



Abteilung II
B-2927/2011

Urteil vom 9. September 2013

Besetzung

Richterin Maria Amgwerd (Vorsitz),
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz, Richter Hans Urech,
Gerichtsschreiberin Andrea Giorgia Rölli.

Parteien

X._____,
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Robert P. Gehring,
Beschwerdeführerin,

gegen

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

Gegenstand

IV (Rentenanspruch).

Sachverhalt:**A.**

X._____, geboren am _____, verheiratet und Mutter einer mittlerweile erwachsenen Tochter, ist portugiesische Staatsangehörige und wohnt in Portugal. Die angelernte Raumpflegerin arbeitete in der Schweiz ab September 1976 im Hausdienst des Spitals A._____ und seit April 1994 zusammen mit dem Ehegatten als selbständige Geschäftsführerin eines portugiesischen Spezialitäten- und Getränkeladens. Daneben war sie zweimal pro Woche als Raumpflegerin in einer Arztpraxis tätig. X._____ entrichtete in dieser Zeit die obligatorischen Beiträge an die Schweizerische Alters-, Hinterbliebenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV).

B.

Am 7. September 1999 meldete sich X._____ wegen Schmerzen im Handgelenk und Kraftverlust in der rechten Hand, bestehend seit ca. Juni 1992, erstmals zum Bezug von Leistungen (Rente) der schweizerischen Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Mit Verfügung vom 10. April 2000 wies die IV-Stelle des Kantons Thurgau den Rentenanspruch ab, da die Voraussetzung einer ein Jahr dauernden, mindestens 40%igen Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt sei (IV-act. 14). Nachdem die Versicherte dagegen Beschwerde erhoben hatte, hob die Thurgauer IV-Stelle gestützt auf den neuen Verlaufsbericht des behandelnden Arztes vom 5. Juli 2000, wonach die Versicherte im Herbst 2000 wegen eines Rezidivs (Karpaltunnelsyndrom) rechts nochmals operiert wurde, die Verfügung vom 10. April 2000 am 21. Juli 2000 verfügungsweise auf (IV-act. 17). Die AHV/IV-Rekurskommission des Kantons Thurgau schrieb das Beschwerdeverfahren in der Folge mit Beschluss vom 26. Juli 2000 als wegen Gegenstandslosigkeit erledigt ab (IV-act. 20). Seit dem 30. September 2000 ging die Versicherte keiner Tätigkeit mehr nach (IV-act. 217). Ende November 2000 kehrte X._____ definitiv nach Portugal zurück (IV-act. 21).

C.

Die unterdessen zuständige IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA; nachfolgend auch: Vorinstanz) wies das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 7. Mai 2004 ab (IV-act. 85), desgleichen auch die von der Versicherten dagegen erhobene Einsprache (Entscheid vom 3. März 2005, IV-act. 97). Die von X._____ hiergegen erhobene Beschwerde hiess die Eidgenössische Rekurskommission der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung für die im Ausland wohnenden Personen mit Urteil

vom 23. Januar 2006 gut. Der Einspracheentscheid vom 3. März 2005 wurde aufgehoben und die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit diese den rechtserheblichen Sachverhalt in medizinischer und wirtschaftlicher Hinsicht vollständig abkläre (IV-act. 104). Die IVSTA holte daraufhin beim Centre B. _____ in _____ ein polydisziplinäres MEDAS-Gutachten ein (Gutachten vom 8. September 2006, IV-act. 126). Am 2. Mai 2007 verfügte die IVSTA erneut die Abweisung des Leistungsbegehrens, da keine Invalidität vorliege, die einen Rentenanspruch zu begründen vermöge (IV-act. 152). Die hiergegen erhobene Beschwerde wurde vom Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-3992/2007 vom 8. September 2010 abgewiesen (IV-act. 212).

D.

Bereits am 9. Juni 2009 meldete sich die Versicherte erneut bei der schweizerischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (IV-act. 160-162; Posteingang bei der IVSTA: 15. Juli 2009), unter Beilage verschiedener Arztberichte aus Portugal (IV-act. 153-159). Die IVSTA holte daraufhin ein Formular E 205 über den Versicherungsverlauf in der Schweiz (IV-act. 164), einen EU-Versichertenfragebogen (IV-act. 170), einen Haushaltabklärungs-Fragebogen (IV-act. 171), einen ausführlichen ärztlichen Bericht gemäss Formular E 213 (IV-act. 202) sowie weitere medizinische Berichte aus Portugal (IV-act. 191-201 und 213-214) und Stellungnahmen ihres eigenen medizinischen Dienstes (Stellungnahmen vom 9. September 2009 [IV-act. 166] und vom 29. September 2010 [IV-act. 218]) ein. Mit Vorbescheid vom 4. Oktober 2010 teilte die IVSTA der Versicherten mit, dass ihr Leistungsbegehren abgewiesen werden müsste (IV-act. 219).

Die Versicherte erhob dagegen am 3. November 2010 Einwand mit den Anträgen, es sei ihr mindestens eine halbe Invalidenrente zuzusprechen und es seien die erforderlichen medizinischen und beruflichen Abklärungen zur Feststellung des Invaliditätsgrads vorzunehmen (IV-act. 221). Am 28. Februar 2011 ergänzte die Versicherte ihren Einwand, wobei sie auf eine nochmalige, aktuelle interdisziplinäre medizinische Fachbegutachtung insistierte (IV-act. 225). Die IVSTA holte Stellungnahmen ihres eigenen medizinischen Dienstes ein (Stellungnahmen vom 14. März 2011 [IV-act. 227] und vom 24. Mai 2012 [IV-act. 233]). Mit Verfügung vom 5. April 2011 wies die IVSTA das Leistungsbegehren der Versicherten ab (IV-act. 231).

E.

Dagegen erhob X. _____ am 23. Mai 2011 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben sowie mindestens eine halbe Invalidenrente zuzusprechen und auszuzahlen. In prozessualer Hinsicht beantragte die Beschwerdeführerin, es seien keine Kosten für das Beschwerdeverfahren zu erheben und für dieses eine angemessene Entschädigung für die Kosten der anwaltlichen Vertretung zuzusprechen. Ferner sei eine öffentliche mündliche Verhandlung oder zumindest ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen.

F.

Mit Zwischenverfügung vom 23. Februar 2012 wurde das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung abgewiesen. Die Beschwerdeführerin wurde aufgefordert, einen Kostenvorschuss von Fr. 400.– zu leisten. Der Kostenvorschuss wurde innert Frist geleistet.

G.

In ihrer Vernehmlassung vom 6. Juni 2012 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde.

H.

Mit Verfügung vom 11. Juni 2012 forderte das Bundesverwaltungsgericht die Beschwerdeführerin auf, ihm mitzuteilen, ob sie an ihrem Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung festhalte. Mit Eingabe vom 13. Juli 2012 räumte die Beschwerdeführerin ein, dass im Fall der Möglichkeit zu einer Replik von einer mündlichen Verhandlung abgesehen werden könne.

I.

In ihrer Replik vom 20. August 2012, der sie eine medizinische Deklaration vom 16. August 2012 aus Portugal beilegte, hielt die Beschwerdeführerin vollumfänglich an ihren beschwerdeweise geltend gemachten Anträgen fest, wobei sie auf eine mündliche Verhandlung verzichtete. Zudem ersuchte die Beschwerdeführerin um eine Zusatzfrist für eine Replikerklärung.

J.

Mit Verfügung vom 30. August 2012 wurde der Vorinstanz die Replik zur Kenntnisnahme zugestellt und der Beschwerdeführerin Gelegenheit zur Einreichung einer Ergänzung der Replik eingeräumt. Die Beschwerdefüh-

rerin reichte darauf keine Replikergänzung ein. Die Vorinstanz äusserte sich in der Folge nicht.

K.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 31 des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA). Eine Ausnahme im Sinn von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist demnach für die Beurteilung der Beschwerde zuständig.

1.2 Das Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG; SR 172.021) findet keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) anwendbar ist (Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG). Nach Art. 1 Abs. 1 IVG finden die Vorschriften des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a bis 26^{bis} IVG und Art. 28 bis 70 IVG) Anwendung, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

1.3 Nach Art. 59 ATSG ist zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG).

Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen. Als Verfügungsadressatin ist sie durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse. Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert.

1.4 Die Beschwerdeführerin hat frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG; vgl. auch Art. 50 und Art. 52 VwVG) Beschwerde erhoben. Nachdem auch der

Verfahrenskostenvorschuss innert Frist geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten.

2.

2.1 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung und des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

2.2 Im vorliegenden Verfahren ist streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung zu Recht das erneute Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung einer Invalidenrente abgewiesen hat.

2.3 Die Beschwerdeführerin begründet ihre Beschwerde vom 23. Mai 2011 im Wesentlichen damit, seit dem 8. September 2006 habe sich der Gesundheitszustand kontinuierlich und massiv verschlechtert, so dass seit dem 1. Juli 2009 mindestens eine 50%ige Invalidität anzunehmen sei. Die bereits im MEDAS-Bericht vom 8. September 2006 erwähnten Diagnosen bzw. Beschwerden hätten sich verschlechtert und es seien zusätzliche gesundheitliche Beeinträchtigungen hinzugekommen. Es sei eine neue interdisziplinäre Begutachtung aller Beschwerden unerlässlich, soweit die aus Portugal stammenden Berichte nicht genügten. Es bestehe eine aussergewöhnlich stark fortschreitende, jeden normalen Rahmen weit sprengende Gesamtverschlechterung des Zustands mit eklatanter Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit. Die Erörterungen des ärztlichen Dienstes der Vorinstanz beruhten nicht auf eigenen Feststellungen und Untersuchungen, sondern beinhalteten lediglich eine einseitige Interpretation der vorhandenen Akten. Seit dem MEDAS-Bericht hätten die gesundheitlichen Beschwerden derart gravierend zugenommen, dass spätestens ab 1. Juli 2009 eine rentenbegründende Invalidität gegeben sei. In ihrer Replik vom 20. August 2012 führt die Beschwerdeführerin erneut aus, da sich der Gesamtgesundheitszustand kontinuierlich und massiv verschlechtert habe, sei seit dem 1. Juli 2009 mindestens ein Invaliditätsgrad von 50 % anzunehmen. Hinsichtlich des Berichts von Dr. C. _____ vom 31. März 2012 und der Berichte von Dr. D. _____ vom 29. September 2010 sowie 14. März 2011 erscheine bereits die Textdarstellung eigenartig, indem unterschiedliche Schriften verwendet worden seien. Die Feststellungen von Dr. C. _____ und Dr. D. _____ beruhten nicht auf persönlichen Untersuchungen, sondern stellten lediglich die einseitige In-

terpretation eines Teils der Akten dar. Die beiden Ärzte gingen nicht weiter auf die ärztlichen Bescheinigungen aus Portugal aus den Jahren 2009 und 2010, welche für die Zeit nach dem 1. Juli 2009 aktuell seien, ein und legten auch nicht dar, inwiefern die zahlreichen Berichte den Zustand unrichtig wiedergäben. Der Bericht Dr. C. _____s sei eindeutig aktenwidrig. Die zunehmende Reduzierung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich aus den vorinstanzlichen Akten. Aufgrund der von den portugiesischen Ärzten 2009 und 2010 erstellten Berichte bestehe spätestens ab 1. Juli 2009 ein Invaliditätsgrad von mindestens 50 %.

2.4 Die IVSTA führte als Begründung der angefochtenen Verfügung an, es liege keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vor. Trotz des Gesundheitsschadens sei eine Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich noch immer in rentenausschliessender Weise zumutbar. Auf das Begehren nach einer medizinischen Untersuchung in der Schweiz werde nicht eingetreten, da eine pluridisziplinäre Expertise bereits durchgeführt worden sei. In ihrer Vernehmlassung verwies die Vorinstanz auf die Stellungnahme des eigenen ärztlichen Dienstes (IV-act. 233).

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin ist eine in Portugal wohnhafte portugiesische Staatsangehörige, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist.

3.1.1 Anhang II des FZA betreffend die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit wurde per 1. April 2012 geändert (Beschluss Nr. 1/2012 des Gemischten Ausschusses vom 31. März 2012; AS 2012 2345). Vorliegend ist angesichts des Verfügungszeitpunktes auf die bis Ende März 2012 gültige Fassung (vgl. namentlich AS 2002 1527, AS 2006 979 und 995, AS 2006 5851, AS 2009 2411 und 2421) abzustellen, wonach die Vertragsparteien untereinander insbesondere folgende Rechtsakte (oder gleichwertige Vorschriften) anwenden (Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Abschnitt A Anhang II des FZA): die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (AS 2004

121 [vgl. auch AS 2008 4219, AS 2009 4831]; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71) sowie die Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (AS 2005 3909 [vgl. auch AS 2009 621, AS 2009 4845]). Im Rahmen des FZA ist auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinn dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

3.1.2 Soweit das FZA bzw. die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 257 E. 2.4). Dass die im FZA erwähnten Verordnungen – insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) – am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden sind, ändert vorliegend an der Geltung des Schweizer Rechts nichts (vgl. hierzu auch die Urteile des Bundesverwaltungsgerichts B-194/2013 vom 22. Juli 2013 E. 3.1 und C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Entsprechend bestimmt sich vorliegend der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, insbesondere nach dem IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.210).

3.1.3 Nach Art. 40 Abs. 4 der Verordnung Nr. 1408/71 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang V dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind – was für die schweizerischen bzw. portugiesischen Rechtsvorschriften nicht zutrifft. Demnach bestimmt sich die Frage ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, allein aufgrund der

schweizerischen Rechtsvorschriften und es besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen die aus dem Ausland stammenden Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 11. Dezember 1981 i.S. D. und BGE 125 V 351 E. 3a).

3.2 In zeitlicher Hinsicht ist zunächst festzuhalten, dass Rechts- und Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 5. April 2011) eintraten, im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 130 V 329 sowie 129 V 1 E. 1.2, je mit Hinweisen).

Die Sache beurteilt sich grundsätzlich nach denjenigen materiellen Rechtssätzen, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. BGE 130 V 329). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist daher für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (*pro rata temporis*; vgl. BGE 130 V 445 sowie Urteile des Bundesverwaltungsgerichts C-8639/2007 vom 20. Januar 2012 E. 2.4 und C-196/2010 vom 19. Juli 2011 E. 3.2).

3.3 Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 5. April 2011 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung der streitigen Verfügung im vorliegend massgeblichen Zeitraum von Belang sind (für das IVG: ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IVG-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). 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]).

Da die 5. IV-Revision für die Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage brachte, ist die zur altrechtlichen Regelung ergangene

Rechtsprechung weiterhin massgebend (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1).

3.4 Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) sowie der Revision der Invalidenrente und anderer Dauerleistungen (Art. 17) entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der Revision des IVG und des ATSG vom 6. Oktober 2006 sowie der IVV und ATSV vom 28. September 2007 (5. IV-Revision [AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155], in Kraft seit 1. Januar 2008) nichts geändert, weshalb im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

4.

4.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 7, 8 und 16 ATSG; Art. 4, 28, 28a und 29 IVG) und beim Versicherungsfall mindestens während dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat. Diese zwei Bedingungen müssen kumulativ erfüllt sein.

Die Beschwerdeführerin hat in der Schweiz unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet, womit die beitragsmässigen Voraussetzungen für den Bezug einer ordentlichen Invalidenrente erfüllt sind. Zu prüfen bleibt damit, ob und gegebenenfalls ab wann und in welchem Umfang die Beschwerdeführerin im rechtsrelevanten Zeitraum als invalid im Sinn des Gesetzes zu betrachten ist.

4.2

4.2.1 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

bzw. 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. Auflage, 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).

Der Begriff der Invalidität ist demnach nicht nach medizinischen Kriterien definiert, sondern nach der Unfähigkeit, Erwerbseinkommen zu erzielen oder sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (vgl. BGE 110 V 273 E. 4a und 102 V 165). Dabei sind die Erwerbs- bzw. Arbeitsmöglichkeiten nicht nur im angestammten Beruf bzw. in der bisherigen Tätigkeit, sondern – wenn erforderlich – auch in zumutbaren Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Der Invaliditätsgrad ist also grundsätzlich nach wirtschaftlichen und nicht nach medizinischen Grundsätzen zu ermitteln. Bei der Bemessung der Invalidität kommt es somit einzig auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen einer funktionellen Behinderung an, und nicht allein auf den ärztlich festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung (vgl. BGE 110 V 273; ZAK 1985 S. 459).

4.2.2 Gemäss Art. 4 Abs. 2 IVG gilt die Invalidität als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (sogenannter leistungsspezifischer Versicherungsfall; vgl. BGE 137 V 417 E. 2.2.1 und 2.2.4; SVR 2007 IV Nr. 7 E. 1.1). Ein oder mehrere Gesundheitsschäden können demnach verschiedene Invaliditätseintritte (Versicherungsfälle) auslösen, je nachdem, welche gesetzliche Leistung durch die Art und Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung erforderlich bzw. beanspruchbar wird.

4.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu

wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischer Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Valideinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 und 128 V 29 E. 1). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4).

4.4 Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen neuen Rentenabstufungen gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente.

Viertelsrenten werden allerdings gemäss Art. 28 Abs. 1^{ter} IVG nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Sinn von Art. 13 ATSG in der Schweiz haben. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG, heute: Bundesgericht) stellt Art. 28 Abs. 1^{ter} IVG eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Seit Inkrafttreten des FZA können indessen Angehörige von EU-Staaten sowie dort lebende Schweizer Bürgerinnen und Bürger ebenfalls eine Viertelsrente beanspruchen. Eine – vorliegend zutreffende – Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der Europäischen Gemeinschaft, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU) Wohnsitz haben (aufgrund des FZA).

4.5

4.5.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 64 E. 5.2.3, 125 V 410 E. 2b und 117 V 198 E. 4b).

Die glaubhaft zu machende Änderung muss nicht gerade jenes Anspruchselement betreffen, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr hat es zu genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b).

4.5.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a und 109 V 108 E. 2b).

4.5.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. BGE 105 V 29) – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.1 mit Hinweisen).

4.6 Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Er findet zum einen sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 f. ATSG; BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). Zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder erlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. PATRICK L. KRAUSKOPF/KATRIN EMMENEGGER, in: Bernhard Waldmann/Philippe Weissenberger [Hrsg.], Praxiskommentar VwVG, Zürich/Basel/Genf 2009, N 28 ff. zu Art. 12 VwVG). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit 1. Januar 2007: Bundesgericht] I 520/99 vom 20. Juli 2000).

4.7

4.7.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind die Entscheidbehörden 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. Des Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 125 V 25 E. 4 und 115 V 133 E. 2; Rechtsprechung und Verwaltungspraxis in den Bereichen AHV, IV etc., AHI-Praxis 2002, S. 62 E. 4b/cc).

4.7.2 Aufgabe des medizinischen Dienstes ist es, zu Handen der Verwaltung den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen. Dazu gehört auch, bei sich widersprechenden medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die

andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist. Diesen Berichten kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidrelevante Aktenstücke (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_341/2007 vom 16. November 2007 E. 4.1, mit Hinweisen, sowie I 143/07 vom 14. September 2007 E. 3.3).

4.8

4.8.1 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, 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.

Das Gericht darf eine Tatsache grundsätzlich dann als bewiesen annehmen, wenn es sich von deren Vorhandensein derart überzeugt hat, dass das Gegenteil als unwahrscheinlich erscheint (vgl. PATRICK L. KRAUSKOPF/KATRIN EMMENEGGER, in: Waldmann/Weissenberger [Hrsg.], Praxiskommentar VwVG, a.a.O., N 9 zu Art. 12 VwVG). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b und 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. auch BGE 136 I 229 E. 5.3, 122 II 464 E. 4a und 122 III 219 E. 3c, mit Hinweisen).

4.8.2 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 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). Auskünfte der behandelnden Ärzte sind wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit angemessenem Vorbehalt zu würdigen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

4.9 Zu bemerken bleibt, dass auf Grund des im gesamten Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht eine invalide versicherte Person gehalten ist, innert nützlicher Frist Arbeit im angestammten oder einem anderen Berufs- oder Erwerbszweig zu suchen und anzunehmen, soweit sie möglich und zumutbar erscheint (BGE 113 V 28 E. 4a und 111 V 239 E. 2a). Deshalb ist es am behandelnden Arzt bzw. am Vertrauensarzt einer IV-Stelle aus medizinischer Sicht zu bestimmen, in welchem Ausmass eine versicherte Person ihre verbliebene Arbeitsfähigkeit bei zumutbarer Tätigkeit und zumutbarem Einsatz auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt einsetzen kann. Diese Arbeitsmöglichkeit hat sich die versicherte Person anrechnen zu lassen.

5.

5.1 Die Vorinstanz ist auf das neue, in Portugal am 9. Juni 2009 gestellte Leistungsgesuch (IV-act. 160-162) im Rahmen des zwischenstaatlichen

Verfahrens eingetreten, hat den Sachverhalt ermittelt und gewürdigt (siehe IV-act. 163–231). Demnach ist in Anwendung der hiervor dargelegten Rechtsprechung zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwischen dem 2. Mai 2007 (Zeitpunkt der letztmaligen Verfügung, anlässlich der zuletzt eine materielle Prüfung erfolgt war) und dem 5. April 2011 (Erlass der angefochtenen Verfügung) invaliditätsrelevant verändert hat und ob die von der Vorinstanz durchgeführte Anspruchsermittlung mit den hiervor dargelegten Grundsätzen vereinbar ist.

5.2 Laut dem rechtskräftigen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-3992/2007 vom 8. September 2010 (IV-act. 212), welches diese letztmalige Verfügung vom 2. Mai 2007 bestätigte, hat bei der Versicherten seit ihrem Rentengesuch vom 7. September 1999 kein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % während mindestens eines Jahres bestanden (erwähntes Urteil E. 6.5). Das Urteil stützte sich dabei auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten von Dr. E._____, Fachärztin FMH für Rheumatologie, Dr. F._____, Facharzt FMH für Neurologie, sowie Dr. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, B._____ in _____, vom 8. September 2006 (IV-act. 126; vgl. erwähntes Urteil E. 6.5), welches auch der Verfügung vom 2. Mai 2007 zu Grunde lag.

Die MEDAS-Gutachter hielten damals in somatischer Hinsicht fest, beim rechten Arm sei ein normaler Zustand ohne Einschränkungen vorhanden, wobei sich Hinweise auf weniger starke Leitströme ergäben (S. 22 f.). Die Funktionalität des rechten Arms im dominanten Sinn sei erhalten (S. 30 f.). Aus neurologischer Sicht bestünden atypische sensomotorische Probleme der rechten Hand ohne Beeinträchtigungszeichen der Nervenwurzeln (S. 32 f.). Die geltend gemachten Rückenschmerzen seien normale mechanische, altersgerechte, nicht invalidisierende Lumbalgien aufgrund einer Protrusion L4-L5 ohne Hinweise auf neurologische Ausfälle bei einer etwas dekonditionierten und übergewichtigen Patientin. Aus dem Rücken ergäben sich auch keine neurologischen Einschränkungen für den rechten Arm (S. 31-34). Die Intensität der seit vielen Jahren beschriebenen Schmerzen, ohne dass therapeutische Massnahmen darauf einen Einfluss hätten, und die Diskrepanz zwischen den Klagen der Beschwerdeführerin und der wahrgenommenen Darstellung der Behinderung seien als Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) mit Aggravationszeichen und Krankheitsgewinn zu bewerten (S. 31 und 35 f.). Aus psychischer Sicht sei keine Beeinträchtigung mit Krankheitswert, aber eine Fixierung der Beschwerdeführerin auf die Folgen der Symptome nach mehreren Karpaltunnelsyndrom-Operationen mit

Selbstlimitierung und Krankheitsgewinn gegenüber ihrer Umgebung vorhanden (S. 35).

Zusammenfassend stellten die MEDAS-Gutachter angesichts dessen fest, es sei keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorhanden (S. 36 f.). Bezüglich der rechten Hand bestehe ein chronischer unbeeinflussbarer Schmerz (ICD-10 R52.1) mit einer subjektiven Beschreibung einer Unterbenützung ohne objektives Substrat. Hinsichtlich des Rückens seien allgemeine Lumbalgien bei beginnenden degenerativen Beschwerden (ICD-10 M47.8) ohne Myelopathie und ohne Radikulopathie vorhanden, begleitet von muskulären Dysbalancen im Zusammenhang mit Bewegungsmangel und einer Adipositas I. Grades (S. 37). Der festgestellten arteriellen Hypertonie massen die Gutachter keinen beeinträchtigenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (S. 38).

5.3 Wie sich anhand der folgenden Erwägungen zeigt, ergeben die aufliegenden medizinischen Berichte keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin seit dem 2. Mai 2007.

5.3.1 Dr. H. _____ berichtete anlässlich ihrer Arbeitsunfähigkeitsprüfung vom 6. Mai 2009 der Sozialversicherung Portugals folgende Diagnosen betreffend Invalidität beziehungsweise Behinderung: Sehnenscheidenentzündung und Atrophie der Daumenballenmuskulatur der rechten Hand, die zu einer Funktionsbeeinträchtigung führten, Beeinträchtigung der C5-Wurzel am Foraminalkanal, Menière-Krankheit sowie (eventuell) Hypakusis (IV-act. 159). In Bezug auf die Auswirkung dieser Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. H. _____ jedoch nur fest, dass die Beschwerdeführerin eine Funktionsbehinderung der rechten Hand habe und an starker Sehnenscheidenentzündung leide (IV-act. 159). Zur damals aktuellen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und leidensangepassten Tätigkeiten, zur Arbeitsunfähigkeit im Verlauf – insbesondere seit dem 2. Mai 2007 – und zur Dauerhaftigkeit der Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen sowie in einer leidensangepassten Tätigkeit und zur Frage, welche Tätigkeiten leidensangepasst wären, findet sich in den Akten in dessen keine Stellungnahme von Dr. H. _____. Zudem bestätigte in Bezug auf die von ihr neu festgehaltene, aber hinsichtlich ihrer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht näher beschriebene Sehnenscheidenentzündung kein anderer Arzt eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Was die von Dr. H. _____ bescheinigte Funktionsbehinderung der rechten Hand anbelangt, war eine solche bereits im Zeitpunkt des Gutachtens vom 8. September 2006 bestehend (vgl. E. 5.2 hiavor).

5.3.2 I._____, Internist, attestierte der Beschwerdeführerin in seinem Bericht vom 25. November 2009 eine dauerhafte Berufsunfähigkeit infolge einer muskulären Atrophie der rechten Hand mit der Unfähigkeit, die Finger vollständig auszustrecken, sowie einer lumbalen-paravertebralen Kontraktur (IV-act. 213). Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit Mai 2007 legte I._____ allerdings nicht ausdrücklich dar. Dass die von ihm bescheinigten Leiden eine seitherige wesentliche gesundheitliche Verschlechterung herbeigeführt haben, bestätigt sich zudem auch nicht anhand der übrigen vorliegenden medizinischen Akten. Die muskuläre Atrophie der rechten Hand erwähnte Dr. H._____ zwar ebenfalls, sie folgte daraus jedoch lediglich eine Funktionsbeeinträchtigung; eine solche war aber bereits im September 2006 vorhanden (vgl. E. 5.3.1 hier vor). Auch der Neurologe J._____ hielt in Bezug auf die rechte Hand eine Funktionsbeeinträchtigung fest, ohne eine seit Mai 2007 eingetretene Verschlechterung objektiv darzulegen (vgl. Bericht vom 17. Dezember 2009, IV-act. 201). Ferner kam die Ärztin K._____ hinsichtlich der Schwäche der rechten Hand zum nachvollziehbaren Schluss, dass diese bereits seit dem Jahr 2000 bestehe (vgl. ausführlicher ärztlicher Bericht gemäss Formular E 213 vom 11. Januar 2010, IV-act. 202). Die von I._____ angeführte lumbale-paravertebrale Kontraktur hinwiederum hat er nicht näher beschrieben. Angesichts dieser Aktenlage ist eine seit Mai 2007 eingetretene dauerhafte Berufsunfähigkeit aufgrund der von ihm angeführten Leiden nicht belegt, womit I._____ bei der Bescheinigung der dauerhaften Berufsunfähigkeit offensichtlich der subjektiven Einschätzung der Beschwerdeführerin gefolgt ist. Damit kann auf die Aussagen von I._____, welcher als Internist überdies kein Facharzt für Hand- und Rückenleiden ist, nicht abgestellt werden.

5.3.3 J._____, Neurologe, berichtete am 17. Dezember 2009, die Beschwerdeführerin sei aufgrund einer Funktionsbeeinträchtigung, die durch eine Verminderung der segmentalen Muskelkraft der rechten Hand mit verringerter Fingerstreckfähigkeit, einer Verminderung des C5-Reflexes rechtsseitig sowie einer Verminderung des Patellarsehnenreflexes und Achillessehnenreflexes linksseitig verursacht sei, nicht in der Lage, einer normalen Berufstätigkeit nachzugehen (IV-act. 201). Wie schon in E. 5.3.2 hiavor erwähnt, geht aus dem Bericht von J._____, was die von ihm festgehaltene Beeinträchtigung der rechten Hand anbelangt, keine wesentliche Zustandsverschlechterung seit Mai 2007 hervor. Was die übrigen von J._____ bescheinigten Einschränkungen betrifft, kann aus fehlenden Reflexen allein von vornherein keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden. Die von J._____ festgehaltenen gesundheit-

lichen Einschränkungen sind zudem nicht näher begründet, wobei insbesondere eine Diagnoseangabe fehlt, und enthalten seine Angaben weder eine eingehende Befunderhebung noch eine medizinische Gesamtschau in zeitlicher Hinsicht. Entsprechend vermögen die Aussagen von J._____ ebenfalls keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands seit Mai 2007 zu belegen.

5.3.4 K._____ wies in ihrem ausführlichen ärztlichen Bericht gemäss Formular E 213 vom 11. Januar 2010 (IV-act. 202) ausdrücklich darauf hin, dass die von ihr festgestellten Einsatzbeschränkungen seit dem Jahr 2000 bestünden. Zwar hat sich laut K._____ der Zustand verschlechtert. Eine wesentliche gesundheitliche Verschlechterung seit Mai 2007 geht aus dem Bericht indes inhaltlich nicht hervor.

5.3.5 In seinem medizinischen Bericht vom 12. Juli 2010 bescheinigte Dr. L._____ der Beschwerdeführerin, dass sie an einer neurosensorischen Hypakusis II. Grades linksseitig sowie einem Tinnitus white noise mit 5 dB Intensität oberhalb der Hörschwelle leide und der für den vorliegenden Gehörverlust im Einklang mit der aktuellen Gesetzeslage zu gewährende Grad der dauerhaften partiellen Behinderung 10 % betrage (IV-act. 214). Wie sich diese im Vergleich zum Gesundheitszustand im Mai 2007 neu festgestellte Behinderung auf die bisherige Tätigkeit und leidensangepasste Tätigkeiten im Verlauf und auf Dauer qualitativ und quantitativ auswirkt sowie welche Tätigkeiten angesichts dieses Leidens behinderungsangepasst wären, führte Dr. L._____ nicht aus. Seine Bescheinigung einer dauerhaften partiellen Behinderung von 10 % bezieht sich allein auf die Behinderungseinschätzung gemäss portugiesischem Recht, welches im vorliegenden Verfahren nicht relevant ist. Eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit geht damit auch aus den Aussagen von Dr. L._____ nicht hervor.

5.3.6 M._____, Vertreter der behandelnden Ärztin, schrieb in seiner ärztlichen Bescheinigung vom 16. August 2012, die pathologischen Störungen der Beschwerdeführerin – beidseitiges Karpaltunnelsyndrom mit akzentuierter rechtsseitiger funktioneller Beeinträchtigung, Vertebralesyndrom mit ausstrahlenden, insbesondere im Zervikalbereich intensiver ausfallenden Schmerzen, ängstlich-depressive Störungen sowie wiederkehrende Schwindelanfälle – bedingen einen manifesten Grad funktioneller Behinderung. Eine eigene objektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seit Mai 2007 in bisheriger und leidensangepasster Tätigkeit mit einer

quantitativen und qualitativen Angabe nahm M._____, dessen medizinische Fachqualifikationen aus den Akten nicht hervorgehen, indessen nicht vor, sondern er begnügte sich mit dem unbestimmten Hinweis auf einen "manifesten Grad funktioneller Behinderung". M._____ äussert sich ferner auch nicht ausdrücklich dazu, inwiefern sich seine Bescheinigung auf den Zeitraum von Mai 2007 bis April 2011 bezieht. Der Bericht von M._____ ist zudem erst im Rahmen der Beschwerde und damit erst nach Erlass der rentenablehnenden Verfügung vom 5. April 2011 erstellt worden. Dies und die summarische, nicht näher objektiv belegte Begründung zeigen, dass M._____ offensichtlich auf die subjektiven Aussagen der Beschwerdeführerin abstellte. Bezüglich seinen Aussagen ist daher die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass Hausärzte und Ärzte in einer vergleichbaren Stellung im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung im Zweifelsfall zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Entsprechend hat dieser Arztbericht unbeachtet zu bleiben.

5.3.7

5.3.7.1 Dr. D._____, Ärztin des internen medizinischen Dienstes der Vorinstanz, stellte aufgrund der ihr vorliegenden ärztlichen Akten einen Zustand fest, der völlig austauschbar mit jenem sei, der bei der Begutachtung erhoben worden sei. Es gebe keine objektiv wesentliche funktionelle Einschränkung. Die Schlussfolgerungen des Gutachtens [vom 8. September 2006] blieben aktuell (Stellungnahme vom 29. September 2010, IV-act. 218). Der Zustand sei ähnlich jenem, der zur Zeit des Gutachtens von 2006 vorgeherrscht habe. Das einzige neue Element sei die mässige Taubheit links, wobei die beiden Schwindelepisoden nicht als invalidisierend beurteilt seien und eine zugrundeliegende Pathologie fehle. Seit dem Gutachten gebe es also kein neues Element, das geeignet sei, die Arbeitsfähigkeit zu beeinflussen (Stellungnahme vom 14. März 2011, IV-act. 227).

Diese Einschätzung von Dr. D._____ deckt sich mit den vorstehenden Erwägungen E. 5.3.1-6, wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. Zudem leuchtet diese Einschätzung in der Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge ein, ist in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie nachvollziehen kann, schlüssig sowie in sich konsistent und widerspruchsfrei. Aus den Akten gehen keine Indizien hervor, die gegen diese Einschätzung sprechen, wie die Erwägungen E. 5.3.1-6 hiavor zeigen. Entsprechend über-

zeugt im Ergebnis auch die im Beschwerdeverfahren ergangene Stellungnahme von Dr. med. C._____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, ebenfalls Arzt des internen medizinischen Dienstes der Vorinstanz, der die Schlussfolgerungen der Stellungnahmen von Dr. D._____ vom 29. September 2010 und vom 14. März 2011 voll und ganz bestätigte. Laut Dr. C._____ ist von sämtlichen Problemen, die anlässlich des MEDAS-Gutachtens vom 8. September 2006 noch nicht aktenkundig bzw. bekannt gewesen seien, zweifelsfrei keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abzuleiten. Und es gebe keine Hinweise auf eine Verschlimmerung der damals schon bekannten Probleme (Stellungnahme vom 24. Mai 2012, IV-act. 233). Auch Dr. C._____ berücksichtigte die aus den Akten hervorgehenden Leiden umfassend, wie seine zusammenfassende Diagnosestellung zeigt, wonach die Beschwerdeführerin persistierende Schmerzen im Bereich der rechten Hand und des rechten Armes, ein Lumbovertebralsyndrom, eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0), eine Adipositas, einen Diabetes mellitus Typ II, eine arterielle Hypertonie, eine Nasenseptumdeviation, Uterusmyome, eine Schwerhörigkeit links sowie anamnestisch einen Status nach Magenulkus ca. im Jahr 1977 aufweise (Stellungnahme vom 24. Mai 2012, IV-act. 233). Darüber hinaus wird die Einschätzung von Dr. D._____ und Dr. C._____, dass keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin seit Mai 2007 eingetreten ist, auch durch die übrigen ärztlichen Berichte nicht erschüttert, da sie sich weder zur verbleibenden Arbeitsfähigkeit seit Mai 2007 noch zu seither möglichen und zumutbaren Tätigkeiten noch zu allfälligen seitherigen wesentlichen Veränderungen des Gesundheitszustands mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit äussern. Insbesondere finden sich in diesen Berichten keine Anhaltspunkte für die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränkende Leiden. Dass weitere, in den Akten nicht vorliegende medizinische Berichte bzw. ein neuerliches Gutachten eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands seit Mai 2007 aufzeigen würden, erscheint angesichts dessen nicht als überwiegend wahrscheinlich.

5.3.7.2 Was die Beschwerdeführerin gegen die Einschätzung von Dr. D._____ und Dr. C._____ vorbringt (vgl. E. 2.2 hiavor), vermag an ihrem Beweiswert nichts zu ändern. Der interne medizinische Dienst der Vorinstanz darf eigene Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit durchaus vornehmen. Denn es ist gerade seine gesetzlich vorgesehene Aufgabe, die Leistungsfähigkeit zu beurteilen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 5.3). Dabei ist es nicht notwendig,

dass sich der medizinische Dienst der Vorinstanz in seiner Stellungnahme mit allen ärztlichen Bescheinigungen ausdrücklich im Einzelnen auseinandersetzt, ist doch vielmehr eine Zusammenfassung seine Aufgabe (vgl. E. 4.7.2 hiervor). Da die Versicherte zwar nicht beweisführungspflichtig ist (Art. 43 Abs. 3 ATSG), aber gleichwohl die Beweislast trägt (Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches vom 10. Dezember 1907, ZGB), obliegt es ihr, eine geltend gemachte wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands zumindest mit einem einzigen medizinischen Bericht überzeugend darzulegen. Es ist zudem auch nicht zwingend erforderlich, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der regionale ärztliche Dienst (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 Bundesgerichts 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).

5.4 Damit zeigt sich der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt. Demnach hat die Vorinstanz zu Recht einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente verneint. Die angefochtene Verfügung vom 5. April 2011 ist somit rechtmässig, weshalb sich die Beschwerde als unbegründet erweist. Sie ist deshalb abzuweisen.

6.

6.1 Die Verfahrenskosten werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache im vorliegenden Verfahren auf Fr. 400.– festgesetzt (Art. 63 Abs. 4^{bis} VwVG sowie Art. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Sie sind vom unterliegenden Beschwerdeführer zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG) und mit dem geleisteten Kostenvorschuss zu verrechnen.

6.2 Weder der unterliegende Beschwerdeführer noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 400.– werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 400.– verrechnet.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde),
- die Vorinstanz (Ref-Nr. _____; Gerichtsurkunde),
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Gerichtsurkunde).

Die vorsitzende Richterin:

Die Gerichtsschreiberin:

Maria Amgwerd

Andrea Giorgia Röllin

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [BGG, SR 173.110]). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: 18. September 2013