

BVGer B-4372/2012 vom 12. November 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-11-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-4372_2012

FR: TAF B-4372/2012 du 12 novembre 2014

IT: TAF B-4372/2012 del 12 novembre 2014

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.3

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland vom 23. Juli 2012. Die Beschwerdeführerin hat frist- und formgerecht Beschwerde erhoben (Art. 60 ATSG). Als Adressatin der angefochtenen Verfügung ist sie besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Damit ist auf das ergriffene Rechtsmittel, nachdem auch der geforderte Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, einzutreten.

E. 2.1

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

E. 2.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Häberli, in: Waldmann/Weissenberger, Praxiskommentar VwVG, Art. 62 N 40).

E. 2.3

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

E. 3

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

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681), insbesondere dessen Anhang II betreffend die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, anzuwenden ist (Art. 80a IVG). Gemäss Art. 1 Abs. 1 in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs in der am 1. April 2012 in Kraft getretenen Fassung (vgl. den Beschluss Nr. 1/2012 des Gemischten Ausschusses vom 31. März 2012 zur Ersetzung des Anhangs II dieses Abkommens über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit [AS 2012 2345]) wenden die Vertragsparteien untereinander namentlich - unter Vorbehalt vorliegend nicht relevanter Anpassungen - die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; geändert durch die Verordnung [EG] Nr. 988/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 [ABl. L 284 S. 43]) sowie die Verordnung (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 (SR 0.831.109.268.11) an. Im Rahmen des FZA ist auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne der erwähnten Koordinierungsverordnungen zu betrachten (vgl. Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA in der früher geltenden und in der am 1. April 2012 in Kraft getretenen Fassung). Fallen Personen in den persönlichen Anwendungsbereich der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 (vgl. Art. 2 Abs. 1 der Verordnung), haben sie nach Art. 4 der Verordnung auf Grund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats die gleichen Rechte und Pflichten wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Entsprechendes galt nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71. Soweit das FZA beziehungsweise 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 damit grundsätzlich

nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 257 E. 2.4). Demnach richten sich die Bestimmung der Invalidität, die Berechnung des Invaliditätsgrades und der Rentenhöhe auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4), insbesondere dem IVG, der IVV, dem ATSG sowie der entsprechenden Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV, SR 830.11).

E. 3.2

Nach den allgemeinen intertemporalen Regeln sind in verfahrensrechtlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2). In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. Juli 2012 in Kraft standen; weiter aber auch alle übrigen Vorschriften, die für die Beurteilung der streitigen Verfügung im vorliegend massgeblichen Zeitraum von Belang sind. Da sich vorliegend der zu beurteilende Sachverhalt im Zeitraum von September 2009 bis Juli 2012 zugetragen hat, sind bis zum 31. Dezember 2011 die auf den 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Bestimmungen der 5. IV-Revision anwendbar (AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155), und ab dem 1. Januar 2012 die zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Bestimmungen des ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (AS 2011 5659 bzw. AS 2011 5679).

E. 4

Streitig ist im vorliegenden Fall, ob die Beschwerdeführerin seit der letzten abweisenden Rentenverfügung vom 18. September 2009 bis zum 23. Juli 2012 (Erlass der angefochtenen Verfügung) in einem rentenerheblichen Mass invalid geworden ist. Nachfolgend sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden gesetzlichen Grundlagen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

E. 4.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und bei Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat; d.h. während mindestens drei Jahren gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein. Die Beschwerdeführerin hat 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 sie invalid im Sinne des Gesetzes (geworden) ist.

E. 4.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder

teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Gemäss Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der Europäischen Gemeinschaft und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft Wohnsitz haben (siehe BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1) - was vorliegend der Fall ist.

E. 4.4

Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode. Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist - was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt -, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei erwerbstätigen Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihnen zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnten (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnten, wenn sie nicht invalid geworden wären (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 E. 3.4.2. mit Hinweisen). Bei Teilzeit-Erwerbstätigen wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und

gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 ff. E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

E. 4.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Eine zumutbare Arbeitsmöglichkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen (leidensangepasste Verweisungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.).

E. 4.6

Die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht haben die medizinischen Unterlagen nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4, AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4.7

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 351 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1). Auch die Stellungnahmen des RAD müssen den allgemeinen beweis-rechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen. Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Nimmt

der RAD selber keine Untersuchung vor, hat er zunächst zu überprüfen, ob die medizinischen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben (vgl. zu den Anforderungen an einen Aktenbericht Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 5.2, Urteil BGer I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1) bzw. ob ein von ihm angefordertes Gutachten den Anforderungen der Rechtsprechung entspricht und die im konkreten Fall erforderlichen Untersuchungen vorgenommen und dokumentiert wurden.

E. 4.8

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Leistungsbegehren gleich wie im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung - wie im vorliegenden Fall - auf die Neuansmeldung 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 (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 83 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 zunächst noch 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 130 V 71 E. 3.2.2 f.). Eine Änderung des Invaliditätsgrades setzt stets auch eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus. Zu vergleichen 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; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 130 V 71 E. 3.2.3). Ferner muss die Veränderung der Verhältnisse erheblich, d.h. 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 Neuansmelungsverfahren gelten (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts 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; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a). Im vorliegenden Fall beurteilt sich die Frage, ob bei der Beschwerdeführerin eine wesentliche Änderung eingetreten ist, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch im Sinne von Art. 17 ATSG zu beeinflussen, durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er zur Zeit der zweiten Ablehnungsverfügung vom 18. September 2009 bestanden hatte, mit demjenigen, wie er bis zum Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 23. Juli 2012 eingetreten war.

E. 5

Beim Erlass der leistungsabweisenden Verfügung der Vorinstanz vom 18. September 2009, welche aufgrund der zweiten IV-Anmeldung der Beschwerdeführerin vom 21. November

2008 ergangen ist und vom Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 12. Oktober 2011 bestätigt wurde, stützte sich die Vorinstanz insbesondere auf die Berichte der RAD-Ärztin Dr. med. G._____, Fachärztin für Allgemeine Medizin, sowie weitere aktenkundige medizinische Berichte, unter anderem auch auf das für das erste IV-Verfahren relevante bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I._____, Facharzt für Rheumatologie, welche nachfolgend dazulegen sind. - Dr. med. H._____ diagnostizierte in seiner Expertise vom 27. Oktober 2007 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) und ohne Auswirkungen einen Status nach einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.23). Weiter berichtete Dr. med. H._____, unter Berücksichtigung aller Faktoren müsse aus rein psychiatrischer Sicht die Arbeitsfähigkeit seit dem Unfall vom 20. September 2004 in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer alternativen Tätigkeit als zu 30 % eingeschränkt beurteilt werden. Eine zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit bestehe nicht. - Dr. med. I._____ stellte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit keine rheumatologischen Diagnosen; ohne Auswirkungen nannte er eine Blockierung des Sakroiliakalgelenks rechts (anamnestisch rezidivierend), eine Ansatzendinose am medialen Beckenkamm rechts, einen Status nach Distorsionstrauma der HWS am 20. September 2004, eine Diskusprotrusion HWK5/6 und BWK12/LWK1 (Chondrose LWK4/5), einen Hallux valgus beidseits (Hammerzehen III und IV beidseits) sowie einen Status nach konservativ behandelter Radiusköpfchenfraktur links 1997. Weiter führte Dr. med. I._____ aus, die bisherige Tätigkeit sei aus rheumatologischer Sicht weiterhin ohne Verminderung der Leistungsfähigkeit zumutbar. Einzig eine körperliche Schwerarbeit sei unzumutbar; alle übrigen Tätigkeiten seien zuzumuten. - Dr. med. G._____ erachtete in ihrem Bericht vom 23. Juni 2009 seit der Begutachtung durch Dr. med. I._____ und Dr. med. H._____ keine Verschlechterung als belegt. Sie führte aus, dass neu ein Nachweis eines beidseitigen Sulcus nervi ulnaris-Syndroms bestehe. Ein Nervus ulnaris Kompressionssyndrom wäre mit einer operativen Dekompression behandelbar. Für die seit zirka zwei Jahren bestehenden Störungen der Sensibilität und Feinmotorik der rechten Hand bestünden keine pathologische Befunde. Die unklare Symptomatik könne nicht als relevante Verschlechterung bezüglich der Arbeitsfähigkeit betrachtet werden. Neu an Befunden könne lediglich die Unsicherheit beim Einbeinhüpfen, Einbeinstand und Romberg bezeichnet werden. Die Relevanz für die Arbeitsfähigkeit dieser inkonstanten und schlecht objektivierbaren Befunde sei aber fraglich. Die arterielle Hypertonie sei zu behandeln und bedeute keine Arbeitsunfähigkeit. Dr. med. G._____ attestierte der Beschwerdeführerin ab 20. August (recte: September) 2004 eine 30 %ige Arbeits- resp. Leistungsunfähigkeit sowohl in der bisherigen Arbeit als auch in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit. In der Haushaltsführung sei die Beschwerdeführerin nicht eingeschränkt. - In ihrem Bericht vom 6. April 2010 führte Dr. med. G._____ aus, dass die Befunde der HWS bereits bei der ersten IV-Anmeldung bekannt gewesen seien. Die Stürze der Beschwerdeführerin im Jahr 2008 seien ohne strukturelle Folgen geblieben und eine Ursache habe nie gefunden werden können. Eine längerfristige Arbeitsfähigkeit sei damit nicht zu begründen. Eine beginnende Coxarthrose sei bereits im MRI vom 12. Juni 2008 dokumentiert. Symptome/klinische Befunde einer Coxarthrose seien nirgends dokumentiert. Radiologische Befunde würden keine Arbeitsunfähigkeit begründen, da Klinik und Radiologie oft weit auseinandergingen. Schwankende Blutdruckwerte seien kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit. Bei einer Hypertoniebehandlung mit nur einer Substanz

könne kaum von einer ausgeschöpften Behandlung gesprochen werden. Es liege keine erklärbare Ursache der Steissbeinschmerzen vor. Eine reine Schmerzsymptomatik bedeute keine Arbeitsunfähigkeit. Ein Status nach einer Lungenentzündung (2007) begründe keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit. Eine Allergie bedingte eine Expositionsprophylaxe für diese Substanz, jedoch keine generalisierte Arbeitsunfähigkeit.

E. 6

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde vom 19. August 2012 und den nachfolgenden Eingaben eine wesentliche Gesundheitsverschlechterung geltend. Sie reichte zahlreiche medizinische Unterlagen ein, welche nachfolgend wiederzugeben sind.

E. 6.1

Aus den eingereichten medizinischen Berichten, die vor der rechtskräftigen leistungsabweisenden Verfügung vom 18. September 2009 datieren, geht im Wesentlichen Folgendes hervor: - Im Bericht von Dr. J. _____, Facharzt für Radiologische Diagnostik, vom 27. April 2006 wurde eine linkskonvexe Torsionsskoliose der HWS und eine dorsomediane und links laterale Bandscheibenprotrusion im Segment C5/6 mit Foraminaeinengung diagnostiziert. Es bestünde kein Hinweis auf eine frischere knöcherne Läsion und keine Zeichen einer zervikalen Myelopathie. - Im Bericht von Dr. K. _____, Fachärztin für Allgemeine Medizin, vom 30. Mai 2006 führte diese aus, dass sich beim Aufnahmebefund eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS nach links bei V.a. Atlasblockierung sowie ein Schiefstand des ISG mit Beinlängendifferenz gefunden habe. Nach einer Craniosacraltherapie sei die HWS schmerzfrei beweglich. Zudem bestehe keine Beinlängendifferenz mehr und die BWS sei druckschmerzfrei. - Im Bericht von Dr. med. L. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 28. Februar 2008 diagnostizierte dieser einen inkompletten sens. Querschnitt ab TH8 unklarer Ursache. Am 11. März 2008 führte er aus, dass sich die Beschwerden der Patientin insgesamt derzeit nicht sicher zuordnen liessen. Es falle eine Diskrepanz zwischen den Beschwerden und den fast unauffälligen, objektivierbaren Befunden auf. Wegen der in unterschiedlichen Höhen angegebenen Sensibilitätsstörungen (zw. ventral u. dorsal) sei letztendlich an eine somatoforme Störung zu denken. - Im Bericht der Klinik W. _____ vom 17. April 2008 wurde ausgeführt, dass die durchgeführte Kernspintomographie des Schädels (in Ergänzung zu den bereits auswärtig durchgeführten MRT von HWS, BWS und LWS mit jeweils nicht wegweisenden Befunden) einzelne unspezifische Marklagerläsionen im Gehirn gezeigt hätten, die elektrophysiologischen Untersuchungen hätten Normalbefunde ergeben. In der Liquordiagnostik habe sich ebenfalls ein unauffälliger Befund ergeben, ebenso in der Ultraschalluntersuchung der hirnversorgenden Arterien. Zusammengefasst hätten sich aktuell keine Hinweise auf eine entzündliche oder ischämische Ursache der Beschwerden ergeben. Aufgrund des bunten Beschwerdebildes, über welches die Beschwerdeführerin auch in populärwissenschaftlichen Büchern selbst recherchierte, zusammen mit einer anamnestisch für sie unklaren beruflichen Gesamtsituation sowie der fehlenden Verarbeitung des Verkehrsunfalls von 2004 sei eine zusätzlichen Somatisierungsstörung nicht auszuschliessen. - Im Bericht von Dr. med. L. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 31. Mai 2008 berichtete dieser, dass die Untersuchung in der Tagesklinik des Neurozentrums am 16. April 2008 keine Hinweis für eine entzündliche ZNS-Erkrankung (normaler Liquor) ergeben habe. Die Medianus- und VEP's seien ebenfalls im Normbereich, im Kernspintogramm des Kopfes seien einzelne Marklagerläsionen supra- und infratentoriell ohne typische ED-Anordnung beschrieben.

Am ehesten sei aufgrund der Befunde von einer somatoformen Störung auszugehen. - Dr. med. M._____, Facharzt für Orthopädie, verordnete am 1. Juli 2008 Physiotherapie zufolge einer Muskelverkürzung Lenden-Becken-Bein-Region rechts (M62.98, G). - Dr. med. N._____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 21. Januar 2009 ein HWS-Schleuder- und Distorsionstrauma und eine rezidivierende Halbseitensymptomatik. Für die angestammte Tätigkeit als Krankenschwester sei sie unter 3 Stunden am Tag belastbar. Für leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, wie für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, sei die Beschwerdeführerin von 3 bis unter 6 Stunden belastbar.

E. 6.2

In der Zeitspanne vom 18. September 2009 bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 23. Juli 2012 datieren folgende medizinische Berichte: - Dr. O._____, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, führte am 25. Mai 2010 aus, dass die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben seit ihrem Verkehrsunfall im Jahr 2004 und ab 2008 zunehmend stark unter Unterbauchschmerzen leide. Diese würden denjenigen ähneln, die sie aus ihrer Endometriose-Vorgeschichte kenne. Die Beschwerdeführerin gehe daher von einer Endometrioseexacerbation aus. Sie berichte darüber hinaus über konstanten Gefühlsverlust in der Perianalgegend, mit den Schmerzen assoziierte sensorische Störungen der Innenseite beider Oberschenkel sowie der Haut des Unterbauches. Bei der Beschwerdeführerin falle eine vor allem neuropathische Symptomatik auf. Die Kombination aus starken Schmerzen und umschriebener, neurologischer Ausfallsymptomatik lege eine Schädigung der o.g. peripheren Nerven, gegebenenfalls im Wurzelbereich nahe. Die Beschwerden dürften Folge sowohl eines Traumas (dafür spreche das Einsetzen erst nach dem Unfall, ca. zeitgleich mit der Menopause) als auch einer abgelaufenen/aktiven Endometriose sein (Adhäsionen, Vernarbungen, Gefässneubildung). Gegen ein frisches Endometrioserezidiv spreche der postmenopausale Status, nebenbefundlich auch der niedrige CA-125-Wert (10 IU/l). Im Einklang mit dem Wunsch der Beschwerdeführerin sowie ihrer Vorstellung würde er auch eine Indikation für eine diagnostisch-operative Laparoskopie am 7. Juni 2010 sehen, bei der ggf. Adhäsiolelyse, ggf. Sanierung von Endometrioseherden, ggf. Adnexektomie durchgeführt werden könne. - Im Bericht des Krankenhauses P._____ vom 11. Juni 2010 wurden der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen gestellt: - Fibron des rechten Ovars - Endometriose (Douglasperitoneum, Lig. Sacrouterinum) - Adhäsionen am Colon ascendens - Starke chronische Unterbauchschmerzen mit neurologischer Ausfallssymptomatik im Innervationsgebiet des Plexus lumbalis, sacralis und pudendus - Zustand nach 2 x Laparoskopie (1985/1986), Zustand nach Danazoltherapie bei Endometriose - Zustand nach Verkehrsunfall mit Schleudertrauma 2004 - Zustand nach Appendektomie - Zustand nach postmenopausaler Blutung 2005 - Arterielle Hypertonie, Hypothyreose Es wurde ausgeführt, dass bei der Beschwerdeführerin am 7. Juni 2010 eine operative Laparoskopie durchgeführt worden sei, welche komplikationslos verlaufen sei. Der postoperative Verlauf sei regelrecht gewesen. Die Beschwerdeführerin habe bei reizlosen Wundverhältnissen und Wohlbefinden am 11. Juni 2010 wieder nach Hause entlassen werden können. - Aus dem Bericht von Prof. Dr. A._____ vom 18. Oktober 2010 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin am 21. September 2010 während der Arbeit beim Reinigen einer Toilette ausgerutscht und auf das Gesäss gefallen sei. Sie habe dabei eine Steissbein-/LWS-Prellung erlitten, was nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt habe. - Aus einem weiteren Bericht von Prof. Dr. A._____ vom 24. August 2010 geht hervor,

dass die Beschwerdeführerin am 23. August 2010 beim Reinigen eines Autos in eine Scherbe gefasst und sich dabei eine Defektwunde im Bereich des Endglieds D1 rechts zugezogen habe. Diese Verletzung habe zu einer Arbeitsunfähigkeit von 4 Tagen geführt. - Im Bericht von Dr. med. Q. _____, Fachärztin für Chirurgie und Proktologie, vom 24. November 2010 wurde im Rahmen der Anamnese ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin drei Mal echte Inkontinenzepisoden erlebt habe. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: Rektozele, Rectumprolaps Grad 2 (innere Intussusception in den Analkanal hinein, den Analunterrand nicht erreichend), Hämorrhoidalleiden Grad 2, Inkontinenz anal Grad 1. - Im Bericht der Klinik R. _____ vom 16. Februar 2011 wurde ausgeführt, dass eine Afferenzstörung vom rechten Bein, unverändert zum Vorbefund vom Dezember 2007 bestehe. Ein Hinweis bestehe auf am ehesten axonale Läsion des N. suralis links. Es gebe kein Hinweis auf Efferenzstörung zu beiden Beinen und zu beiden Armen. - Im Gutachten von Prof. Dr. D. _____ vom 25. Februar 2011, welches zuhanden des Sozialgerichts S. _____ erstellt wurde, führte dieser aus, dass die Beschwerdeführerin unter einer Endometriose leide. Diese Krankheit sei im Alter von 32 Jahren diagnostiziert worden. Es seien 1985 und 1986 zwei Laparoskopien erfolgt und es sei eine Hormontherapie mit Danazol durchgeführt worden. Bei der letzten laparoskopischen Endometriose Operation am 7. Juni 2010 im Krankenhaus P. _____ habe sich weiterhin eine floride Endometriose mit bräunlichen Auflagerungen des Douglasperitoneums sowie schwärzlichen Auflagerungen im Bereich des linken Sakrouterinum gezeigt. Die Endometrioseherde seien durch eine histologische Untersuchung gesichert worden. Aufgrund eines Ovarialfibroms rechts sei die Adnexstirpation rechts erfolgt. Intraoperativ hätten sich Adhäsionen gezeigt, bedingt durch die Endometriose, bedingt auch durch den Zustand nach Appendektomie und zwei Endometriose Operationen. Aufgrund der Adhäsionen bestünden bei der Beschwerdeführerin seit Jahren chronische Unterbauchschmerzen mit neurologischer Ausfallssymptomatik im Innervationsgebiet des Plexus lumbalis, sacralis und pudendus. Es sei bei der Beschwerdeführerin eine Blasenentleerungsstörung und zusätzlich eine Rectocele festgestellt worden. Die durch die Grunderkrankung der Endometriose bedingten chronischen Unterleibsschmerzen hätten zu einer erheblichen Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit geführt. Es würden auch unklare Fieberzustände bestehen. Die Beschwerdeführerin habe auch über Stuhlinkontinenzprobleme berichtet. Proktologisch sei ein Rectumprolaps Grad II festgestellt worden. Bei der gynäkologischen Untersuchung habe sich ein Descensus der hinteren Vaginalwand mit einer Rectocele I.-II. Grades gezeigt. Zusätzlich habe sich ein retroflektierter, kaum mobiler Uterus gefunden. Aufgrund der rezidivierenden chronischen Unterbauchschmerzen, bedingt durch Adhäsionen, entstanden durch eine Endometriose und mehrere Operationen, könne die Beschwerdeführerin keiner regelmäßigen Erwerbstätigkeit nachgehen. Leichte körperliche Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 3 kg seien möglich. Die noch möglichen Tätigkeiten könnten weniger als drei Stunden täglich ausgeführt werden. Es könne davon ausgegangen werden, dass weiterhin chronische rezidivierende Unterleibsbeschwerden bestehen würden. Diese würden auch durch eine erneute Operation nicht sicher behoben werden können. Hinzu komme die körperliche Beeinträchtigung durch die Stuhlinkontinenz bei Rectumprolaps Grad II und Rectocele Grad I-II. - Im Schreiben des Krankenhauses B. _____ vom 2. Januar 2012 wurde von einem neu aufgetretenen, schmerzhaften Vaginalpolyp berichtet. Zusätzlich bestehe rezidivierend Fieber, krampfartige Abdominalbeschwerden, wechselndes Stuhlverhalten, Zustand nach mehrfachem Abdominaeingriffen mit AE, Adnexektomie re., Adhäsioanalyse bei

bekannter Endometriose. Für den 12. Januar 2012 wurde ein Termin für die ambulante Entfernung des Vaginalpolypen vereinbart. - Gemäss Bericht des Krankenhauses B._____ vom 22. Februar 2012 wurde bei der Beschwerdeführerin am 12. Januar 2012 eine Scheidenpolypentfernung beidseits durchgeführt. - Prof. Dr. med. T._____, Facharzt für Gastroenterologie, berichtete am 2. April 2012 nach einer weitgehend unauffälligen Ileokoloskopie (Dickdarmspiegelung) im Rahmen der Anamnese, dass bei der Beschwerdeführerin im Jahr 2010 Endometriose diagnostiziert und Verwachsungen gelöst worden seien. Bereits früher sei eine Endometriose festgestellt worden. Eine Divertikulitis sei offenbar im Röntgenbild festgestellt worden. Sie bekomme nach dem Essen rasch Krämpfe und starken Stuhlgang im Wechsel mit Verstopfung. Die Beschwerdeführerin habe brennende Schmerzen vom Anus in den Oberschenkel hinein sowie vom linken Oberbauch nach unten in den After ziehend. Zudem habe die Beschwerdeführerin nach Anstrengung immer Temperaturerhöhung von 38,6 °C. Nach einer Polypektomie im Januar 2012 habe sie eine Nachblutung gehabt. Nach entsprechender Untersuchung hielt Dr. med. T._____ fest, dass die Beschwerden der Beschwerdeführerin nicht durch einen entsprechenden Befund im Kolon oder terminalen Ileum zu erklären seien. Er diagnostizierte der Beschwerdeführerin eine komplexe Schmerzsymptomatik und ein Zustand nach Endometriose. - Im Bericht der Klinik U._____ vom 3. April 2012 wurde die Diagnose einer Schleimhaut des Colon transversum ohne krankhafte Veränderungen gestellt. - Dr. med. V._____, Fachärztin für Innere Medizin, führte in ihrem ärztlichen Attest vom 15. Juni 2012 aus, dass neben der bekannten Endometriose als Hauptbehandlungsdiagnose unklare Fieberschübe bis über 38 °C bestünden. Trotz umfangreicher Diagnostik habe die Ursache bisher noch nicht definitiv geklärt werden können. Intermittierende Infektionen hätten eine interkurrente Rolle gespielt. Die Beschwerdeführerin sei durch die Fieberschübe in ihrer Leistungsfähigkeit auch im Zusammenhang mit der Grunderkrankung der Endometriose und die durch die Operation im Unterbauch bedingten Folgesymptomen wie anhaltende Schmerzen stark beeinträchtigt. Auf Grund von anhaltenden Schmerzen im Dammbereich und Gesäss sei ihr längeres Sitzen nicht möglich.

E. 6.3

Die nachfolgend aufgeführten medizinischen Berichte wurden nach dem Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 23. Juli 2012 verfasst. Das Bundesverwaltungsgericht hat bei der Beurteilung einer Streitsache grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Verfügung (vorliegend 23. Juli 2012) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (vgl. BGE 129 V 1 E. 1.2 m.H. und Urteile des Bundesverwaltungsgerichts C-2687/2006 vom 27. August 2008 E. 4 und C-7299/2007 vom 8. Juli 2009 E. 3). Die von der Beschwerdeführerin im Laufe des Beschwerdeverfahrens eingereichten und nach dem Datum der Verfügung vom 23. Juli 2012 datierten Arztberichte können in die vorliegende Beurteilung mit einfließen, falls sie auf den gesundheitlichen Zustand der Beschwerdeführerin bis zum Verfügungszeitpunkt Bezug nehmen, demnach mit dem Streitgegenstand in einem engen Zusammenhang stehen und überdies geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. dazu die Urteile BGer 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.5; 9C_116/2010 vom 20. April 2010 E. 3.2.2; BGE 121 V 362 E. 1b; BGE 116 V 80 E. 6b). - Im Bericht der Klinik W._____ vom 7. Dezember 2012 wurden linksseitige vibrierende Schmerzen vom linken Rippenbogen bis über den linken Unterbauch bis nach gluteal ziehend bei bekannter Endometriosis genitalis externa, ED 1986 diagnostiziert. Der gynäkologische

Untersuchungsbefund habe ein Deszensus der hinteren Vaginalwand mit einer Rektozele I. bis II. Grades gezeigt. Es bestehe eine palpatorisch narbige Spange 1 cm oberhalb des Introitus und zur linken Vaginalwand ein sehr druckschmerzhafter narbiger Bereich. Als Nebendiagnosen wurden eine Hypertonie und Hypothyreose angegeben. Eine diagnostische Laparoskopie sei nicht indiziert. Sie würden die Durchführung eines MRT's des Beckens empfehlen. - Im Bericht der Klinik R. _____ vom 10. Dezember 2012 wurde der Beschwerdeführerin eine Chronische Lumbago (N54.3) diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin habe anlässlich der Untersuchung über rezidivierende Lumboischialgien sowie über ein verändertes Gefühl bezüglich Stuhlgang und Wasserlassen bei Kontinenz berichtet. Elektrophysiologisch habe sich ein Hinweis auf eine zentrale Läsion ergeben. Klinisch liessen sich keine pathologischen Befunde objektivieren. Aufgrund der starken Fixierung der Beschwerdeführerin auf den Unfall vor drei Jahren erscheine eine Aggravation der Beschwerden möglich. - Im Bericht der Klinik R. _____ vom 25. Januar 2013 wurde im Rahmen einer Knochendichtemessung ausgeführt, dass sich im Bereich der Wirbelsäule eine herabgesetzte Knochenflächendichte von mehr als 1 bis maximal 2,5 Standardabweichungen der Norm finde. Damit liege nach WHO-Klassifikation eine Osteopenie vor. Das Osteoporoserisiko sei mässig gesteigert. Im Bereich des Oberschenkelhalses finde sich eine Knochenflächendichte im Bereich der einfachen Standardabweichung der Norm. Damit liege eine normale Knochendichte vor, das Frakturrisiko sei normal. - Im Bericht von Dr. med. Y. _____, Facharzt für Diagnostische Radiologie, vom 11. April 2013 führte dieser nach einem MRI des Beckens aus, dass sich bei der Beschwerdeführerin ein Beckenbodentiefstand (ohne Pressen) mit einem Analprolaps zeige. Die Harnblase, die Urethra, die Vagina und der (kleine) Uterus würden sich unauffällig darstellen. Ebenso seien auch die Weichteile des Beckenbodens unauffällig. Es bestehe kein entzündliches perianales Geschehen, kein Aszites, keine Raumforderung im kleinen Becken und keine Lymphknotenvergrösserung. - Am 16. April 2013 berichtete das Therapiezentrum K. _____ über die physiotherapeutische Behandlung wegen der Diagnose Coxarthrose beidseits. Der Zustand sei seit der Therapie besser, was aber nach Angaben der Beschwerdeführerin nur ein paar Stunden anhalte. - Im Bericht der Klinik W. _____ vom 12. Juli 2013 wurden folgende Diagnosen attestiert: Schmerzen im Beckenbodenbereich, Verdacht auf vaginale Narbenspange, Endometriosis genitalis externa; ED 1986. Die linksseitigen vibrierenden Schmerzen wurden als seit einem Verkehrsunfall im Jahr 2004 vorhanden bezeichnet. Als Ursache der Beschwerden wurde ein Verdacht auf Narbenspange nach einer Scheidenpolyp-Entfernung geäussert. Eine Vorstellung solle bei Prof. Dr. Z. _____ am 1. Oktober 2013 erfolgen. - In einem weiteren Bericht vom 9. August 2013 führte Dr. med. Y. _____ aus, dass gemäss der Kernspintomographie (MRI) der HWS eine normale Haltung der HWS sowie eine normale Form, Struktur und Signalzeichnung der Wirbelkörper bestehe. Der Zwischenwirbelraum C5/C6 sei gering höhengemindert. In dieser Etage sei ein deutlich raumfordernder Bandscheibenvorfall Mitte links (teils spinal, teils foraminal). Die Wurzel sei betroffen, die Medulla werde imprimiert. In den übrigen Etagen bestünden keine raumfordernden Bandscheibenveränderungen. - Prof. Dr. Z. _____, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 1. Oktober 2013 Schmerzen im Beckenbodenbereich, Verdacht auf vaginale Narbenspange, Endometriosis genitalis externa, ED 1986. Als Nebendiagnose führte sie eine arterielle Hypertonie und eine Hypothyreose aus. Sie führte aus, dass die von der Beschwerdeführerin beklagten Schmerzen im Bereich des kleinen Beckens sicher auf Narben nach den vorangegangenen

Endometriose-Operation zurückzuführen seien. Im Introitusbereich zeige sich ein sehr enger Hymenalring, der die Dyspareunie erklären könnte. Der Introitus könnte operativ erweitert werden, wozu sich die Beschwerdeführerin anmelden könne. - Im Überweisungsschein vom 4. Oktober 2013 an die Proktologie führte Dr. med. V._____, Fachärztin für Innere Medizin, folgende Diagnosen auf: Z.n. Rektumprolaps (K62.3 Z), OP, Anale Inkontinenz (R15G). - Im Bericht der Orthopraxis X._____, vom 21. Oktober 2013 wurden diverse Befunde in Bezug auf die Hüfte links, Lendenwirbelsäule, Halswirbelsäule geschildert. In der linken Hüfte bestehe eine mässige Verkürzung vom Iliopsoas rechts sowie starker Druckschmerz, Verkürzung und Hypertonus am M iliopsoas links. Im Bereich der Lendenwirbelsäule bestehe Beckengradstand, Druckschmerz über dem Ischiastamm, etwas gesteigerte Muskeigenreflexe. Die Sensibilität und Motorik seien intakt, das Lasegue negativ. Im Bereich der Halswirbelsäule bestehe eine Anteflexionshaltung und deutlicher Nackenbuckel sowie deutliche Verspannung der Nackenmuskulatur. Sensibilität, Motorik und Reflexstatus seien intakt. Es gebe kein Nachweis einer Atlasblockierung. Spurling-Test links sei positiv. Gemäss der Röntgenaufnahme der Beckenübersicht bestehe eine leichte Coxarthrose beidseits (Grad II nach Kellgren/Lawrence). Die Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule zeige eine flachbogige linkskonvexe Skoliose, leichte kyphotische Fehllhaltung, Osteochondrose C5/C6 und Facettenarthrose der mittleren und unteren HWS. - Im Bericht der Praxis J._____, vom 22. Oktober 2013 wurden folgende Diagnosen gestellt: Hämorrhoidalleiden I. Grades, Interner Rektumprolaps rechts ventrolateral, - Gemäss der Aufenthaltsbescheinigung vom 26. Februar 2014 befand sich die Beschwerdeführerin vom 5. Februar 2014 bis 26. Februar 2014 in einer stationären Rehabilitationsmassnahme in der Reha-Klinik F._____. Es wurden der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen gestellt: - Chronische pseudoradikuläres LWS-Syndrom bei degenerativen Veränderungen M47.26 - Chronisches cervicocephales Syndrom bei Nucleus-pulposus-Prolaps C5/6 M47.22 - Hand- und Fingerpolyarthrose M15.9 - Coxarthrose beidseits M16.9 - Hypothyreose E03.9 - Arterielle Hypertonie I10.00 - Zustand nach Schleudertrauma (2004) S13.4 - Im Entlassungsbericht des Zentrums F._____, vom 4. März 2014 wurden die Diagnosen der Aufenthaltsbescheinigung vom 26. Februar 2014 bestätigt. Weiter wurde ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin über ständige Schmerzen im Bereich der LWS mit Schmerzausstrahlung ins Gefäss und in den Oberschenkel links sowie über Verspannungen und Schmerzen im Bereich der HWS mit Schmerzausstrahlung in den Kopf, verbunden mit Kopfschmerzen, klage. Zudem berichte sie über Hand- und Fingergelenksschmerzen. Weiterhin leide sie unter belastungsabhängigen Schmerzen in beiden Hüftgelenken. Durch das im Rahmen der Rehabilitation durchgeführte intensive krankengymnastische Übungsprogramm sei es zu einer Linderung der anfangs beklagten Beschwerden gekommen. Im Abschlussbefund habe noch eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit der HWS in allen Richtungen mit Kinn-Jugulum-Abstand 3/18 cm, Rotation 50 ° beidseits und Seitenneigung 40 ° beidseits bestanden. - Im Überweisungsschein von Dr. med. S._____, Fachärztin für Orthopädie, vom 21. März 2014 wurde die Diagnose einer Atrophie der Muskuli interossii und Schwäche in der rechten Hand gestellt. - Im Bericht von Dr. med. S._____, vom 4. Juni 2014 wurde ein Bandscheibenvorfall C5/6 links, inkompletter Querschnitt Th8 Facettenarthrose HWS, Osteochondrose C5/C6 v.a. Neuroforamenstenose HWS, Depression, Coxarthrose bds., Spreizfüsse, Hallux valgus bds. und Lumbalgie diagnostiziert. Es wurde ausgeführt, dass eine deutliche Besserung der Schmerzen bestehe und die Beschwerdeführerin regelmässige Rehasport mache. - Dr. med. R._____,

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, bescheinigte am 24. Januar 2014, dass die Beschwerdeführerin seit dem 27. April 2010 wegen pelviner Neuropathie, Analprolaps, Endometriose, Iliopsoaskontraktur, Beckenbodendeszenus und chronischen Schmerzen in Behandlung sei.

E. 7.1

Zu den von der Beschwerdeführerin eingereichten älteren medizinischen Berichten (vgl. E. 6.1) gilt festzuhalten, dass die dort gestellten Diagnosen im Wesentlichen bereits bei der zweiten IV-Anmeldung, welche zur leistungsabweisenden Verfügung vom 18. September 2009 geführt hat, bekannt und im Rahmen der medizinischen Sachverhaltsabklärung entsprechend berücksichtigt und gewürdigt wurden. Sie enthalten keine neuen objektiven medizinischen Erkenntnisse.

E. 7.2

Die von der Beschwerdeführerin eingereichten neueren medizinischen Berichte (vgl. E. 6.2 und 6.3) wurden vom RAD-Arzt Dr. med. C._____ einer Beurteilung unterzogen. Er kam zum Entschluss, dass eine wesentliche und anhaltende Veränderung - insbesondere Verschlechterung - des Gesundheitszustandes gegenüber dem 18. September 2009 nicht feststellbar sei. Die Vorinstanz stützte sich beim Erlass der Verfügung vom 23. Juli 2012 auf seine Stellungnahmen. Daraus ergibt sich Folgendes: Nach Durchsicht und Würdigung sämtlicher medizinischer Dokumente führte Dr. med. C._____ im Wesentlichen aus, dass er in den von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Endometriosebeschwerden keine Gesundheitsveränderung, sondern einen unverändert, seit ca. 1985 vorbestehenden Gesundheitszustand sehe. Die am 12. Januar 2012 durchgeführte Scheidenpolypentfernung sei eine rein interkurrente Affektion. Mit der Entfernung des Polypes sei dieses interkurrente Problem beseitigt worden. Dr. med. T._____ habe am 2. April 2012 nach einer weitgehend unauffälligen Ileokoloskopie (Dickdarmspiegelung) ebenfalls einen Zustand nach Endometriose diagnostiziert. Dies bedeute genau genommen, dass eine Endometriose nicht mehr aktuell sei. Am 1. Oktober 2013 habe Prof. Dr. Z._____ den Verdacht auf eine Narbenspange bestätigt und ausgeführt, dass die von der Beschwerdeführerin beklagten Schmerzen im Bereich des kleinen Beckens sicher auf Narben nach den vorausgegangenen Endometriose-Operation zurückzuführen seien. Der sehr enge Hymenalring im Introitusbereich könne operativ erweitert werden. Gemäss RAD-Arzt Dr. med. C._____ könnten mit dem Verdacht auf Narbenspange einige der angegebenen Schmerzen der Beschwerdeführerin erklärt werden. Aus den Akten würden sich jedoch keine entsprechende Vorkehren der Beschwerdeführerin zur operativen Erweiterung des Introitus finden. Diese Verzögerung bei der Behebung der gefundenen Störungen lassen an einer Dringlichkeit der angegebenen Beschwerden doch erhebliche Zweifel aufkommen. In Bezug auf die geltend gemachten Darmbeschwerden führte der RAD-Arzt Dr. med. C._____ zusammengefasst aus, dass der Bericht von Dr. med. Q._____ vom 24. November 2010 einen Analprolaps (Hervortreten von Darmschleimhaut aus dem After) nicht belege. Vielmehr spreche das Fehlen eines Schleimabgangs gegen diesen Befund. Die von Prof. Dr. D._____ am 25. Februar 2011 mit apparativen Methoden diagnostizierte Rectocele (Aussackung der Enddarmwand nach vorne) stelle ebenfalls keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes dar, da sich daraus keinerlei funktionelle Einschränkungen ergeben würden. Dr. med. T._____ hielt in seinem Bericht vom 2. April 2012 nach einer unauffälligen Dickdarmspiegelung fest, dass die Beschwerden nicht durch einen Befund im Colon (Grimmdarm) oder

terminalen Ileum (Hüft Darm) zu erklären seien. Gemäss Dr. med. Y. _____ habe auch ein MRI des Beckens am 10. April 2013 unauffällige Befunde gezeigt. Im Überweisungsschein vom 4. Oktober 2013 müsse gemäss der Formulierung der Diagnose "Z.n. Rektumprolaps" (Mastdarmvorfall) davon ausgegangen werden, dass diese Diagnose früher vorhanden gewesen sei und jetzt nicht mehr. Im Bericht der Klinik J. _____ vom 22. Oktober 2013 wird die Stuhlinkontinenz oder auch der imperative Stuhl drang nicht mehr erwähnt. Die Beschreibung der Beschwerden, obschon auch auf subjektiven Angaben beruhend, liessen diesbezüglich nicht auf eine Verschlechterung, sondern auf eine deutliche Verbesserung des geltend gemachten Zustandes schliessen. Bezüglich den von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Fieberschüben hat der RAD-Arzt Dr. med. C. _____ ausgeführt, dass diesbezüglich kein Grund gefunden worden sei. Es sei auch nicht ersichtlich, dass sie objektiviert worden wären. Zudem könne er nicht nachvollziehen, wie die abendlichen Fieberschübe die Leistungsfähigkeit am Tag beeinträchtigen. Hinsichtlich der Fieberschübe fällt auf, dass diese in den neueren Arztberichten und Eingaben der Beschwerdeführerin nicht mehr erwähnt werden. Hinsichtlich den geltend gemachten Rückenbeschwerden führte der RAD-Arzt Dr. med. C. _____ im Wesentlichen aus, dass der Bandscheibenvorfall bei C5/6, welcher im Bericht von Dr. med. Y. _____ vom 9. August 2013, erwähnt sei, der einzige neue Befund sei. Anhaltspunkte, dass eine operative Sanierung vorgesehen sei, beständen nicht. Im Reha-Bericht vom 4. März 2014 werde ein chronisches cervicocephales Syndrom bei Nucleus-pulposus-Prolaps C5/6 diagnostiziert. Ein solcher Prolaps habe üblicherweise keinen Krankheitswert. Zudem werde eine Therapie dieser Affektion nicht erwähnt. Die Coxarthrose sei nun als leichtgradig bekannt. Sie habe - wie auch die am 25. Januar 2013 festgestellte stellenweise leicht verminderte Knochendichte - keine funktionellen Einschränkungen zur Folge, ausser für schwere körperliche Arbeiten, die mit langdauerndem Gehen auf unebenem Grund verbunden wären. Dies sei soweit bekannt bei der angestammten Tätigkeit nicht vorgekommen. Des Weiteren hält der RAD-Arzt Dr. med. C. _____ fest, dass die im Reha-Bericht vom 4. März 2014 aufgelisteten Diagnosen wie Hand- und Fingerpolyarthrose, Hypothyreose und arterielle Hypertonie problemlos behandelbar und ohne funktionelle Auswirkungen seien. Diese Diagnosen hätten somit keine Relevanz für die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Viele von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Diagnosen, wie der inkomplette Querschnitt und die Stuhlinkontinenz würden sich im Reha-Bericht vom 4. März 2014 nicht mehr finden und daher als nicht mehr aktuell gelten. Dr. med. C. _____ hielt im Wesentlichen fest, dass die neu eingereichten medizinischen Berichte keine zusätzlichen Information enthielten, die das Vorliegen einer dauerhaften relevanten Beeinträchtigung belegen würden. Im Gegenteil, verschiedene früher geltend gemachte Beschwerden würden aktuell nicht mehr vorgebracht. Dies passe gut zum somatoformen Formenkreis. Die Klagen über Schmerzen und andere als somatoform erkannte Störungen würden sich bereits in den diversen teils Jahre zurückliegenden Gutachten finden. Das Bundesgericht hat diesbezüglich in BGE 130 V 352 festgehalten, dass eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung allein in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG zu bewirken vermag.

E. 8.1

Bei den Stellungnahmen von Dr. med. C. _____ handelt es sich um Berichte im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG. Sinn und Zweck von Art. 59 Abs. 2bis IVG sowie Art. 49 IVV liegen darin, dass die IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen

Anspruchsvoraussetzungen auf eigene Ärzte und Ärztinnen zurückgreifen können. Diese sollen aufgrund ihrer speziellen versicherungsmedizinischen Kenntnisse für die Bestimmung der für die Invalidenversicherung massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten verantwortlich sein. Damit soll eine konsequente Trennung der Zuständigkeiten zwischen behandelnden Ärzten (Heilbehandlung) und Sozialversicherung (Bestimmung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens) geschaffen werden. Die RAD bezeichnen die zumutbaren Tätigkeiten und die unzumutbaren Funktionen unter Angabe einer allfälligen medizinisch begründeten zeitlichen Schonung. Damit soll im Hinblick auf eine erfolgreiche Eingliederung eine objektivere Festlegung der massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten ermöglicht werden. Gestützt auf die Angaben des RAD hat die IV-Stelle zu beurteilen, was einer versicherten Person aus objektiver Sicht noch zumutbar ist und was nicht (vgl. Urteil BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Berichten nach Art. 59 Abs. 2bis IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidrelevante Aktenstücke (Urteil BGer I 143/07 vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen vgl. auch Urteil EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 5).

E. 8.2

Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 4.7 hiavor), kann auf Stellungnahmen des RAD resp. des medizinischen Dienstes nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Nach Auffassung des Bundesverwaltungsgerichts ist ein Facharzt für Allgemeinmedizin in der Lage, anhand der spezialfachärztlichen Berichte eines Neurologen, Psychiaters, Internisten, Orthopäden und Gynäkologen zu beurteilen, ob sich die medizinische Situation in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert haben könnte. Dies auch unter Berücksichtigung dessen, dass es sich vorliegend nicht um überaus schwerwiegende und komplexe Gesundheitsbeeinträchtigungen handelt. Seinen Stellungnahmen kann daher volle Beweiskraft zukommen, wenn die von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung herausgearbeiteten Kriterien erfüllt sind. Daran besteht - wie nachfolgend aufzuzeigen ist - kein Zweifel.

E. 8.3

Der RAD-Arzt Dr. med. C._____ hat seine Stellungnahmen nach Einsicht in die von der Beschwerdeführerin vorgelegten zahlreichen Arztberichte, welche teilweise von Fachspezialisten stammen, ausgearbeitet und seine Beurteilung auf diese vorhandenen ärztlichen Unterlagen abgestützt. Seine Darlegung der medizinischen Zusammenhänge, der gesundheitlichen Entwicklung sowie seine Beurteilung der medizinischen Situation ist einleuchtend und in den Schlussfolgerungen begründet. Er hat unter Auflistung sämtlicher medizinischer Berichte festgehalten, dass - ausser einem neu bestehenden Prolaps C5/C6, welcher erstmals im Bericht von Dr. med. Y._____ vom 9. August 2013 erwähnt werde - keine wesentlich abweichenden Diagnosen seit der letzten Beurteilung hervorgehen, welche nicht bereits berücksichtigt wurden. Seine Ausführungen bezüglich der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Endometriose- und Darmbeschwerden sind nachvollziehbar und schlüssig. In Würdigung der Aktenlage hat Dr. med. C._____ auch überzeugend ausgeschlossen, dass der seit August 2013 und somit erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. Juli 2012 vorliegende Prolaps C5/C6 einen Krankheitswert mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat. Des Weiteren fällt auf, dass die

von Dr. med. S._____ am 21. März 2014 diagnostizierte Atrophie der Muskuli interossei und Schwäche in der rechten Hand in ihrem späteren Bericht vom 4. Juni 2014 nicht mehr erwähnt werden, weshalb davon auszugehen ist, dass diese Diagnose nicht mehr aktuell ist.

E. 8.4

Das Fehlen eigener Untersuchungen vermag die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. C._____ für sich alleine nicht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es - wie vorliegend - im Wesentlichen um die Beurteilung der erwerblichen Folgen eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und somit die direkte ärztliche Befassung mit dem Versicherten eher in den Hintergrund rückt (vgl. Urteil BGER 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1). Des Weiteren konnte auf das Einholen von zusätzlichen Berichten entsprechend ausgebildeter Spezialärztinnen und -ärzte auch deshalb verzichtet werden, weil dem RAD-Arzt Dr. med. C._____ bereits zahlreiche von der Beschwerdeführerin eingereichte fachärztliche Berichte zur Verfügung standen. Er war somit durchaus in der Lage, die Leiden der Beschwerdeführerin zu erfassen und zu beurteilen, ob sich gegenüber der letzten abweisenden Verfügung vom 18. September 2009 eine relevante Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit ergeben hat, zumal er als zertifizierter medizinischer Gutachter SIM über spezielle versicherungsmedizinische Kenntnisse verfügt. Die meisten der eingereichten medizinischen Berichte der Beschwerdeführerin enthalten entweder keine oder keine genauen Angaben zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Prof. Dr. D._____ erachtete die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer rezidivierenden chronischen Unterbauchschmerzen, bedingt durch Adhäsionen, entstanden durch eine Endometriose und mehreren Operationen, lediglich noch für leichte körperliche Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 3 kg für weniger als 3 Stunden täglich zumutbar. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Prof. Dr. D._____ wird dabei nur rudimentär begründet und erscheint - in Übereinstimmung mit Dr. med. C._____ - als nicht nachvollziehbar und auch hinsichtlich der Therapiemöglichkeiten zu wenig einlässlich begründet. So folge das Tragen von Lasten bis 3 kg für weniger als 3 Stunden täglich nicht aus den Befunden und stelle eine ausserordentlich pessimistische Interpretation eines unveränderten, seit ca. 1985 vorbestehenden Gesundheitszustandes dar. Die Beurteilung von Dr. med. C._____, dass sich die Arbeitsfähigkeit mit Blick auf die aufgelistete Entwicklung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht verändert habe, erscheint insgesamt als schlüssig. Die von Dr. med. G._____ im Rahmen des zweiten IV-Verfahrens festgelegte funktionelle Leistungsfähigkeit hat somit nach wie vor Gültigkeit. Der Antrag der Beschwerdeführerin auf eine Begutachtung auf dem Gebiet der Neurologie ist in antizipierter Beweiswürdigung abzuweisen, da nicht zu erwarten ist, dass eine solche Begutachtung mit Bezug auf den Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung neue Erkenntnisse bringen wird (BGE 134 I 140 E. 5.3).

E. 9

Aus den schlüssigen und voll beweiskräftigen Berichten des RAD-Arztes Dr. med. C._____ ist zusammenfassend festzustellen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwischen dem 18. September 2009 und dem 23. Juli 2012 nicht in rentenrelevanter Art und Weise verschlechtert hat. Es ist deshalb einerseits davon auszugehen, dass sie im Haushaltsbereich weiterhin nicht in relevantem Ausmass eingeschränkt ist. Andererseits könnte die Beschwerdeführerin im Falle der Verwertbarkeit der ihr zumutbaren Restarbeitsfähigkeit von 70 % in der angestammten - und vorliegend auch angepassten - ausserhäuslichen Tätigkeit im Rahmen des von ihr gewählten 70 %igen

Teilzeitpensums ein rentenausschliessendes Invalideneinkommen von mehr als 60 % des massgebenden Valideneinkommens erzielen. Da bereits ein Prozentvergleich ergibt, dass die Beschwerdeführerin keine rentenberechtigende Invalidität aufweist, erübrigt sich die Durchführung eines (bezahlten) Einkommensvergleichs (vgl. bspw. Urteil EVG I 816/05 vom 7. Juni 2006 E. 4.3 mit Hinweisen), zumal die Beschwerdeführerin im Haushaltsbereich nicht in rentenrelevanter Art und Weise eingeschränkt ist.

E. 10

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ergibt sich, dass die Vorinstanz das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin zu Recht mit Verfügung vom 23. Juli 2012 abgewiesen hat, da keine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin zwischen dem 18. September 2009 und dem 23. Juli 2012 eingetreten ist. Die Beschwerde erweist sich daher als unbegründet und ist abzuweisen.

E. 11.1

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin als vollumfänglich unterlegene Partei die Kosten des Verfahrens trägt (Art. 63 Abs. 1 VwVG, Art. 1 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Diese werden praxisgemäss auf Fr. 400.- festgelegt und mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 409.05 verrechnet. Der zu viel bezahlte Betrag von Fr. 9.05 ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten.

E. 11.2

Der Beschwerdeführerin ist bei diesem Ausgang des Verfahrens keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario). Die obsiegende Vorinstanz hat nach Art. 7 Abs. 3 VGKE ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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