



Urteil vom 9. September 2013

Besetzung

Richter Frank Seethaler (Vorsitz),
Richter Daniel Stufetti, Richter Hans Urech,
Gerichtsschreiberin Marion Sutter.

Parteien

A. _____,
vertreten durch Dr. Alex Hediger, Advokatur und
Notariat, Freie Strasse 82, Postfach, 4010 Basel,
Beschwerdeführerin,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenrente (Neuanmeldung);
Verfügung der IVSTA vom 14. Oktober 2010.

Sachverhalt:**A.**

Die italienische Staatsangehörige A._____ (im Folgenden: Beschwerdeführerin oder Versicherte) wurde 1958 geboren und lebt in Deutschland. In den Jahren 1994 bis 2004 arbeitete sie als Grenzgängerin in der Schweiz und leistete die obligatorischen Beiträge an die schweizerische AHV / IV. Auf ihr erstes, beim deutschen Sozialversicherungsträger eingereichtes Leistungsgesuch vom 19. August 2006 hin sprach die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (im Folgenden: Vorinstanz) ihr mit Verfügung vom 15. September 2008 eine halbe Rente für die Zeit vom 1. Mai 2007 bis zum 31. Oktober 2007 zu.

B.

Hiergegen erhob die Beschwerdeführerin, vertreten durch Advokat Dr. Alex Hediger, mit Eingabe vom 24. Oktober 2008 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte, es sei die Verfügung der Vorinstanz vom 15. September 2008 aufzuheben und ihr ab dem 1. November 2007 weiterhin eine halbe Invalidenrente auszurichten. Mit Urteil C-6733/2008 vom 22. Februar 2010 hiess das Bundesverwaltungsgericht die Beschwerde teilweise gut, hob die der Beschwerdeführerin ab dem 1. Mai 2007 zugesprochen halbe Rente in Abänderung der angefochtenen Verfügung erst per 1. Februar 2008 auf und sandte die Akten zur Berechnung des Nachzahlungsbetrages an die Vorinstanz zurück. Mit Verfügung vom 4. Juni 2010 sprach die Vorinstanz der Beschwerdeführerin gestützt auf das erwähnte Urteil ergänzend für die Zeit vom 1. November 2007 bis zum 31. Januar 2008 weiterhin eine halbe Rente zu. Sowohl die Verfügung vom 15. September 2008 als auch die Verfügung vom 4. Juni 2010 traten in der Folge unangefochten in Rechtskraft.

C.

Die deutsche Rentenversicherung wies mit Verfügung vom 17. März 2010 das bei ihr eingereichte Rentenleistungsgesuch der Beschwerdeführerin ab mit der Begründung, bei der Beschwerdeführerin lägen folgende Krankheiten vor:

- koronare Gefässerkrankung,
- Lumbalgien,
- rezidivierende Zervikobrachialgien,
- Dysthymie,

- Entfernung der linken Niere,
- Bluthochdruck,
- Eisenmangelanämie.

Diese Einschränkungen würden keinen Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung begründen. Zuzufolge der medizinischen Beurteilung könne die Beschwerdeführerin noch mindestens 6 Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarkts erwerbstätig sein.

D.

Bereits am 3. Mai 2010 hatte die Beschwerdeführerin ein neues Gesuch um Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung gestellt, welches am 4. Mai 2010 bei der IV-Stelle des Kantons B._____ (im Folgenden: kantonale IV-Stelle) eingegangen war. Diesem hatte sie mehrere neue Arztunterlagen beigelegt. Mit Vorbescheid vom 2. Juni 2010 stellte die kantonale IV-Stelle eine Abweisung des neuen Gesuchs um Rentenleistungen in Aussicht, mit der Begründung, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit der Rentenzusprache im September 2008 nicht in rentenbeeinflussender Weise verändert und es sei ihr in unverändertem Umfang eine alternative Hilfstätigkeit zumutbar.

E.

Mit Schreiben vom 14. Juni 2010 teilte die Beschwerdeführerin, vertreten durch C._____, Fachbereich Bürgerdienste der Stadtverwaltung D._____ (Deutschland), der kantonalen IV-Stelle mit, sie sei mit dem vorgesehenen Entscheid nicht einverstanden. Gleichzeitig reichte sie neue Arztberichte ein, aus denen insbesondere hervorging, dass sie sich zu dem Zeitpunkt in einer stationären Behandlung im Kreiskrankenhaus D._____ befand. Nach ihrer zwischenzeitlich erfolgten Entlassung aus dem Kreiskrankenhaus D._____ liess die Beschwerdeführerin der kantonalen IV-Stelle am 5. August 2010 weitere Arztberichte zukommen. Mit Stellungnahme vom 27. August 2010 hielt Dr. med. E._____ des regionalen ärztlichen Dienstes B._____ (im Folgenden: RAD) fest, die kürzlich erfolgte Hospitalisation in D._____ sowie die hierbei erhobenen Befunde würden keine invaliditätsrechtlich relevante Verschlechterung aufzeigen, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zusätzlich einschränke. Am 17. September 2010 ergänzte er nach Eingang eines Radiologieberichts vom 13. Juli 2010, es könne nicht allein auf diesen abgestellt werden. In den klinischen Angaben sei zwar eine Lumbalgie links aufgeführt. Ohne einen linksseitigen Prolaps fehle jedoch ein kli-

nisch-pathologisches Korrelat. Gemäss dem Radiologen seien die linksseitigen Beschwerden nicht mit Sicherheit ausreichend abgeklärt. Hiernach bestätigte die Vorinstanz mit Verfügung vom 14. Oktober 2010 den Vorbescheid der kantonalen IV-Stelle vom 2. Juli 2010.

F.

Hiergegen erhob die Beschwerdeführerin, nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Alex Hediger, mit Eingabe vom 26. November 2010 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht mit den Anträgen, die Verfügung vom 14. Oktober 2010 sei aufzuheben und ihr mit Wirkung ab dem 1. Mai 2010 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Ebenfalls stellt sie ein Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege sowie Rechtsverteidigung. Zur Begründung führt sie an, ihr Gesundheitszustand habe sich seit September 2009 erheblich verschlechtert, was das beigelegte Schreiben von Dr. E._____, Arzt für innere Medizin, vom 22. November 2010 belege. Es sei neu eine koronare Herzkrankheit hinzugekommen, welche im Dezember 2009 operativ habe versorgt werden müssen. Nach der Besserung anlässlich einer Kontrolluntersuchung vom 19. März 2010 hätten sich im Oktober 2010 erneute Beschwerden gezeigt. Innert kurzer Zeit habe sich die koronare Herzerkrankung deutlich verschlimmert. Ausserdem bestehe ein arterieller Hypertonus mit rezidivierenden hypertensiven Entgleisungen, der nicht einstellbar sei. Auch das Kurzzeitgedächtnis habe sich verschlechtert. Eine Arbeitsunfähigkeit ergebe sich insbesondere infolge der erwähnten Hypertonie. Derzeit befinde sie sich in einer stationären Rehabilitationsmassnahme. Es sei den hiesigen Ärzten nicht möglich, den Blutdruck richtig einzustellen. Auch in psychischer Hinsicht habe sich eine Verschlechterung gezeigt. Sie leide an einer depressiven Episode. Gemäss Dr. E._____ sei ihre Arbeitsfähigkeit auf Grund dieser multiplen gesundheitlichen Beschwerden dauerhaft zu verneinen. Des Weiteren hätten verschiedene Ärzte und Krankenhäuser, bei denen sie sich seit September 2008 in Behandlung befunden habe, eine akute Verschlechterung ihres Gesundheitszustands belegt. Entsprechende Berichte legte die Beschwerdeführerin ihrer Eingabe bei. Insgesamt sei die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht nicht nachgekommen. Unter dem Eventualstandpunkt beantragt die Beschwerdeführerin die Gutheissung der Beschwerde und Rückweisung der Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz.

G.

Mit Vernehmlassung vom 28. Januar 2011 beantragt die Vorinstanz, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung zu bestäti-

gen. Zur Begründung verweist sie auf die von ihr eingeholte Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle vom 26. Januar 2011. Die kantonale IV-Stelle macht darin geltend, der RAD habe sich mit Stellungnahme vom 20. Januar 2011 mit den im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Medizinalakten auseinandergesetzt und darin keine Verschlechterung des Gesundheitszustands erblickt. Sowohl die Stenosen der Herzkranzgefässe als auch die Herzrhythmusstörung seien erfolgreich behandelt worden. Gemäss dem Austrittsbericht des Kreiskrankenhauses vom 19. Oktober 2010 sei die Beschwerdeführerin nach ihrem letzten Spitalaufenthalt beschwerdefrei entlassen worden. Die neu eingereichten Kurzberichte des behandelnden Psychiaters Dr. F._____ vom 14. Oktober 2008 resp. 18. November 2009, in welchen dieser eine mittelschwere, streckenweise schwere depressive Episode resp. eine Anpassungsstörung diagnostiziert habe, würden nicht zu einer anderen Beurteilung führen, da entsprechende pathologische Befunde weitgehend fehlten. Schliesslich würden diese Berichte auch keine Hinweise auf eine entsprechende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin enthalten.

H.

In ihrer Replik vom 7. April 2011 bestreitet die Beschwerdeführerin die Sachverhaltsdarstellung der kantonalen IV-Stelle, wonach sie heute beschwerdefrei sei. Gemäss dem Schreiben ihres behandelnden Arztes vom 1. Februar 2011 sei sie auf Grund multipler Probleme in massiver Weise psychologisch beeinträchtigt und nicht mehr in der Lage, eine leichte körperliche Erwerbstätigkeit während 6 Stunden pro Tag auszuüben. Neben der sich erneut verschlechternden koronaren Herzerkrankung leide sie an einer erheblichen Depression mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. So habe auch der psychologische Bericht des (...) -Klinikums G._____ vom 3. Dezember 2010 festgestellt, dass sich ihre mittelgradige depressive Episode sowie Angststörung als therapieresistent erwiesen hätten und eine iatrogene Schädigung vorliege. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands würden auch die Arztberichte der Ärzte Dres. med. H._____ und I._____ vom 7. Februar 2011 sowie von Dr. J._____, Oberarzt beim Kreiskrankenhaus Rheinfelden, vom 16. März 2011 belegen.

I.

In der Duplik vom 26. Mai 2012 hielt die Vorinstanz an ihrer Vernehmlassung fest unter Verweis auf die erneut bei der kantonalen IV-Stelle eingeholte Stellungnahme. Jene führt in ihrer Stellungnahme vom 20. Mai 2011 aus, Dr. E._____ sei als Facharzt für Innere Medizin nicht geeignet, all-

fällige psychologische Beschwerden der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Im Bericht des (...)-Klinikums G._____ vom 10. Dezember 2010 (*recte*: vom 3. Dezember 2010) werde zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht Stellung genommen. Der Bericht der Ärzte Dres. med. H._____ und I._____ vom 7. Februar 2011 basiere grösstenteils auf subjektiven Äusserungen der Beschwerdeführerin. Ebenfalls seien IV-fremde Faktoren mitberücksichtigt worden anlässlich der Diagnosestellung. Die unregelmässige Behandlungsfrequenz spreche nicht für ein relevantes psychisches Leiden. Die von Dr. J._____ im Bericht vom 16. März 2010 zusätzlich erwähnten Verdachtsdiagnosen könnten keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Schliesslich sei darauf hinzuweisen, dass für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde die Verhältnisse im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung massgebend seien, weshalb sämtliche, nach dem 6. Oktober 2010 ergangenen Berichte nach konstanter Praxis nur insofern zu berücksichtigen seien, als sie geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen. Dies sei in Bezug auf blosser Verdachtsdiagnosen nicht der Fall.

J.

Mit Schreiben vom 21. Juni 2011 reichte die Beschwerdeführerin dem Bundesverwaltungsgericht einen Bericht der K._____ -Klinik vom 7. Juni 2011 ein, wonach sie sich in der Zeit vom 5. bis 20. Mai 2011 ebendort in einem stationären Aufenthalt befunden habe. Am 13. Juli 2011 resp. 12. Juli 2011 verzichteten sowohl die Vorinstanz als auch die kantonale IV-Stelle auf eine diesbezügliche Stellungnahme, da der Bericht der K._____ -Klinik vom 7. Juni 2011 für das vorliegende Beschwerdeverfahren ohne Relevanz sei.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Gegen die Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland kann Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erhoben werden (Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]; Art. 33 lit. d des Verwaltungsgerichtsgesetzes

vom 17. Juni 2005 [VGG, SR 173.32]). Als Adressatin der angefochtenen Verfügung ist die Beschwerdeführerin zudem besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Die dreissigtägige Beschwerdefrist (Art. 60 Abs. 1 ATSG) ist eingehalten. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

2.

Die Beschwerdeführerin war Grenzgängerin. Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV hierfür vorgesehen, hat die kantonale IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet die Versicherte in ihrer Eigenschaft als Grenzgängerin eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, in korrekter Weise die Anmeldung für Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 14. Oktober 2010 erlassen hat.

3.

Die Beschwerdeführerin ist italienische Staatsangehörige und wohnt in Deutschland, 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) zur Anwendung gelangt. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere 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 (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und 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 (SR 0.831.109.268.11; nachfolgend: Verordnung Nr. 574/72), oder gleichwertige Vorschriften an. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA). 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 Urteile des Bundesverwaltungsgerichts B-194/2013 vom 22. Juli 2013 E. 3.1, B-8566/2010 vom 15. August 2013, E. 6.1 und C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1).

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. Eine solche anerkannte Übereinstimmung besteht für das Verhältnis zwischen einzelnen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz nicht. Der Invaliditätsgrad bestimmt sich daher auch im Geltungsbereich des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

4.

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445). Damit finden im vorliegenden Verfahren grundsätzlich jene Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 14. Oktober 2010 in Kraft standen (Bestimmungen der 5. IV-Revision). Noch keine Anwendung findet 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]).

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 14. Oktober 2010) 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).

5.

Ein erstes Rentengesuch der Beschwerdeführerin wurde mit Verfügungen vom 15. September 2008 und 4. Juni 2010 rechtskräftig entschieden (siehe vorangehend Sachverhalt Bst. A und B). Die letztere Verfügung vom 4. Juni 2010 basiert auf dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6733/2008 vom 22. Februar 2010, in welchem jenes den Sachverhalt bis zum 15. September 2008 (Zeitpunkt des Erlasses der in jenem Verfahren angefochtenen Verfügung vom 15. September 2008; vgl. E. 1.4 des erwähnten Urteils) beurteilte und in Abänderung der Verfügung vom 15. September 2008 die der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab dem 1. Mai 2007 befristet zugesprochene halbe Rente erst per Ende Januar 2008 aufhob. Am 3. Mai 2010 stellte die Beschwerdeführerin ein erneutes Begehren um die Zusprechung einer Invalidenrente.

5.1 Sofern eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert wurde, so wird gemäss Art. 87 Abs. 4 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201, in der Fassung gültig bis zum 31. Dezember 2011) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen von Art. 87 Abs. 3 IVV erfüllt sind. Danach ist im Leistungsbegehren, gleich wie im Revisionsgesuch, glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Anderenfalls hat sie zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1).

5.2 Eine Änderung des Invaliditätsgrades setzt stets auch eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus. Ausgangspunkt zur Beurteilung dieser Veränderung ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten der

versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht. Vorliegend hat die Vorinstanz sowie in der Folge das Bundesverwaltungsgericht im Verfahren, welches zu den ersten rechtskräftigen Verfügungen vom 15. September 2008 und 4. Juni 2010 führte, den Sachverhalt lediglich bis zum 15. September 2008 (sprich bis zum Zeitpunkt des Erlasses der, in jenem Verfahren beim Bundesverwaltungsgericht angefochtenen Verfügung der Vorinstanz vom 15. September 2008, vgl. Sachverhalt Bst. B) beurteilt. Damit stellt der 15. September 2008 vorliegend der Ausgangszeitpunkt für die Frage, ob eine invaliditätsrechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin eingetreten ist, dar. Diesem Ausgangszeitpunkt ist als aktuellen Referenzzeitpunkt der Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung, vorliegend also der 14. Oktober 2010, gegenüberzustellen (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 sowie vorangehende E. 4 Abs. 2).

5.3 Die Veränderung der Verhältnisse zwischen den beiden zeitlichen Referenzpunkten muss erheblich sein, das heisst hinsichtlich der Auswirkungen auf den Invaliditätsgrad rentenwirksam sein (siehe Art. 17 ATSG, BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten – welche gleichermassen für das Neuanmeldungsverfahren gelten (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] I 658/05 vom 27. März 2006 E. 4.4) – ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes unerheblich (BGE 112 V 371 E. 2b mit Hinweisen; Sozialversicherungsrecht – Rechtsprechung [SVR] 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a; Urteil des eidgenössischen Versicherungsgerichts [heute: Bundesgericht] I 574/02 vom 25. März 2003 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C_379/2007 vom 22. Januar 2008 E. 2).

6.

Im vorliegenden Fall ist nach dem Gesagten zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in der massgebenden Zeitspanne vom 15. September 2008 bis zum 14. Oktober 2010 (vgl. E. 5.2) in erheblicher Weise verändert hat. Die bis zum ersten vorliegend relevanten Ausgangszeitpunkt vom 15. September 2008 bereits bekannten Diagnosen wurden im Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6733/2008 vom 22. Februar 2010 E. 3 f. wie folgt zusammengefasst:

6.1 Dr. med. L._____ stellte in seinem rheumatologischen Gutachten vom 25. September 2007 folgende Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- ein tendomyotisches Zervikalsyndrom mit / bei
 - Streckhaltung der Halswirbelsäule,
 - deutlicher degenerativer Veränderung im Bereich C4 bis C6 – Osteochondrosen und reaktive Spondylose,
 - Kettentendinosen Schultergürtel,

sowie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Status nach Nephrektomie links wegen zystischer Veränderung im Juni 2006,
- lumbovertebrales Syndrom bei Übergangswirbel L5 und Hemi-sakralisation auf der linken Seite,
- reaktive Tendomyogelosen lumbal paravertebral,
- generalisierte Fibromyalgie,
- instabile Hypertonie – schwer einstellbar – anamnestisch,
- Übergewicht (BMI 27.5 Kilogramm/m²).

Auf der psychisch / geistigen Ebene habe er keine Depressivität beobachten können. Von Mai bis Mitte Oktober 2006 sei die Versicherte voll arbeitsunfähig gewesen. Anschliessend bis Mitte Oktober 2007 habe eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seither sei eine 75 %-ige Arbeitsfähigkeit gültig. Gestützt auf ein Leistungsprofil, welches der Versicherten noch eine Sitzdauer von anderthalb Stunden, eine Stehdauer von zwei Stunden, ein Gehdauer von zwei bis drei Stunden und das Heben von Lasten bis 10 Kilogramm bis auf Brusthöhe sowie von Lasten bis 4 Kilogramm über Kopfhöhe erlaube, seien ab Oktober 2007 noch diverse wechselbelastende leichte bis mittelschwere Arbeiten – ohne Stress und Leistungsdruck – denkbar, für welche eine volle Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 20 % bestehe.

6.2 In der gutachterlichen Stellungnahme der Ärzte Dres. med. M._____, Neurologe und Psychiater, sowie H._____, Neurologe, vom 4. März 2008 wurde die Versicherte als kooperativ beschrieben. Es hätten keine Hinweise auf eine Simulation oder Aggravation bestanden.

Ebenfalls sei keine endogene Depression oder eine schizophrene Psychose auszumachen gewesen. Auf Grund der Untersuchungsbefunde diagnostizierten die Ärzte eine depressive Episode gemäss ICD-10 F.32.2 mittelschwerer Art. Darüber hinaus bestünden multiple körperliche Beschwerden, die als somatoforme Störungen zu werten seien. Der Versicherten sei es bisher nicht gelungen, das Arbeitshemmnis zu überwinden, sodass von einer die Arbeitsfähigkeit reduzierenden Krankheit auszugehen sei. Die Arbeitsunfähigkeit betrage mind. 60 %.

6.3 Im Gutachten der (...)-klinik vom 18. Juli 2008 wurden die nachfolgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

- tendomytisches Zervikalsyndrom,
 - Streckhaltung der Halswirbelsäule,
 - deutliche degenerative Veränderungen,
 - Kettentendinosen Schultergürtel,

sowie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von sonstigen Gefühlen (ICD-10 F43.23 [*recte*: F43.2]),
- arterielle Hypertonie,
- lumbovertebrales Syndrom bei Übergangswirbel L5 und Hemisakralisation auf der linken Seite,
- reaktive Tendomyogelosen lumbal paravertebral,
- Übergewicht (BMI 27.5 Kilogramm/m²).

Die Versicherte sei im angestammten Beruf ab Mitte Oktober 2007 zu 75 % arbeitsunfähig gewesen. Im Anschluss an die Nephrektomie sei sie vom 8. Mai 2006 bis 20. Oktober 2006 zu 100 % arbeitsunfähig verblieben. Im Übrigen bestehe eine Leistungsminderung von 20 bis 25 %. Es seien ihr leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zuzumuten. Für eine wechselbelastende Tätigkeit – ohne Arbeiten unter Leistungsdruck – sei eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben.

6.4 Im Untergutachten der (...)klinik vom 9. Juli 2008 finden sich keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde indessen eine Anpassungsstörung mit

vorwiegender Beeinträchtigung von somatischen Gefühlen (ICD-10 F43.23 [recte: F43.2]) gestellt. Ebenfalls habe sich die im Nachhinein als überflüssig herausgestellte operative Entfernung einer Niere für die Versicherte als ein einschneidendes und schockierendes Erlebnis dargestellt. Seither leide sie unter psychischen Beschwerden, welche jedoch weder zahlreich noch ausgeprägt genug seien, um die Diagnose einer erheblichen Depression zu rechtfertigen. Diagnostisch entsprächen die geschilderten Symptome einer – eher leichtgradigen – Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von sonstigen Gefühlen. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Versicherte zu 100 % arbeitsfähig.

6.5 Das Bundesverwaltungsgericht befand im Urteil C-6733/2008 vom 22. Februar 2010, E. 3.4, sowohl das Gutachten von Dr. med. L. _____ vom 25. September 2007 als auch die Gutachten der Psychiatrischen und der Medizinischen Polyklinik vom 9. und 18. Juli 2008 würden die an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien erfüllen, sodass darauf abgestellt werden könne. Demgegenüber sei die im Bericht der Ärzte Dres. med. F. _____ und H. _____ vom 4. März 2008 gestellte Diagnose einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode nicht nachvollziehbar. Diese würde weder den beschriebenen Beeinträchtigungen noch dem Umstand, dass die Versicherte keine antidepressive Medikation nehme, entsprechen. Schliesslich hätten die beiden Ärzte teilweise IV-fremde Faktoren mitberücksichtigt.

7.

Hinsichtlich der Zeit zwischen dem Ausgangszeitpunkt vom 15. September 2008 bis zum aktuellen Referenzzeitpunkt vom 14. Oktober 2010 hat die Beschwerdeführerin zahlreiche Arztberichte ins Recht gelegt, welche eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands belegen sollen. Dr. E. _____ erklärte in dem mit der Beschwerdeschrift eingereichten Arztbericht vom 22. November 2010 zusammenfassend, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich seit September 2009 verschlechtert infolge einer neu aufgetretenen Herzerkrankung, welche sich vorerst in einer 1-Gefässerkrankung sowie ab Oktober 2010 in einer 2-Gefässerkrankung geäussert habe. Ebenfalls stelle ein arterieller Hypertonus mit rezidivierenden hypertensiven Entgleisungen ein grosses Problem dar. Der Blutdruck sei nicht einstellbar, es komme immer wieder zu massiven Anstiegen. Im Oktober 2010 seien neu eine Pupillendifferenz (rechts grösser als links) und eine Verschlechterung des Kurzzeitgedächtnisses aufgetreten. Insbesondere auf Grund der nicht einstellbaren Hypertonie

sei die Versicherte nicht arbeitsfähig. Schliesslich leide die Versicherte an einer sich phasenweise verschlimmernden Depression.

In den durch die Beschwerdeführerin nach ihrer Neuanschuldung vom 3. Mai 2010 eingereichten medizinischen Unterlagen werden im Vergleich zu den im Ausgangszeitpunkt vom 15. September 2008 bereits bekannten Diagnosen folgende neuen Erkrankungen genannt:

7.1 Koronare 1-Gefässerkrankung, nach der Durchführung einer perkutanen transluminalen Koronarangioplastie (PTCA) sowie Stentimplantation:

Diese Diagnose hat einerseits der behandelnde Arzt Dr. E. _____, Arzt für innere Medizin, in den Berichten vom 21. Dezember 2009, vom 7. Juni 2010 und vom 22. November 2010 gestellt. Andererseits findet sie Erwähnung in dem im Formular E 213 enthaltenen Arztbericht von Dr. med. N. _____, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Notfallmedizin, vom 5. März 2010. Ebenfalls liegen in den Akten diverse Berichte des Kreiskrankenhauses O. _____, (...), in welchem die Versicherte auf Grund ihrer Herzbeschwerden mehrfach stationär behandelt wurde. Eine erste Hospitalisierung habe in der Zeit vom 10. bis zum 12. Dezember 2009 stattgefunden, anlässlich welcher die Versicherte sich einer PTCA und BM- beziehungsweise DE-Stentimplantation unterzogen habe. Sie sei in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (vgl. Bericht des Kreiskrankenhauses O. _____, (...), vom 11. Dezember 2009). Ein erneuter Eintritt in die Klinik sei während der Zeit vom 16. bis 23. März 2010 infolge einer Episode von Übelkeit, Dyspnoe (subjektiv als unangenehm empfundene, erschwerte Atemtätigkeit, siehe PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, Berlin 2007, 261. Auflage, S. 473), Herzrasen und Zittern nach körperlicher Belastung mit hypertensiver Entgleisung erfolgt. Die Versicherte habe sich anlässlich des Eintritts in gutem Allgemeinzustand befunden. Ein akutes Koronarsyndrom habe mit 2-fach negativem Troponin I ausgeschlossen werden können. Das Belastungs-EKG habe zwar eine schlechte Belastbarkeit gezeigt. Ein Langzeit-EKG habe indessen keine signifikanten Herzrhythmusstörungen aufgezeigt (Bericht des Kreiskrankenhauses O. _____, (...), vom 8. April 2010). Des Weiteren sei die Versicherte in der Zeit vom 9. bis 15. Juni 2010 im Kreiskrankenhaus D. _____ stationär hospitalisiert gewesen infolge von rezidivierender Attacken von Schwindel, Zittern, Brustdruckgefühl, Kopfschmerzen und Kribbeln in den Händen, überwiegend bei Belastung. Dennoch habe sich der Allgemeinzustand der Versicherten als gut erwiesen. Die anlässlich dieses Aufenthalts durchgeführten Untersuchungen hätten weiterhin eine leichte Belastungshypertonie bis 170/110 mmHg er-

geben. Eine Langzeit-Blutdruckmessung habe eine relativ gute Blutdruckeinstellung mit einem durchschnittlichen Blutdruck von 128/77 mmHg aufgezeigt. Seitens des Kreiskrankenhauses D._____ wurde auf Grund dieser Befunde der Verdacht auf eine Kombination aus fehlender körperlicher Kondition und psycho-vegetativer Symptomatik erhoben (Bericht des Kreiskrankenhauses O._____, (...), vom 15. Juni 2010). Kurz darauf sei die Versicherte am 21. Juni 2010 noch einmal in das Kreiskrankenhaus D._____ eingetreten, wegen erneuter Übelkeit mit trockenem Mund, Schwindel und Herzrasen. Sie sei am 25. Juni 2010 bei Beschwerdefreiheit entlassen worden (Bericht des Kreiskrankenhauses O._____, (...), vom 25. Juni 2010). Schliesslich sei die Versicherte in der Zeit vom 18. bis 20. Juli 2010 im (...) Rehabilitationszentrum für Herz- und Kreislaufkranke G._____ zwecks einer elektrophysiologischen Untersuchung stationär behandelt worden. Die Aufnahme sei infolge anfallsartigen Herzrasens seit Dezember 2009 mit typischem On/Off-Phänomen erfolgt. In der erwähnten Untersuchung habe sich der typische Befund einer AV-Knoten-Reentry-Tachykardie (gutartige Herzrhythmusstörung, sich durch plötzlich auftretenden sowie abschwellenden schnellen und regelmäßigen Herzschlag, siehe PSCHYREMBEL, ebd., S. 187) mit Zykluslänge von 430 ms gezeigt. Anlässlich dieser Untersuchung sei die langsame Leitungsbahn ("Slow-Pathway") ablatiert worden. Nach zwei Tagen habe die Versicherte erneut in einem guten Allgemeinzustand entlassen werden können (vgl. vorläufiger Bericht von Dr. med. R. H._____, Facharzt für Innere Medizin / Kardiologie und Dr. P. S._____, Assistenzarzt, vom 19. Juli 2010). Der letzte in den vorliegenden Akten dokumentierte stationäre Aufenthalt erfolgte in der Zeit vom 14. bis 19. Oktober 2010. Die während dieses Aufenthalts vorgenommene Kontrolluntersuchung habe gemäss dem Bericht des Kreiskrankenhauses O._____, (...), vom 18. Oktober 2010 ein sehr schönes Ergebnis gezeigt. Zwar seien neu zwei Gefässe von der Herzerkrankung betroffen. Die Stenose (Verengung von Gefässen oder anderen Hohlräumen, siehe PSCHYREMBEL, ebd., S. 1827) habe sich indessen komplett aufgeweitet. Es sei keine Reststenose vorhanden. Die ursprüngliche Diagnose wurde deshalb in

- koronare 2-Gefässerkrankung mit
 - gutem Langzeitresultat nach PTCA und Stent-Implantation PLA1 und Ramus marginalis der LCX und
 - progressiver proximaler RCA-Stenose,
- erfolgreiche PTCA und BM-Stent-Implantation in die RCA

abgeändert. Gemäss dem vorläufigen Bericht vom 19. Oktober 2010 habe die Versicherte gleichentags bei Beschwerdefreiheit entlassen werden können.

7.2 Dyspnoe bei 50 W im Belastungs-EKG:

Diese Diagnose wurde lediglich im Arztbericht des Kreiskrankenhauses D._____ vom 8. April 2010 betreffend den Spitalaufenthalt vom 16. bis 23. März 2010 genannt. Sie bezeichnet eine subjektiv unangenehme erschwerte Atemtätigkeit, vordergründig ohne objektive Auswirkungen (insbesondere ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; siehe PSCHYREMBEL, ebd., S. 473). Nachdem die Diagnose in der Folge in den umfangreichen Medizinalakten nicht wiederholt wurde, ist davon auszugehen, dass die Versicherte heute diesbezüglich beschwerdefrei ist.

7.3 Anisokorie, allenfalls Marklagerischämie:

Gemäss dem zuletzt erwähnten vorläufigen Bericht des Kreiskrankenhauses O._____, (...), vom 19. Oktober 2010 habe die Versicherte eine seit einem Vierteljahr bestehende Verschlechterung des Kurzzeitgedächtnisses beklagt. Es sei in diesem Zusammenhang eine neu aufgetretene Anisochorie (*recte*: Anisokorie, das heisst eine seitendifferente Weitung der Pupillen; siehe PSCHYREMBEL, ebd., S. 92) aufgefallen. Infolgedessen sei eine craniale Computertomographie (CCT) durchgeführt worden, die jedoch keine auffälligen Befunde ergeben habe. Am ehesten sei eine Marklagerischämie (das heisst eine verminderte Durchblutung gewisser Gehirnnervenfasern; siehe PSCHYREMBEL, ebd., S. 936) anzunehmen. Eine Auswirkung dieser neuen, vermutungsweise gestellten Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit ist nicht zu erwarten, weshalb sich diesbezüglich weitere Abklärungen erübrigen.

7.4 Psychische Beschwerden:

7.4.1 In der "gutachterlichen Stellungnahme" vom 14. Oktober 2008 beschrieben die Ärzte Dres. med. M._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, und H._____, Facharzt für Neurologie, die Versicherte als weinerlich und von depressiver Grundstimmung. Die bei ihr vorliegende Depressivität sei im Gutachten von Dr. L._____ adäquat erfasst worden (*sic*). Sie leide an einer mittelschweren, streckenweise schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.1 – F32.2). Während dieser Episoden grüble sie, fühle sich ungerecht behandelt und verstehe die Welt nicht mehr. Erschwerend komme hinzu, dass der Versicherten unnötigerweise eine Niere entfernt worden sei und ihr die Hauptlast der Haushaltsführung

obliege, da ihr Ehemann ebenfalls krank sei. Neben der depressiven Episode würden zusätzliche körperliche Beschwerden im Sinne einer somatoformen Störung vorliegen. Aus eigener Kraft sei es der Versicherten nicht gelungen, das Arbeitshemmnis zu überwinden, sodass von einem Krankheitsbild gesprochen werden müsse, das mit einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit einhergehe.

Neu in diesem Bericht ist lediglich die leichte Modifikation der vormals durch die Ärzte Dres. med. F._____ und H._____ diagnostizierten mittelschweren Depression in eine streckenweise schwere depressive Episode (ICD-10 F32.1 – F32.2). Der genannte ICD-10-Code sowie die beschriebenen Symptome entsprechen indessen praktisch unverändert jenen im Bericht derselben Ärzte vom 4. März 2008 (vgl. E. 6.4), welche das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 22. Februar 2010 als nicht stringent beurteilt hat (vgl. E. 6.5).

7.4.2 Im Bericht vom 18. November 2009 diagnostizierten die Ärzte Dres. med. M. H._____ und P. I._____ ein depressives Syndrom mit ausgeprägter Affektlabilität, Verzweiflung nach der Kündigung per Ende Februar 2010 und zuvor Provokationen und Mobbing durch den Vorgesetzten (ICD-10 F.32.2 und F43.2). Der ICD-10-Code F43.2 bezeichnet eine Anpassungsstörung. Diese Diagnose war bereits im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung bekannt (vgl. Untergutachten der (...)-klinik vom 9. Juli 2008; E. 6.4). Die Kündigung habe die depressive Symptomatik, an welcher die Versicherte schon seit längerem leide, verstärkt. Vorbekannt sei eine rezidivierende depressive Störung. Es könne sich dabei aber auch um eine Dysthymia (ICD-10 F34.1: Dysthymie, das heisst eine Verstimmung oder anhaltende affektive Störung mit chronischer oder konstant wiederkehrender milder Depression ohne hypomanische Episoden; siehe PSCHYREMBEL, ebd., S. 474) oder eine Double Depression (Dysthymia inkl. depressive Episoden) handeln. Die Diagnose der Dysthymia wird gemäss ICD-10-Code F34.1 als eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung definiert, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.-) zu erfüllen. Dies bedeutet, dass die durch die Ärzte Dres. med. H._____ und I._____ neu aufgestellte Verdachtsdiagnose eine weniger gravierende Erkrankung darstellt als die bereits im Ausgangszeitpunkt thematisierte Diagnose der depressiven Episode mittelschwerer Art (vgl. vorangehend E. 6.2). Insofern belegt diese neue Verdachtsdiagnose gerade keine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Versicherten.

7.4.3 Auch Dr. med. N._____, Fachärztin für Allgemein- und Notfallmedizin sowie Vertrauensärztin der deutschen Rentenversicherung, Baden-Württemberg, diagnostizierte in ihrem Arztbericht vom 5. März 2010 eine Dysthymie in leichtgradiger Ausprägung, wobei sie sich auf den oben erwähnten Bericht der Ärzte Dres. med. H._____ und I._____ vom 18. November 2009 stützte. Erfreulicherweise bedürfe die Versicherte keiner antidepressiver Medikation.

7.4.4 In dem nach Erlass der angefochtenen Verfügung ergangenen Bericht vom 3. Dezember 2010 stellte Dr. phil. M. P._____, Psychol. Psychotherapeut des (...) -Klinikums G._____, die Diagnosen

- mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11),
- Angststörung (ICD-10 F41.1).

Ebenfalls sei die Versicherte im Besitz eines Gutachtens, in welchem ihr eine "iatrogene Schädigung" bescheinigt werde. Dieses nicht näher bezeichnete Gutachten liegt in dessen nicht in den vorliegenden Medizinalakten. Dr. phil. P._____ habe mit der Versicherten drei kognitiv-verhaltenstherapeutische Gespräche geführt. Die Beschreibung der aktuellen Symptomatik erfolgte offenbar ausschliesslich auf Grund der (subjektiven) Äusserungen der Versicherten. Die von ihm neu gestellte Diagnose der Angststörung begründete Dr. phil. P._____ in seinem Bericht nicht. Soweit dieser Bericht resp. die in diesem neu gestellte Diagnose der Angststörung vorliegend überhaupt berücksichtigt werden darf (vgl. hierzu nachfolgend E. 8), erweist sich die Diagnose als unzureichend medizinisch begründet.

7.4.5 Gemäss dem ebenfalls nach Erlass der angefochtenen Verfügung ergangenen Bericht der Ärzte Dres. med. H._____ und I._____ vom 7. Februar 2011 habe sich die Versicherte im November 2009 über massives Mobbing und Kränkung am Arbeitsplatz beklagt, so dass von einer (vorbekannt)en Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) ausgegangen worden sei. In den Folgeterminen im Jahr 2010 sei die Ängstlichkeit und tiefe Verunsicherung der Versicherten auf Grund einer koronaren Herzkrankheit im Vordergrund gestanden. Insgesamt sei die Kombination aus Ängsten und depressiver Symptomatik der Schwerpunkt der Beeinträchtigung.

7.4.6 Im Bericht der K._____ -Klinik, (...) vom 7. Juni 2011 wird die Diagnose einer anteiligen somatoformen Schmerzstörung (vgl. hierzu nachfolgend E. 11) bei Vorliegen einer allfälligen posttraumatischen Belas-

tungsstörung diagnostiziert. In der psychischen Beurteilung schreiben die Ärzte der MediClin, ein eindeutige Depressionsäquivalente habe sich nicht explorieren lassen. Die Schilderungen der Patientin würden sich grundsätzlich hinsichtlich ihrer emotionalen Situation durchaus mit den Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) decken.

Eine posttraumatische Belastungsstörung wird definiert als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (vgl. Erklärung unter ICD-10-Code F.43.1). Welche derartig einschneidende Erfahrung die Versicherte erlebt habe, geben die Ärzte nicht an. Zu denken wäre an die sich im Nachhinein als unnötig herausgestellte Nierenentfernung. Diese erfolgte indessen bereits vor dem vorliegend zu beurteilenden Zeitraum. So stellte auch Dr. L._____ im Gutachten vom 25. September 2007 die Diagnose Status nach Nephrektomie links im Juni 2006. Selbst in dem über zwei Jahre nach der Nierenentfernung erstellten Untergutachten der (...) -Klinik vom 9. Juli 2008 wurde lediglich eine eher leichtgradige Anpassungsstörung diagnostiziert. Dieses Gutachten hat das Bundesverwaltungsgericht im Urteil C-6733/2008 vom 22. Februar 2010 als beweiskräftig eingestuft. Ohne weitere Hinweise diesbezüglich – insbesondere psychiatrischer Fachmediziner – ist die (vermutungsweise) gestellte Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung durch die (nicht psychiatrischen Fach-) Ärzte der K._____ -Klinik als eine andere Einschätzung des gleichgebliebenen Zustands zu würdigen, welche revisionsrechtlich resp. in einem Neuanmeldungsverfahren nicht zu berücksichtigen ist (vgl. vorangehend E. 5.3).

7.5 Platzangst:

Dr. Q._____, Facharzt für diagnostische Radiologie, stellte in seinem Bericht vom 13. Juli 2010 die Befunde

- Lumboischialgie links,
- Platzangst.

In den weiteren vorliegenden Medizinalakten finden sich indessen für diese Diagnose keinerlei Hinweise. Insbesondere wurde die Diagnose einer Platzangst nicht durch einen hierfür qualifizierten Psychiater gestellt. Der Radiologe Dr. Q._____ hat die Diagnosestellung denn auch nicht be-

gründet. Schliesslich hat die Versicherte nicht geltend gemacht, dass sie dadurch in rentenrelevanter Weise beeinträchtigt wäre.

7.6 *Epicondylitis:*

Im Kurzbericht vom 9. Dezember 2008 gab Dr. med. R._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, die Befunde zweier Untersuchungen vom 7. und 22. Januar 2008 wieder. Er stellte die Diagnosen

- chronisches Lumbovertebralsyndrom,
- Epicondylitis rechts.

Die erste Diagnose war bereits im ersten Referenzzeitpunkt (Gutachten von Dr. med. L._____ vom 25. September 2007) bekannt. Seither ist hingegen die Diagnose der Epicondylitis auf der rechten Seite neu hinzugekommen. Diese Diagnose begründete Dr. med. R._____ nicht, er erklärte lediglich, die von ihm verordnete Physiotherapie habe offenbar keine Besserung gezeigt und er habe die Patientin nach der zweiten Untersuchung nicht mehr gesehen.

Eine Epikondylitis bezeichnet eine abakterielle Entzündungsreaktion (im Sinne einer Tendopathie) der sehnigen Muskelursprünge an einem Epikondylus bei funktioneller Überbeanspruchung vor allem in Sport und Beruf oder chronischer spast. Muskelverkürzung (siehe PSCHYREMBEL, ebd., S. 540). Gleich wie die bereits im Gutachten von Dr. med. L._____ vom 25. September 2007 diagnostizierte reaktive Tendomyogelose (Eigenschaftsveränderung der Muskulaturspannung) bezeichnet diese Diagnose eine Erkrankung der Muskeln. Nachdem Dr. med. L._____ bereits auf Grund der, mit der Tendomyogelose einhergehenden (dauerhaften) Kraftreduktion der Muskulatur keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten erkannte, kann nach Auffassung des Gerichts nichts anderes für die, ebenfalls die Muskelleistung einschränkende, mit der Epikondylitis einhergehende abakterielle Entzündungsreaktion der sehnigen Muskelursprünge gelten.

7.7 Lendenwirbelsäulensyndrom / Lumboischialgie links:

Im vorläufigen Bericht vom 19. Juli 2010 stellten Dr. med. H._____, Facharzt für Innere Medizin / Kardiologie, und Dr. S._____, Assistenzarzt, unter anderem die Diagnose Lendenwirbelsäulensyndrom. Diese Diagnose stellt einen Sammelbegriff für Schmerzen dar, die den Rücken im unteren Lendenbereich betreffen. Die in den Gutachten von Dr. med. L._____ vom 27. September 2007 sowie der (...) -klinik vom 18. Juli 2008 gestellte Diagnose des lumbovertebralen Syndroms (vgl. E. 7.8) betrifft den Übergangswirbel L5 (sprich den 5. Lendenwirbel) und bezeichnet Schmerzen, Steifigkeit und Kraftlosigkeit im betroffenen Wirbelsäulenabschnitt. Die beiden begrifflich zwar nicht identischen, sich in ihrer Bedeutung indessen teilweise überlappenden Diagnosen bezeichnen zusammenfassend je Schmerzen in der Lendenwirbelsäule. Damit stellt die Diagnose des Lendenwirbelsäulensyndroms im Vergleich zu den bereits im Ausgangszeitpunkt bekannten Beschwerden nach Auffassung des Gerichts kein neues körperliches Leiden dar. Ebenso bezeichnet die im Kurzbericht vom 9. Dezember 2008 von Dr. med. R._____ erwähnte Lumboischialgie links (vgl. vorangehend E. 7.6) Schmerzen im linken Bereich der Lendenwirbelsäule, zumeist infolge eines Bandscheibenvorfalles oder bei Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose, Wirbelfrakturen oder Tumoren (siehe PSCHYREMBEL, ebd., S. 1128). Vorliegend waren sowohl degenerative Veränderungen im Bereich C4 bis C6 als auch Osteochondrosen und eine reaktive Spondylose als ursächliche Beschwerden im Ausgangszeitpunkt vorbekannt (E. 6.1). Die Diagnose der Lumboischialgie links ist damit nach Auffassung des Gerichts lediglich als neue Umschreibung für die bereits im Ausgangszeitpunkt diagnostizierten Schmerzen in der Lendenwirbelsäule sowie deren medizinische Ursache zu verstehen.

7.8 Lumbalgie:

Im Arztbericht vom 5. März 2010 (Formular E 213) stellte Dr. med. N._____, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Notfallmedizin, neu die Diagnose Lumbalgien bei bekanntem Bandscheibenvorfall L5/S1 mit leichtem Funktionsdefizit ohne Wurzelreizung. RAD-Arzt Dr. med. D._____ demgegenüber verneinte in seiner Stellungnahme vom 17. September 2010 das Vorliegen einer Lumbalgie, da diese ohne linksseitigen Prolaps eines klinischen Korrelats entbehren würde.

Eine Lumbalgie bezeichnet einen akuten Lumbago (Hexenschuss) oder einen chronischen pseudoradikulären Kreuzschmerz und Muskelhart-

spann bis zu Bewegungssperre und Lähmungsgefühl (siehe PSCHYREMBEL, ebd., S. 1127f.). Nach der allgemeinen Lebenserfahrung erweisen sich derartige Beschwerden zwar als (kurzfristig) äusserst schmerzhaft, sind ansonsten aber als eine eher leichte und ungefährliche Störung zu werten. Im Übrigen wurde in den Gutachten sowohl von Dr. med. L._____ vom 27. September 2007 als auch der (...) -Klinik vom 18. Juli 2008 bereits die Diagnose lumbovertebrales Syndrom beim Übergangswirbel L5 und Hemisakralisation auf der linken Seite gestellt, welche ebenfalls einen akuten, plötzlich auftretenden Rückenschmerz impliziert, wobei beide Gutachten eine mit dieser Diagnose einhergehende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneinten.

7.9 Zervikozephalgie resp. rezidivierende Zervikobrachialgien:

Diese in den Berichten der K._____ -Klinik vom 7. Juni 2011 sowie von Dr. med. N._____ vom 5. März 2010 (Formular E 213) erwähnten Diagnosen haben eine ähnliche Bedeutung wie die bereits im Ausgangszeitpunkt bekannte Beschwerde des tendomytischen Zervikalsyndroms. Sämtliche Diagnosen betreffen die Halswirbelsäule (siehe PSCHYREMBEL, ebd., S. 2103) und können umgangssprachlich unter dem Begriff Nackenschmerz zusammengefasst werden. Die unterschiedlichen Bezeichnungen Zervikozephalgie oder Zervikobrachialgien zeigen den Ort auf, wohin die Schmerzen ausstrahlen (während die Zervikozephalgie eher nach oben in Richtung Hinterkopf, Scheitel, Stirne u. Gesicht homolateral ausstrahlt, ist die Zervikobrachialgie weiter unten in der Schulterregion, beim Ober-, Unterarm, der Hand, im oberen Körperquadrant homolateral zu spüren). Die im Ausgangszeitpunkt bereits bekannte Diagnose des Zervikalsyndroms bezeichnet hingegen recht allgemein Beschwerden, die von der Halswirbelsäule ausgehen bzw. den Halswirbelsäulenbereich betreffen. Die Ergänzung um das Adjektiv "tendomytisch" besagt, dass der Ursprung dieser Schmerzen in einer Fibromyalgie zu finden ist (siehe Definition zu Tendomyopathie in PSCHYREMBEL, ebd., S. 1895, welche auf den Artikel Fibromyalgie verweist; zu letzterem siehe nachfolgend E. 11). Insofern belegen die beiden (rein begrifflich) neuen Diagnosen Zervikozephalgie und wiederkehrende Zervikobrachialgien ebenfalls keine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Versicherten.

7.10 Polyarthralgie / Polyarthrose:

In seinem Bericht vom 7. Juni 2010 hat der behandelnde Arzt Dr. E._____, Arzt für innere Medizin, die Diagnose "Polyadralgie" (*rec-te*: Polyarthralgie) gestellt, welche allgemein Schmerzen in mehreren Ge-

lenken bezeichnet. Diese Diagnose findet sich ebenfalls im Bericht des Kreiskrankenhauses D._____ vom 11. Dezember 2009 wieder. Sodann war im Bericht des Kreiskrankenhauses D._____ vom 8. April 2010 die Rede von einer Polyarthrose, das heisst einer mehrere Gelenke betreffende Arthrose (degenerative Gelenkerkrankung, die vorwiegend bei einem Missverhältnis zwischen Beanspruchung und Belastbarkeit der einzelnen Gelenkanteile und -gewebe entsteht; siehe PSCHYREMBEL, ebd., S. 151).

Aus den erwähnten Berichten geht weder hervor, welche Gelenke von der Erkrankung betroffen seien noch enthalten diese eine medizinische Begründung der Beschwerden (sprich Verlaufsbericht, Anamneseerhebung, oder Bericht über eine entsprechende Untersuchung der Gelenke). Im Kreiskrankenhaus D._____ wurde die Versicherte jeweils zur Durchführung einer Koronarangiographie aufgenommen und lediglich in kardiologischer Hinsicht untersucht. Auch Dr. E._____ hat offenbar keine spezifische Untersuchung der Gelenke vorgenommen. Als rheumatologische Diagnose fällt die 7.10 Polyarthralgie überdies nicht in dessen Fachgebiet. In den vorliegenden, umfangreichen Medizinalakten bestehen keine weiteren Hinweise auf eine Gelenkerkrankung. Vielmehr wurde im Bericht der auf Rheumatologie, Wirbelsäulenleiden und neuromuskuläre Erkrankungen spezialisierten K._____ -Klinik vom 7. Juni 2011 ein gut beweglicher Gelenkstatus sowohl im Schulter- und Ellbogenbereich als auch im Hüft- und Kniegelenk festgestellt. Bei den Händen bestünden keine synovitischen Gelenkveränderungen. Die Versicherte habe auf beiden Seiten Knick- und Senkfüsse. In dem umfangreichen Bericht, der auf einer ganzheitlichen Körperuntersuchung basiert, finden sich weder Hinweise auf eine Arthrose noch auf eine Polyarthralgie im Allgemeinen. Ebenso wenig hat die Versicherte im Beschwerdeverfahren geltend gemacht, dass sie an solchen Beschwerden leide resp. dass sich ihr Gesundheitszustand durch das Auftreten dieser verschlechtert habe. Unter diesen Umständen erübrigen sich weitere Abklärungen in diesem Zusammenhang.

7.11 Zustand nach Eisenmangelanämie bei Hypermenorrhoe, derzeit laborchemisch kein Hinweis auf Anämie:

Dr. med. N._____, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Notfallmedizin, erklärte im Arztbericht vom 5. März 2010, rezidivierende Eisenmangelanämien seien vorbekannt. Die letzte diesbezügliche Untersuchung von Dezember 2009 sei unauffällig verlaufen. Obwohl diese Diagnose in den bis zum vorliegenden Ausgangszeitpunkt ergangenen Medizinalakten

nicht erwähnt wurde, scheint sie auf Grund der Beurteilung von Dr. med. N._____ zu dem Zeitpunkt bereits vorgelegen zu haben. Da eine Anämie ausserdem durch entsprechende Eisenzufuhr leicht zu beheben ist, begründet diese auch in der Annahme, dass sie erst nach dem 15. September 2008 erstmals aufgetreten sei, keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands der Versicherten.

7.12 Hyperlipidämie, Hyperurikämie und Mikrohämaturie:

In dem Bericht der K._____ -Klinik vom 7. Juni 2011 wurden neu folgende, sich auf entsprechende Laboruntersuchungen stützende Befunde genannt:

- Hyperlipidämie – medikamentös kompensiert (LDL-Cholesterin 107 mg/dl),
- Hyperurikämie – aktuell asymptomatisch,
- Mikrohämaturie.

Den drei Befunden ist gemeinsam, dass sie keine eigenständige Diagnose resp. Erkrankung darstellen. So bedeutet eine Hyperlipidämie das Vorliegen erhöhter Blutfettwerte, welche Krankheiten wie zum Beispiel Arterienverkalkung, Arteriosklerose oder unter Umständen einen Herzinfarkt auslösen können. Eine Hyperurikämie (ICD-10 E.79.0) impliziert einen erhöhten Harnsäurespiegel im Blut, der zum Beispiel zu einer Gicht führen kann. Beide Befunde gelten damit als lediglich Risikofaktoren für die Entwicklung möglicher weiterer Erkrankungen. Eine Mikrohämaturie bezeichnet schliesslich das Vorhandensein von Blut im Urin. Hierbei handelt es sich nicht um eine zusätzliche, im Rahmen der umfassenden Untersuchungen neu diagnostizierte Erkrankung, sondern lediglich um ein Symptom ohne Krankheitswert.

Damit belegen die erwähnten drei Befunde ebenfalls keine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Versicherten. Anzumerken bleibt, dass der Bericht der K._____ -Klinik mit den erwähnten, darin genannten Befunden ohnehin erst nach dem aktuellen Referenzzeitpunkt vom 14. Oktober 2010 ergangen ist. Mangels Relevanz kann offen bleiben, ob sie gleichwohl im vorliegenden Verfahren zu berücksichtigen wären (vgl. nachfolgend E. 8).

8.

Die Beschwerdeführerin hat im vorliegenden Beschwerdeverfahren ver-

schiedene Arztberichte eingereicht, welche erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 14. Oktober 2010 verfasst wurden. Diesbezüglich gilt festzuhalten, dass das Gericht bei der beschwerdeweisen Überprüfung in der Regel den Sachverhalt zu Grunde legt, wie er sich der Verwaltung bot (E. 4 Abs. 2). Arztberichte neueren Datums sind nur insoweit zu würdigen, als diese mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Verfügungszeitpunkt zu beeinflussen (BGE 116 V 80 E. 6b; ZAK 1989 S. 111 E. 3b mit Hinweisen). Dies ist vorliegend namentlich in Bezug auf die Arztberichte von Dr. phil. P._____ vom 3. Dezember 2010, der Ärzte Dres. med. H._____ und I._____ vom 7. Februar 2011 und Bericht des Kreiskrankenhauses D._____ vom 18. Oktober 2010 gegeben, in welchen die bereits zuvor genannten psychischen sowie kardiologischen Beschwerden Erwähnung finden (siehe vorangehend E. 7.1 und 7.4). Ebenfalls kann der Bericht der K._____ -Klinik vom 7. Juni 2011 für die Beurteilung allfälliger neu aufgetretener Beschwerden mit sachlichem Konnex zu den bereits bekannten Leiden grundsätzlich berücksichtigt werden (vgl. aber vorangehend E. 7.12). Nicht zu berücksichtigen ist vorliegend hingegen der Arztbericht von Dr. med. J._____ des Kreiskrankenhauses D._____ vom 16. März 2011, in welchem verschiedene Verdachtsdiagnosen in Erwägung gezogen werden. Sollten jene Befunde resp. Hinweise auf mögliche weitere Diagnosen zu einer invaliditätsrechtlich relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen, wäre die Beschwerdeführerin gehalten, diesbezüglich ein neues Gesuch bei der Vorinstanz zu stellen.

9.

In Würdigung der vorangehend dargelegten medizinischen Ausgangslage fällt vorwiegend die neu aufgetretene kardiologische Erkrankung der Versicherten ins Gewicht. Nachdem die Versicherte diesbezüglich erfolgreich behandelt und bei Beschwerdefreiheit aus dem letzten Spitalaufenthalt im Kreiskrankenhaus D._____ entlassen werden konnte, ist durch diese neue Erkrankung jedoch keine – über die im Ausgangszeitpunkt bereits festgestellte reduzierte Leistungsfähigkeit der Versicherten in einer Verweisungstätigkeit hinausgehende – zusätzliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszumachen. Die diesbezüglichen Feststellungen in der RAD-ärztlichen Stellungnahme vom 20. Januar 2011 erweisen sich als überzeugend und es kann gerichtlich auf diese abgestellt werden. Die weiteren, vorangehend geprüften "neuen" Diagnosen und Befunde sind bereits in vorbekannten Beschwerden begrifflich enthalten oder wurden medizinisch nicht hinreichend belegt. Für die übrigen Diagnosen ist eine

zusätzliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu verneinen, womit diese keine relevante Verschlechterung deren Gesundheitszustands zu begründen vermögen. Als Zwischenergebnis sind damit insgesamt keine neuen Diagnosen ersichtlich, welche eine invaliditätsrechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands der Versicherten belegen würden. Zu prüfen bleibt indes, ob sich der Gesundheitszustand mit Blick auf die bereits bekannten Erkrankungen der Versicherten in rentenerheblicher Weise verschlechtert hat.

9.1 Der behandelnde Arzt Dr. E._____ erklärte in den Arztberichten vom 7. Juni und 22. November 2010, der Zustand der Versicherten habe sich verschlechtert. Zur Begründung führte er einige der vorangehend unter E. 7 geprüften neuen Erkrankungen auf. Nachdem diese jedoch nach dem Gesagten keine invaliditätsrechtlich relevante Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit der Versicherten begründen, ändert die diesbezügliche Feststellung durch Dr. E._____ nichts an dem vorangehend in E. 9 dargelegten Zwischenergebnis.

9.2 Im Arzzeugnis vom 19. November 2009 wiederholte Dr. med. T._____, Fachärztin für Allgemeine Medizin und Notfallmedizin sowie Hausärztin der Versicherten, die bereits von Dr. L._____ genannten Diagnosen und erklärte, der Allgemeinzustand der Versicherten habe sich insgesamt in den letzten Jahren deutlich verschlechtert. Inwiefern sich der Zustand konkret verschlechtert habe, hat die Ärztin jedoch weder hinsichtlich der einzelnen Erkrankungen noch unter Bezugnahme auf weitere Medizinalakten begründet. Hinzu kommt ergänzend, dass das Bundesverwaltungsgericht in Bezug auf Berichte von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen.

9.3 Im Arztbericht vom 6. Februar 2010 erklärte Dr. med. U._____, Facharzt für Chirurgie, die Versicherte leide schon seit längerer Zeit an Lendenwirbelsäulenbeschwerden. An jenem Vormittag hätten sich die Beschwerden plötzlich akut verschlimmert. Er habe die Versicherte mit einer Injektion im Bereich L2 bis L5 rechts schmerztherapeutisch behandelt.

Diesem Bericht ist zwar eine kurzzeitige Verschlechterung der Beschwerden zu entnehmen, welche umgehend durch Dr. U._____ behandelt wurden. Weder geht aus dem Bericht indessen eine andauernde Ver-

schlechterung der Beschwerden hervor noch eine durch diese begründete Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten.

9.4 Insgesamt belegen damit auch die Arztberichte, welche ausdrücklich von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands sprechen, nicht, inwiefern eine solche Verschlechterung konkret eingetreten sei. Damit ändern auch diese Berichte nichts am vorangehenden, in E. 9 dargelegten Zwischenergebnis. Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes unberücksichtigt zu bleiben hat (vgl. vorangehend E. 5.3).

10.

In den während des vorliegend zu beurteilenden Zeitfensters ergangenen Arztberichten, insbesondere den Berichten betreffend die stationären Aufenthalte der Versicherten im Kreiskrankenhaus O._____, findet die Diagnose des schwer einstellbaren Blutdrucks mehrfach Erwähnung. Dr. med. E._____ begründete in seinem Schreiben vom 22. November 2010 den verschlechterten Gesundheitszustand der Versicherten insbesondere damit, dass der arterielle Hypertonus mit rezidivierenden hypertensiven Entgleisungen ein grosses Problem darstelle (E. 7). Dieses Leiden hat Dr. med. L._____ in seinem Gutachten vom 25. September 2007 indessen bereits mit der Diagnose der schwer einstellbaren, instabilen Hypertonie anamnestisch berücksichtigt. So hat Dr. med. L._____ dargelegt, die Versicherte leide sehr unter dem offensichtlich instabilen und hartnäckig einzustellenden Blutdruck. Dieses Leiden beeinflusse ihre Lebensqualität und sei unbedingt therapiebedürftig. Die gesundheitliche Prognose zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei grundsätzlich günstig, hänge aber namentlich von der Entwicklung des Blutdrucks ab. Im Bericht des Kreiskrankenhauses D._____ vom 15. Juni 2010 wurde nach wie vor die Diagnose DD hypertensive Entgleisung, weitere Einstellung der arteriellen Hypertonie gestellt. In der Wiedergabe der Untersuchungsbeefunde (Langzeit-Blutdruckmessung) jedoch wurde ein durchschnittlicher Blutdruck von 128/77 mmHg, gelegentlich eine nur leichte arterielle Hypertonie von bis 150/90 angegeben, wobei insgesamt eine relativ gute Blutdruckeinstellung bestehe. Damit scheint sich der Blutdruck seit der Beurteilung durch Dr. med. L._____ einigermassen stabilisiert oder zumindest nicht erheblich verschlechtert zu haben. Überdies hat RAD-Arzt Dr. med. D._____ in seiner Stellungnahme vom 19. Januar 2011 einen invaliditätsrechtlich relevanten Einfluss dieser Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit verneint. Insgesamt ist damit auch in der bei der Versi-

cherten vorliegenden chronischen Hypertonie keine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands zu erkennen.

11.

In den seit dem vorliegenden Ausgangszeitpunkt erstellten Arztberichten finden sich alsdann mehrere Hinweise auf eine somatoforme Schmerzstörung (vgl. zum Beispiel die Berichte des Kreiskrankenhauses D._____ vom 8. April 2010 und 25. Juni 2010, der Ärzte Dres. med. F._____ und H._____ vom 14. Oktober 2008 sowie der K._____ -Klinik vom 7. Juni 2011) sowie eines Fibromyalgiesyndroms (zum Beispiel im Bericht von Dr. med. E._____ vom 7. Juni 2010). Bereits im Ausgangszeitpunkt vom 15. September 2008 wurden die bei der Versicherten vorliegenden Beschwerden durch die Ärzte Dres. med. F._____ und H._____ am 4. März 2008 als somatoforme Störung bezeichnet. Dr. L._____ stellte in seinem Gutachten vom 25. September 2007 die Diagnose generalisierte Fibromyalgie, wobei er eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneinte. Die entsprechenden Hinweise in den neueren Arztberichten belegen entsprechend nicht ohne Weiteres eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Versicherten. Zu prüfen ist vielmehr, ob durch diese eine Auswirkung auf deren Arbeitsfähigkeit resultiert.

Die bundesgerichtliche Rechtsprechung stellt in diesem Zusammenhang die Vermutung auf, eine somatoforme Schmerzstörung (sowie in analoger Anwendung dieser Rechtsprechung auch eine Fibromyalgie, siehe BGE 132 V 65) sei mit einer zumutbaren Willensanstrengung in der Regel überwindbar. Die – nur in Ausnahmefällen anzunehmende – Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstieges in den Arbeitsprozess setze in jedem Fall das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus. So sprächen unter Umständen (1) chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, (2) ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, (3) ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn ["Flucht in die Krankheit"]) oder schliesslich (4) unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen (auch

mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person für die ausnahmsweise Unüberwindlichkeit der somatoformen Schmerzstörung (BGE 130 V 352, E. 2.2.3).

Das Bundesverwaltungsgericht hat im Urteil C-6733/2008 vom 22. Februar 2010 E. 3.5.4.3. bereits festgestellt, dass vorliegend keine psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer in der Form einer fachärztlich gestellten psychiatrischen Diagnose vorliegt. Diesbezüglich hat sich seither nichts verändert, nachdem in psychiatrischer Hinsicht keine neuen (medizinisch begründeten) Diagnosen hinzugetreten sind (vgl. E. 7.4). Ebenfalls ist das Vorhandensein anderer qualifizierter Kriterien im Sinne der oben erwähnten Rechtsprechung zu verneinen. Es liegt zwar ein mehrjähriger Krankheitsverlauf bezüglich der Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule und Schultern sowie der schwer einstellbaren instabilen Hypertonie vor. Ein progredienter Verlauf ist indessen zu verneinen (vgl. vorangehend E. 9). In der Behandlung der neu aufgetretenen koronaren 2-Gefässerkrankung konnten ausserdem befriedigende Behandlungsergebnisse erzielt werden. Weitere Umstände wie ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens oder ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf sind den Medizinalakten nicht zu entnehmen. Insbesondere bedarf die Versicherte trotz gewisser depressiver Symptome resp. einer allfälligen Dysthymie keiner antidepressiven Medikation (E. 7.4). Damit gilt nach wie vor, dass der Versicherten die Schmerzüberwindung im Zusammenhang mit einer allfälligen somatoformen Schmerzstörung sowie der bereits im Ausgangszeitpunkt diagnostizierten Fibromyalgie zuzumuten ist. Auch insofern hat sich der Gesundheitszustand der Versicherten nicht in invaliditätsrechtlich relevanter Weise verschlechtert.

12.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass seit den ersten, auf einer umfassenden Prüfung des Gesundheitszustands bis zum 15. September 2008 beruhenden Verfügungen vom 15. September 2008 und 4. Juni 2010 (vgl. E 5.3) keine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Die diesbezügliche Beurteilungen des RAD beruhen auf vollständigen Akten, sind einleuchtend und begründet. Diesen ist daher ein uneingeschränkter Beweiswert zuzumessen. Die Abweisung des Leistungsbegehrens durch die Vorinstanz erfolgte somit zu Recht, womit sich die Beschwerde als unbegründet erweist.

13.

Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen, die auf Fr. 400.– bestimmt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG, Art. 2 und 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigung vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Während des vorliegenden Verfahrens hat die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin indes ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege sowie Rechtsverteidigung gestellt, über das noch zu entscheiden ist.

13.1 Gemäss Art. 65 Abs. 1 VwVG kann eine Partei, die nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und deren Begehren nicht als aussichtslos erscheint, auf Antrag von der Bezahlung der Verfahrenskosten befreit werden. Es kann ihr ein Anwalt bestellt werden, wenn es zur Wahrung ihrer Rechte notwendig ist (Art. 65 Abs. 2 VwVG),

13.2 Eine Person ist bedürftig, wenn sie nicht in der Lage ist, für die Prozesskosten aufzukommen, ohne dass sie Mittel beanspruchen müsste, die zur Deckung des Grundbedarfs für sie und ihre Familie notwendig sind (BGE 127 I 202 E. 3b).

Auf Grund der vorgelegten Unterlagen und der Akten ist die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin zu bejahen. Sie ist ohne Beeinträchtigung der für ihren Unterhalt erforderlichen finanziellen Mittel nicht in der Lage, die Prozesskosten zu bestreiten.

13.3 Prozessbegehren sind gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts als aussichtslos anzusehen, wenn die Gewinnaussichten (ex ante betrachtet; BGE 124 I 304 E. 2c, 122 I 5 E. 4a) beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die nötigen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zur Einlegung des Rechtsmittel entschliessen oder aber davon absehen würde, soll doch eine Partei einen Prozess, den sie auf eigene Rechnung und Gefahr nicht führen würde, nicht deshalb anstrengen können, weil er sie nichts kostet (BGE 129 I 129 E. 2.3.1 mit Hinweis).

Das Begehren der Beschwerdeführerin kann ex ante betrachtet vor diesem Hintergrund nicht als aussichtslos bezeichnet werden.

13.4 Das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung (Art. 65 Abs. 1 VwVG) ist daher gutzuheissen, und es sind keine Verfahrenskosten zu erheben. Da zudem eine anwaltliche Verbeiständung erforderlich erscheint, ist auch das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung gutzuheissen.

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Kostennote eingereicht. Die Entschädigung für die unentgeltliche Verbeiständung der Beschwerdeführerin ist auf Grund der Akten pauschal auf Fr. 2'000.– festzulegen (inkl. Barauslagen; ohne Mehrwertsteuer, vgl. Art. 1 Abs. 2 i.V.m. Art. 8 Abs. 1 und Art. 18 Abs. 1 des Mehrwertsteuergesetzes vom 12. Juni 2009 [MWSTG, SR 641.20]).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtspflege sowie unentgeltliche Verbeiständung durch Rechtsanwalt Dr. Alex Hediger im Beschwerdeverfahren wird gutgeheissen.

3.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

4.

Dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin wird für die unentgeltliche Verbeiständung eine Entschädigung in der Höhe von Fr. 2'000.– zugesprochen, zahlbar durch die Gerichtskasse.

5.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde; Beilage: Formular Parteientschädigung)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. _____; Gerichtsurkunde)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (Gerichtsurkunde)

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Frank Seethaler

Marion Sutter

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 ist in einer Amtssprache abzufassen und 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: 11. September 2013