechtungsobjektes nicht einzutreten (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1 und 125 V 413 E. 1a). Darüber hinaus ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass aus dem vorliegend anwendbaren zwischenstaatlichen Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; im Folgenden auch: Sozialversicherungsabkommen; (vgl. zum Ganzen E. 2.1 hiernach) kein Anspruch auf den Export von Hilflosenentschädigungen abgeleitet werden kann (vgl. hierzu BGE 132 V 423 E. 9.5 sowie Art. 8 Bst. e des Sozialversicherungsabkommens).

E. 1.5

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 (Art. 49 VwVG).

E. 2

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren weiter anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

E. 2.1

Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Sozialversicherungsabkommens für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 198 E. 2B, 122 V 381 E. 1 mit Hinweis). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien, Mazedonien), nicht aber mit Bosnien Herzegowina neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für die Beschwerdeführerin als bosnisch-herzegowinische Staatsangehörige findet demnach weiterhin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 Anwendung (vgl. Urteile des Bundesverwaltungsgerichts [im Folgenden: BVGer] C-4828/2010 vom 7. März 2011 und C-5070/2011 vom 13. Januar 2012, auf welche das Bundesgericht [im Folgenden: BGer] mit Urteilen 9C_329/2011 vom 27. September 2011 und 9C_171/2012 vom 23. Mai 2012 nicht eintrat). Nach Art. 2 dieses Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Da vorliegend keine abweichenden Bestimmungen zur Anwendung gelangen, bestimmt sich der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung gemäss vorstehender Ausführungen auf Grund des IVG, der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 832.201), des ATSG sowie der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des

Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11).

E. 2.2

Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), sind die Leistungsansprüche für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445). Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des BGer 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der - sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind - gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. In Fällen, in denen der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eintrat resp. die einjährige gesetzliche Wartezeit vor diesem Zeitpunkt zu laufen begann und im Jahre 2008 erfüllt wurde, gilt unter der Voraussetzung, dass die Anmeldung spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht wurde, das alte Recht (vgl. zum Ganzen Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 21. Oktober 2010 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

E. 2.3

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG, vgl. auch E. 2.4 hiernach) und beim 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 31. Dezember 2007 geltenden bzw. während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet (act. 86 und 120), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente sowohl gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 geltenden als auch laut Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung erfüllt ist.

E. 2.4

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

E. 2.5

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG [4. IV-Revision]). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 127 V 294 E. 4c in fine, 102 V 165; AHI 2001 S. 228 E. 2b). Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher

Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1, 136 V 279 E. 3.2.1, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.3). Diese für alle Versicherten in gleicher Weise geltende Gerichtspraxis ist weder menschenrechtswidrig noch diskriminierend (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2) noch basiert sie - mit Blick auf die rechtliche Natur des Kriterienkataloges - auf medizinwissenschaftlich unhaltbaren Annahmen (Entscheid des BGer vom 20. Dezember 2011, 9C_776/2010, E. 2.3 bis 2.5). Aus Gründen der Rechtssicherheit ist es geboten, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 137 V 64 E. 4.3, 136 V 279 E. 3.2.3). Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

E. 2.6

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung). Laut

Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme, wie sie seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz gilt, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1), liegt nicht vor. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: BGer) stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 2.7

Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Da es sich bei Art. 29 Abs. 4 IVG um eine Anspruchsvoraussetzung handelt, kann ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin nur entstehen, wenn sie während eines Jahres durchschnittlich zu mindestens 50% arbeitsunfähig war und nach Ablauf des Wartejahres ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% bestanden hat (BGE 121 V 264 E. 5 und 6).

E. 2.8

Die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) ist auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen). Auf Stellungnahmen der RAD resp. der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn

sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten 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 (Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des BGer 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und 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]). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen). Beim Zusammenwirken von physischen und psychischen Beeinträchtigungen ist es grundsätzlich nicht gerechtfertigt, die somatischen und psychischen Befunde isoliert abzuklären. Vielmehr ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (vgl. Urteile des BGer 8C_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2 und 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen).

E. 3

Die Vorinstanz stützte sich im Rahmen des Erlasses der Verfügung vom 21. Oktober 2010 in erster Linie auf die Berichte der RAD-Ärztin Dr. med. C._____ vom 21. Mai 2010 (act. 87), 28. Juni 2010 (act. 95) und 6. Oktober 2010 (act. 118). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die während des Beschwerdeverfahrens verfassten Stellungnahmen von Dr. med. C._____ vom 27. April 2011 (act. 122) und 25. August 2011 (act. 124) sowie die zahlreichen Arztberichte aus dem Ausland vorliegend ebenfalls Berücksichtigung finden können, obwohl diese nach dem massgeblichen Verfügungszeitpunkt (21. Oktober 2010) verfasst wurden, weil sie sich auf die Situation vor Verfügungserlass beziehen (vgl. BGE 129 V 1 E. 1.2, BGE 116 V 80 E. 6b; Urteile des BGer 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.5 und 9C_116/2010 vom 20. April 2010 E. 3.2.2).

E. 3.1

Dr. med. C._____ erwähnte in Kenntnis zahlreicher medizinischer Arztberichte aus dem Ausland in ihrer Stellungnahme vom 21. Mai 2010 als Hauptdiagnose sowohl ein cervico-brachiales als auch ein lumbales Syndrom (ICD-10: M54.2 und M54.5) und attestierte der Beschwerdeführerin keine Arbeitsunfähigkeit. Sie war weiter der Ansicht, aus somatischer Sicht bestehe ein degeneratives Leiden. Seit zwei Jahren leide die Versicherte unter cervicalen und lumbalen Beschwerden. Es lägen keine neurologischen Defizite vor. Laut den klinischen Untersuchungen sei die Mobilität der Wirbelsäule erhalten

geblieben. Die Behinderungen im Haushalt seien nicht signifikant. Dasselbe gelte für die Beeinträchtigung im kardiologischen Bereich. In psychischer Hinsicht handle es sich bei der Versicherten um ein depressives Geschehen, welches keinen invalidisierenden Charakter aufweise; eher handle es sich um einen reaktiven Zustand in einer schwierigen familiären Situation. Schliesslich schätzte Dr. med. C._____ die Invalidität im Bereich Haushalt auf 4.8 % (act. 87). Nach Einsicht in weitere ausländische Dokumente (act. 88 bis 94) vertrat Dr. med. C._____ in ihrer Stellungnahme vom 28. Juni 2010 die Ansicht, ihre frühere Beurteilung vom 21. Mai 2010 sei nicht abzuändern, die Behinderungen bei der Ausübung von Haushaltsarbeiten seien nicht bedeutsam (act. 95). Im Vorbescheidverfahren resp. in Kenntnis weiterer Arztberichte aus der Heimat der Versicherten (act. 97 bis 112) war Dr. med. C._____ am 6. Oktober 2010 gleicher Auffassung wie bereits in den früheren Beurteilungen vom 21. Mai und 28. Juni 2010 (act. 118).

E. 3.2.1

Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.7 hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Zwar kann RAD-Stellungnahmen - auch wenn den entsprechenden Ärzten die an sich zwingende fachärztliche Ausbildung fehlt - unter gewissen Voraussetzungen ausnahmsweise Gewicht zukommen resp. könnten diese als beweiskräftig qualifiziert werden (vgl. hierzu bspw. Urteil des BVGer C-2862 vom 7. Mai 2012 E. 3.3.2. mit Hinweis). Da vorliegend weder in somatischer noch in psychisch-psychiatrischer Hinsicht eine rechtsgenügende Expertise aktenkundig ist und darüber hinaus nicht eruierbar ist, über welche fachärztliche Qualifikation Dr. med. C._____ verfügt (vgl. www.doctor-fmh.ch), kann auf deren Beurteilungen nicht vorbehaltlos abgestellt werden. Mit anderen Worten kann auf den Beizug entsprechend ausgebildeter Fachärzte und/oder Fachärztinnen nicht verzichtet werden.

E. 3.2.2

Demnach kann die Frage, ob, und wenn ja, für wie lange und in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin wegen ihrer somatischen und psychisch-psychiatrischen Beeinträchtigungen arbeits- resp. erwerbsunfähig gewesen war resp. ist, nicht rechtsgenügend beantwortet werden. Es ist demnach auch nicht erstellt, ab wann allenfalls die einjährige gesetzliche Wartezeit eröffnet werden konnte resp. die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer gesundheitlichen Beschwerden während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 50 % arbeitsunfähig und nach Ablauf dieses Jahres mindestens zu 50 % invalid gewesen war resp. ist (vgl. zum Ganzen insb. E. 2.7 hiervor). Hinzu kommt, dass weitere medizinische Abklärungen insbesondere auch aus den nachfolgenden Gründen unabdingbar sind.

E. 3.2.3

Nach dem vorstehend Dargelegten fehlen im vorliegenden Fall rechtsgenügende, fachärztliche Feststellungen zum Beginn und Ausmass der Arbeits(un)fähigkeit der Beschwerdeführerin. Obwohl eine oder mehrere Diagnosen für sich alleine genommen keinen Schluss auf eine gesundheitlich bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zulassen (vgl. BGE 132 V 65 E. 3.4 mit Hinweisen) sowie retrospektive Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit schwierig sind und entsprechende Begutachtungen deshalb erhöhten

Ansprüchen genügen sollten (vgl. Urteil des EVG I 200/03 vom 26. Juli 2004 E. 4.5), kann nicht im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung (vgl. hierzu BGE 131 I 153 E. 3; SVR 2007 IV Nr. 45 S. 149 E. 4; Urteil des BGer I 9/07 vom 9. Februar 2007 E. 4) gesagt werden, dass von einer zusätzlichen, medizinisch nachvollziehbar und schlüssig begründeten Beurteilung keine verwertbaren entscheiderelevanten Erkenntnisse zum Beginn und Grad der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin zu erwarten sind (vgl. zum Ganzen Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen).

E. 3.3

Bei der Beschwerdeführerin wurden sowohl aus psychisch-psychiatrischer als auch aus somatischer Sicht zahlreiche Diagnosen gestellt:

E. 3.3.1

So wurden gemäss den zahlreich vorhandenen ärztlichen Unterlagen in psychisch-psychiatrischer Hinsicht eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2), eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: 33.1), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-33.2), vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale; ICD-10: 42.1), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10: F43), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: 43.1), eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), eine somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F45.9), eine Neurose, Kontaklanlässe mit Bezug auf bestimmte psychosoziale Umstände (ICD-10: Z64) sowie eine nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (ICD-10: F06.9) diagnostiziert (act. 76, 78, 80, 88, 89, 99, 102, 104, 109, 111 und 112).

E. 3.3.2

In somatischer Hinsicht wurde unter anderem die Diagnosen eines cervico-brachialen und lumbalen Schmerzsyndroms (ICD-10: M 54.2 [Zervikalneuralgie] und 54.5 [Kreuzschmerz]; act. 13, 48, 52, 65, 87, 95 und 118), einer Hernia hiatalis oesophagei (act. 89 und 92), einer Spondylarthrose (act. 15, 34, 35, 37, 39, 40, 46, 49, 52, 57, 62, 63, 66 und 89), einer Angina pectoris (act. 68, 77 und 83), einer Kardiomyopathie (act. 77, 83 und 89), einer Herzinsuffizienz (act. 82), einer Radiculopathie (act. 81), eines Bluthochdrucks (act. 68), einer chronischen Gastritis (act. 55 und 63), einer hypotrophio musculorum extremitatis superioris (act. 49 und 53) sowie einer chronische Polyarthrites (act. 15, 34, 35, 37, 39, 40 und 46) gestellt.

E. 3.3.3

Da nach dem Dargelegten im vorliegenden Fall zahlreiche physische und psychische Beeinträchtigungen zusammenwirken, lässt sich eine isolierte Betrachtung der somatischen und psychischen Befunde nicht rechtfertigen. Mit anderen Worten ist aufgrund dieser Sachlage ein interdisziplinäres medizinisches Gutachten einzuholen (vgl. hierzu Urteil des BGer 8C_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2. mit Hinweisen; vgl. auch E. 2.7 letzter Absatz hiervor). In den genannten Umständen liegt eine unvollständige Sachverhaltsabklärung resp. wurde im vorliegend zu beurteilenden Rentenverfahren der rechtserhebliche Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG). Eine Rückweisung der Sache in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) an die Vorinstanz zur weiteren

Abklärung ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Erhebung der bisher vollständig ungeklärten Fragen - dem Zusammenwirken der vorhandenen psychischen und physischen Leiden der Beschwerdeführerin und deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit - begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Weiter ist Folgendes zu beachten:

E. 4.1

Zwar übermittelte die Vorinstanz der Beschwerdeführerin die Fragebögen für die im Haushalt tätigen Versicherten (act. 29) bzw. für die versicherte Person (act. 31). Auf letzterem gab die Versicherte auf die Frage nach der näheren Beschreibung der ausgeübten Tätigkeit "nur Haushalt; keine Arbeit" an. Ohne weitere Abklärungen resp. ohne die Beschwerdeführerin explizit zu fragen, ob sie bei voller Gesundheit auch nach ihrer Ausreise in ihre Heimat weiterhin ausserhäuslich erwerbstätig wäre, ging die Vorinstanz von einem Statuswechsel aus und bemass die Invalidität der Versicherten nach der Methode des Betätigungsvergleichs. Insbesondere mit Blick auf den Umstand, dass die Beschwerdeführerin vor ihrer Ausreise in ihre Heimat in der Schweiz als Küchenhilfe und Alleinköchin gearbeitet (act. 6; vgl. auch act. 18, wo von qualifizierter Arbeitskraft die Rede ist) und beschwerdeweise geltend gemacht hatte, aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustandes resp. Behinderungsgrades sei sie nicht in der Lage, auf dem Arbeitsmarkt während auch nur zwei Stunden täglich irgendwelche leichtere Tätigkeiten auszuüben, sind auch hinsichtlich des Status weitere Abklärungen unumgänglich. Hinweise darauf, dass die Invalidität allenfalls nach der sogenannten allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs oder der gemischten Methode zu bemessen wäre, ergeben sich auch aus der bei der Versicherten vorliegenden wirtschaftlichen und familiären Situation, ist doch der Ehemann der Beschwerdeführerin ebenfalls ohne Arbeit. Schliesslich ist in diesem Zusammenhang ergänzend darauf hinzuweisen, dass die Vorinstanz beim Restaurant D._____ zwar einen Fragebogen Arbeitgeber verlangt hatte (act. 27), sich dieser jedoch nicht in den Akten befindet. Somit ergeben sich auch mit Blick auf diesen Umstand keine Hinweise auf den Status bzw. einen Wechsel desselben.

E. 4.2

Nach Vorliegen der Ergebnisse der zusätzlich erforderlichen Begutachtung - im Rahmen welcher sämtliche bisher verfassten ärztlichen Berichte zu berücksichtigen sind - hat die Vorinstanz - falls erforderlich - einen (bezahlten) Einkommensvergleich durchzuführen und ergänzende Abklärungen hinsichtlich der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit in die Wege zu leiten (vgl. Urteile I 462/02 des EVG vom 26 Mai 2003 und 9C_921/2009 des BGR vom 22. Juni 2010).

E. 5

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzustellen, dass die Beschwerde vom 15. November 2010 insoweit gutzuheissen ist, als dass die angefochtene Verfügung vom 21. Oktober 2010 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zum Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

E. 6

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 6.1

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

E. 6.2

Der nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Als Bundesbehörde hat die Vorinstanz ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 3 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

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