Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Abteilung III
C-292/2018

Urteil vom 27. Juni 2019

Besetzung

Richter Michael Peterli (Vorsitz),
Richter Beat Weber,
Richterin Viktoria Helfenstein,
Gerichtsschreiberin Sandra Tibis.

Parteien

A._____, (Serbien),
vertreten durch lic. iur. Gojko Reljic,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
1211 Genf 2,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,
Verfügungen vom 22. Dezember 2017.

Sachverhalt:

A.
Die am (…) 1970 geborene, geschiedene Staatsangehörige von Serbien, A._____, lebt in Serbien. Sie war von Januar 1988 bis August 1991 (mit Unterbrüchen) in der Schweiz im Gastgewerbe erwerbstätig und leistete Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (IV-act. 7 und 8). Gemäss Angaben des serbischen Sozialversicherungsträgers meldete sich A._____ am 14. November 2013 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 9).

B.
Mit Verfügungen vom 22. Dezember 2017 (IV-act. 81 ff.) sprach die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) A._____ mit Wirkung ab 1. Juni 2014 eine halbe Rente zu.

Die IVSTA stellte zur Beurteilung des Gesuchs namentlich auf folgende Unterlagen ab: den Entlassungsbericht der Klinik B._____ (undatiert, letzter Behandlungstag 20. Juni 2013, IV-act. 28), den Bericht der Krankenstation C._____ vom 25. Dezember 2013 (IV-act. 31), diverse Berichte des behandelnden Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie, aus der Zeitspanne vom 17. April 2014 bis zum 9. März 2017 (IV-act. 32 bis 59) sowie die Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der IVSTA vom 20. April 2017 (IV-act. 42), 19. Juni 2017 (IV-act. 62) und vom 27. Juli 2017 (IV-act. 70).

Die Ärzte diagnostizierten bei A._____ im Wesentlichen eine bipolare affektive Störung, arterielle Hypertonie, Adipositas und Coxarthrose links. Aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen gingen die Ärzte von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und einer Einschränkung im Aufgabenbereich zwischen 45 % bis 54 % aus.

C.
Gegen die Verfügungen vom 22. Dezember 2017 erhob A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch lic. iur. Gojko Reljic, mit Eingabe vom 12. Januar 2018 (BVGer-act. 1) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Sie beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügungen und die Zusprache einer ganzen Rente mit Wirkung ab 1. August 2012, eventualiter die Durchführung von weiteren Sachverhaltsabklärungen. Zur Begründung führte sie aus, sie sei psychisch schwer krank und sowohl für schwere als auch leichte Tätigkeiten und im Aufgabenbereich (Haushalt) zu mindestens 70 % eingeschränkt. Die Einschätzungen der

RAD-Ärzte könnten in Anbetracht der ausführlichen medizinischen Unterlagen der serbischen Psychiater nicht akzeptiert werden.

D.
Am 31. Januar 2018 (vgl. BVGer-act. 4) ist der mit Zwischenverfügung vom 18. Januar 2018 (BVGer-act. 2) einverlangte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- beim Bundesverwaltungsgericht eingegangen.

E.
Mit Vernehmlassung vom 23. Februar 2018 (BVGer-act. 6) beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie aus, aus den medizinischen Unterlagen gehe hervor, dass die serbischen Ärzte vom Vorliegen einer bipolaren affektiven Störung mit manischen und depressiven Episoden ausgingen. Diesen Unterlagen seien jedoch keine expliziten Angaben zur Arbeits(un)fähigkeit der Beschwerdeführerin zu entnehmen. Es sei darauf hinzuweisen, dass es für die Bemessung der Invalidität alleine auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen der funktionellen Behinderung ankomme, welche nicht unbedingt mit dem vom Arzt festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung übereinstimmten. Im Übrigen sei darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der Schadenminderungspflicht eine zumutbare Mithilfe von Familienangehörigen sowie die Einteilung der Arbeit durch die versicherte Person erwartet und berücksichtigt werden dürfe.

F.
Mit Replik vom 7. März 2018 (BVGer-act. 8) hielt die Beschwerdeführerin an ihren bisherigen Anträgen und Ausführungen fest.

G.
Mit Duplik vom 16. März 2018 (BVGer-act. 10) hielt die Vorinstanz an ihrem Abweisungsantrag fest.

H.
Mit Zwischenverfügung vom 14. Mai 2019 (BVGer-act. 16) wies der Instruktionsrichter die Beschwerdeführerin auf die Möglichkeit einer Rückweisung an die Vorinstanz und die damit einhergehende Gefahr einer reformatio in peius hin. Der Instruktionsrichter gab der Beschwerdeführerin deshalb Gelegenheit, sich dazu zu äussern und ihre Beschwerde allenfalls zurückzuziehen.

Mit Eingabe vom 15. Mai 2019 (BVGer-act. 17) hielt die Beschwerdeführerin explizit an ihrer Beschwerde fest.

I.
Auf die weiteren Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Beweismittel ist – soweit für die Entscheidfindung erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des IVG (SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

1.2 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG (SR 172.021), soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des 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 Invalidenversicherung anwendbar (Art. 1*a* bis 26bis und Art. 28 bis 70), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

1.3 Als direkte Adressatin ist die Beschwerdeführerin von der angefochtenen Verfügung berührt und sie kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG).

1.4 Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht (Art 60 Abs. 1 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereicht und der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten.

2.

2.1 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügungen vom 22. Dezember 2017 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

2.2 Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

2.3 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 22. Dezember 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

2.4 Die Beschwerdeführerin ist Staatsangehörige von Serbien und hat dort ihren Wohnsitz. Es kommen das im Verhältnis zu Serbien bis zum 31. Dezember 2018 gültige Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen Jugoslawien) sowie das per 1. Januar 2019 in Kraft getretene Abkommen vom 11. Oktober 2010 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Serbien über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.682.1; nachfolgend: Abkommen Serbien) zur Anwendung. Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens Jugoslawien stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist (so auch Art. 4 Abs. 1 Abkommen Serbien). Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sehen die Sozialversicherungsabkommen und die

dazugehörigen Verwaltungsvereinbarungen vom 5. Juli 1963 (SR 0.831.109.808.12) und vom 11. Oktober 2010 (0.831.109.682.11) keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach beurteilt sich der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 4 des Sozialversicherungsabkommens Jugoslawien).

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin hat während mehr als drei Jahren Beiträge im Sinn von Art. 36 Abs. 1 IVG geleistet (vgl. IV-act. 7), so dass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist.

3.2 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

3.3 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, 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).

3.4 Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG).

3.5

3.5.1 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.5.2 Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt

(Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls 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 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/ee).

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

Auch wenn bei den im Ausland wohnenden Versicherten mangels geeigneten Abklärungspersonen keine Haushaltabklärung (im Sinne einer Abklärung an Ort und Stelle gemäss Art. 69 Abs. 2 IVV) durchgeführt werden

kann, muss die Beurteilung einer Beeinträchtigung im Haushalt nach analogen Grundsätzen erfolgen (vgl. Urteile des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] C-4781/2008 vom 28. Juni 2010 E. 4.2 und C-5131/2007 vom 16. März 2009 E. 4.2.5). Ob eine solche Abklärung im einzelnen Fall genügt, ist anhand der konkreten Verhältnisse zu entscheiden.

3.5.4 Aufgrund des im gesamten Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht ist sodann ein dauernd in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkter Versicherter gehalten, innert nützlicher Frist Arbeit im angestammten oder einem anderen Berufs- oder Erwerbszweig zu suchen und anzunehmen, soweit sie noch möglich und zumutbar erscheint (BGE 113 V 22 E. 4a, 111 V 235 E. 2a). Deshalb ist es am behandelnden Arzt beziehungsweise am Vertrauensarzt der IV-Stelle zu entscheiden, in welchem Ausmass ein Versicherter seine verbliebene Arbeitsfähigkeit bei zumutbarer Tätigkeit und zumutbarem Einsatz auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt einsetzen kann. Diese Arbeitsmöglichkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen, wobei es unerheblich ist, ob er seine Restarbeitsfähigkeit tatsächlich verwertet oder nicht.

Ebenso ist der Versicherte gehalten, im Rahmen des Möglichen und Zumutbaren Verfahrensweisen zu entwickeln, welche die Auswirkungen seiner Behinderung im hauswirtschaftlichen Aufgabenbereich reduzieren und ihm eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltsarbeiten ermöglichen. Kann er wegen seiner Behinderung gewisse dieser Arbeiten nur noch mühsam und mit viel höherem Zeitaufwand erledigen, so muss er in erster Linie seine Arbeit einteilen und in üblichem Umfang die Mithilfe von Familienangehörigen in Anspruch nehmen. Ein invaliditätsbedingter Ausfall darf bei im Haushalt tätigen Personen nur insoweit angenommen werden, als die Aufgaben, welche nicht mehr erfüllt werden können, durch Drittpersonen gegen Entlöhnung oder durch Angehörige verrichtet werden, denen dadurch nachgewiesenermassen eine Erwerbseinbusse oder doch eine unverhältnismässige Belastung entsteht. Die im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei einer im Haushalt tätigen Person zu berücksichtigende Mithilfe von Familienangehörigen geht daher weiter als die ohne Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung (vgl. BGE 133 V 504 E. 4.2 mit Hinweisen).

3.5.5 Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem

Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD: Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f. und 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

3.5.6 Eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärztinnen) kommt im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die

Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3). Ihre Berichte können insbesondere geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

3.5.7 Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen (vgl. BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) anderseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

3.6

3.6.1 Die Bemessung der Invalidität erfolgt bei erwerbstätigen Versicherten in der Regel nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 28*a* Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG), bei nichterwerbstätigen Versicherten durch einen Betätigungsvergleich nach der spezifischen Methode (Art. 28*a* Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 27 IVV [SR 831.201]) und bei teilerwerbstätigen Versicherten mit einem Aufgabenbereich nach der gemischten Methode (Art. 28*a* Abs. 3 IVG und Art. 27bis IVV i.V.m. Art. 28*a* Abs. 1 und 2 IVG; Art. 16 ATSG und Art. 27 IVV).

3.6.2 Ob eine versicherte Person als ganztägig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1 mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.1). Die Statusfrage ist hypothetisch zu beurteilen. Dabei sind die ebenfalls hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen, welche als innere Tatsachen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich sind und in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden müssen (Urteil des BGer 9C_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.2 mit Hinweisen).

4.

Vorliegend ist strittig und zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen der IV hat und falls ja, in welcher Höhe und ab wann. Die

Vorinstanz stützte sich anlässlich der Beurteilung des Leistungsbegehrens der Beschwerdeführerin auf folgende Unterlagen:

4.1 Dem Entlassungsbericht der Klinik B._____, Klinik für Psychiatrie (undatiert, letzter Behandlungstag 20. Juni 2013, IV-act. 28), (…), ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin an einer bipolaren Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F31.1) leidet. Dem Bericht ist keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu entnehmen, aber folgende Ausführungen zu den Befunden: „Es handelt sich um die erste stationäre psychiatrische Behandlung. Der Denkprozess ist normal. Der Gedankeninhalt ist nicht beeinträchtigt. Die Stimmung ist subdepressiv. Sie ist ängstlich. Die emotionale Resonanz ist erhalten. Die Willens- und Antriebsdynamismen sind in Form einer transitorischen Insomnie, einer Hypobulie und einer Anhedonie kompromittiert. Es wird eine Dyskontrolle des Impulses festgestellt. Die Frustrationsschwelle ist reduziert. Sie negiert das Vorhandensein von Selbstmordideen und -absichten. Der Realitätstest ist erhalten. Die Einsichtnahme und die Kritikalität sind teilweise kompromittiert.“

4.2 Dem Bericht der Krankenstation C._____ vom 25. Dezember 2013 (IV-act. 31) sind die Diagnosen bipolare Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome, arterielle Hypertonie, Adipositas und Coxarthrose links zu entnehmen. Der Bericht enthält keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit, indes folgende Schilderung in Bezug auf die Befunde: «Sie befindet sich seit 1997 in regelmässiger Behandlung durch den zuständigen Psychiater. Die Beschwerden sind stets präsent, weisen aber eine wechselhafte Intensität auf. Sie ist nicht in der Lage, ein selbständiges Leben zu führen sowie selbständig zu arbeiten. Sie bedarf ständig fremder Hilfe und Pflege».

4.3 Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie, und behandelnder Psychiater der Beschwerdeführerin attestierte ihr in seinen Berichten vom 17. April 2014 (IV-act. 32), vom 19. November 2014 (IV-act. 34), vom 19. Februar 2015 (IV-act. 35), vom 27. Oktober 2015 (IV-act. 36), vom 9. Mai 2016 (IV-act. 38), vom 6. Februar 2017 (IV-act. 60) und vom 9. März 2017 (IV-act. 59) im Wesentlichen eine bipolare affektive Störung mit manischen und depressiven Episoden und zum Teil mit psychotischen Symptomen respektive eine schizoaffektive Störung (ICD-10 F31.2, F31.3, F31.7, F31.1 und F.25.0). Dr. med. D._____ machte in seinen Berichten Angaben zur verordneten Medikation, äusserte sich indes nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

4.4 Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie beim medizinischen Dienst der IVSTA, hielt in seiner Stellungnahme vom 20. April 2017 (IV-act. 42) als Hauptdiagnosen eine bipolare affektive Störung mit manischen Episoden, mit und ohne psychotische Symptome, und depressive Episoden fest. Als Nebendiagnosen erwähnte er Adipositas, arterielle Hypertonie und Coxarthrose links. Die Arbeitsunfähigkeit bezifferte er mit 100 % in der bisherigen Tätigkeit seit 7. Juni 2013. Ferner attestierte er eine Einschränkung von 45 % im Aufgabenbereich.

4.5 Dr. med. F._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie beim medizinischen Dienst der IVSTA, hielt in ihren beiden Stellungnahmen vom 19. Juni 2017 (IV-act. 62) und vom 27. Juli 2017 (IV-act. 70) fest, die Beschwerdeführerin leide an einer bipolaren affektiven Störung mit manischen Episoden, mit und ohne psychotische Symptome. Ferner würden bei der Beschwerdeführerin depressive Episoden auftreten. Als Nebendiagnosen hielt sie Adipositas, arterielle Hypertonie und Coxarthrose links fest. In ihrer Stellungnahme vom 19. Juni 2017 führte sie in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit aus, dass gestützt auf den Bericht von Dr. med. D._____ vom 9. März 2017 davon auszugehen sei, dass sich der Zustand der Beschwerdeführerin seit der Beurteilung durch Dr. med. E._____ verschlechtert habe. Die Verschlechterung begründete sie mit den folgenden Befunden: Starke Erregung, Hyperthymie (erhöhte Betriebsamkeit), Logorrhö (krankhafte Geschwätzigkeit) und kognitive Störungen. Sie attestierte der Beschwerdeführerin deshalb eine Einschränkung im Aufgabenbereich von 52 %. In der Stellungnahme vom 27. Juli 2017 korrigierte sie die der Beschwerdeführerin zugestandene Einschränkung im Teilbereich Haushaltsführung auf 100%, was im Ergebnis zu einer Einschränkung im Aufgabenbereich von total 54 % führte.

4.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die beurteilenden Ärzte in Bezug auf die bei der Beschwerdeführerin gestellten Diagnosen im Wesentlichen einig sind. Als Hauptdiagnose, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat, ist im Wesentlichen eine bipolare Störung mit depressiven und manischen Episoden und teilweise psychotischen Symptomen festgestellt worden. Weniger klar ist hingegen die daraus folgende Arbeitsunfähigkeit. Keiner der behandelnden Ärzte hat sich zur Arbeitsunfähigkeit oder zur Einschränkung der Beschwerdeführerin im Aufgabenbereich geäussert. Die Ärzte des medizinischen Dienstes, Dr. med. E._____ und Dr. med. F._____, die die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht haben, haben zwar die Tabelle betreffend Einschränkung im Aufgabenbereich ausgefüllt, indes fehlt eine fachärztliche

Beurteilung, die die vorhandenen Beschwerden hinreichend und umfassend würdigt und unter Berücksichtigung der von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung geforderten Standardindikatoren die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit respektive auf den Aufgabenbereich beurteilt. Die Angaben der Beschwerdeführerin im Fragebogen für im Haushalt tätige Versicherte wurden überdies nur zum Teil übernommen, und die Ärzte haben ihre (teilweise abweichenden) Einschätzungen nicht begründet. So hat die Beschwerdeführerin namentlich angegeben, sie sei nicht in der Lage, alleine einzukaufen. Die Behinderung im Teilbereich Einkaufen wurde von beiden Ärzten jedoch lediglich mit 60 % beziffert. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die Einschätzung der Einschränkung im Teilbereich Haushaltsführung ohne nachvollziehbaren Grund mehrfach abgeändert wurde, was die Glaubwürdigkeit der Einschätzungen beeinträchtigt. Gestützt auf die vorhandenen unvollständigen und widersprüchlichen Unterlagen ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls ab wann ein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung besteht. Vielmehr sind dazu weitere Abklärungen respektive Präzisierungen unter Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 notwendig.

In Bezug auf die Statusfrage ist zudem Folgendes festzuhalten: Die Vorinstanz ist davon ausgegangen, dass vorliegend die spezifische Methode des Betätigungsvergleichs anzuwenden ist, da die Beschwerdeführerin seit 1991 (d.h. seit ihrem 21. Lebensjahr) nicht mehr erwerbstätig war (vgl. IV-act. 41). Die Vorinstanz hat die Beschwerdeführerin sowohl den Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten als auch den Fragebogen für den Versicherten ausfüllen lassen. Es fällt jedoch auf, dass weder mit den beiden Fragebogen noch auf eine andere Art und Weise die Frage geklärt wurde, in welchem Pensum die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall erwerbstätig wäre. Die Statusfrage wurde somit nicht geklärt. Die Beschwerdeführerin hat im April 1990 letztmals AHV-Beiträge aufgrund einer Erwerbstätigkeit geleistet. Im Jahr 1991 sind noch AHV-Beiträge während Arbeitslosigkeit im IK verzeichnet. Aufgrund des Umstandes, dass das erste Kind der Beschwerdeführerin im Jahr 1990, das zweite Kind im Jahr 1991 und das dritte Kind im Jahr 1997 geboren worden ist, liegt es nahe, dass die Beschwerdeführerin damals ihre Erwerbstätigkeit zugunsten der Kinderbetreuung aufgegeben hat. Im Zeitpunkt der Verfügung waren die Kinder alle bereits über 10 Jahre als, so dass es durchaus möglich wäre, dass die Beschwerdeführerin wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen würde,

wenn sie aus gesundheitlicher Sicht dazu in der Lage wäre. Für eine definitive Beurteilung der Frage fehlt die Befragung der Beschwerdeführerin zu den konkreten Umständen und Beweggründen sowie eine entsprechende Würdigung. Es obliegt indessen nicht dem Gericht, sondern der Vorinstanz, diese Frage unter Berücksichtigung aller Umstände (namentlich: Betreuungssituation, finanzielle Verhältnisse, Alter der Kinder etc.) zu beantworten.

4.7 Die Beschwerdeführerin beantragte im Rahmen ihrer Beschwerde die Zusprache einer ganzen Rente mit Wirkung ab 1. August 2012, eventualiter die weitere Abklärung des Sachverhalts. Sie hielt an ihrem diesbezüglichen Antrag mit Schreiben vom 15. Mai 2019 ausdrücklich fest.

4.7.1 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zu weiteren medizinischen Abklärungen an die Verwaltung zurückweisen. So hat es erkannt, dass es zwar nicht angebracht ist, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen, doch drängt es sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1 ff.).

4.7.2 Vorliegend erscheint eine Rückweisung der Streitsache an die IVSTA im Lichte der dargelegten Rechtsprechung aus nachfolgenden Gründen ausnahmsweise möglich. Zu beachten sind insbesondere die Ausführungen des Bundesgerichts im hiervor zitierten BGE 137 V 210, wonach eine weitgehende Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist. Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, so das Bundesgericht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliege. Im Rahmen der de lege lata gegebenen Organisation dränge es sich vielmehr auf, das drohende Defizit dort durch gerichtliche Expertisen auszugleichen, wo die Gerichte bei der Würdigung des Administrativgutachtens im Kontext der gesamten

Aktenlage zum Schluss kommen, weitere Abklärungen seien notwendig (BGE 137 V 210 E. 4.2).

4.7.3 Hier liegen zwar mehrere vom Bundesverwaltungsgericht zu würdigende Berichte im Recht, die jedoch eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit respektive Einschränkung im Aufgabenbereich nicht zulassen. Eine Beurteilung ohne eingehende Diskussion der die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Faktoren und ohne die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens ist im vorliegenden Fall nicht zulässig. Die vorliegende Konstellation hätte zwangsläufig zu einer Präzisierung der vorhandenen Unterlagen führen müssen. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung respektive -würdigung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) abzuklären (sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann), auf das Gericht. Daher und aufgrund dessen, dass vorliegend aufgrund der Aktenlage der Gesundheitszustand und demnach auch die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht abschliessend beurteilt werden kann und zudem die Statusfrage nicht mittels Gerichtsexpertise geklärt werden kann, ist die Beschwerde gutzuheissen, und die Verfügungen vom 22. Dezember 2017 sind aufzuheben. Die Sache ist zur Durchführung der notwendigen medizinischen Abklärungen, Prüfung der Statusfrage und Prüfung des Leistungsanspruchs an die Vorinstanz zurückzuweisen.

5.
Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

5.1 Die Verfahrenskosten sind bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1'000 Franken festzulegen (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Die Verfahrenskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu erneuter Abklärung und neuer Verfügung gilt im Sozialversicherungsrecht praxisgemäss als volles Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 137 V 210 E. 7.1 und 132 V 215 E. 6). Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind der Beschwerdeführerin keine Kosten aufzuerlegen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft des

vorliegenden Entscheids auf ein von ihr bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten. Einer unterliegenden Vorinstanz sind gemäss Art. 63 Abs. 2 VwVG ebenso wenig Verfahrenskosten aufzuerlegen.

5.2 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 war im vorliegenden Verfahren nicht-anwaltlich vertreten, weshalb ihr zu Lasten der unterliegenden Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Parteientschädigung unter Berücksichtigung des aktenkundigen und gebotenen Aufwands auf Fr. 1’000.- festzusetzen.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtenen Verfügungen vom 22. Dezember 2017 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen den Sachverhalt ergänzt und über den Anspruch der Beschwerdeführerin erneut verfügt.

2.
Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- wird ihr nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids zurückerstattet.

3.
Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1’000.- zugesprochen.

4.
Dieses Urteil geht an:

– die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde; Beilage: Formular Zahladresse)
– die Vorinstanz (Ref-Nr. […]; Einschreiben)
– das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:	Die Gerichtsschreiberin:
Michael Peterli	Sandra Tibis

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 Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Handen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: