

BVGer C-6572/2009 vom 12. Oktober 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-10-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6572_2009

FR: TAF C-6572/2009 du 12 octobre 2011

IT: TAF C-6572/2009 del 12 ottobre 2011

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20] sowie Art. 40 Abs. 2 [3. Satz] und Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.2

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressatin der angefochtenen Verfügung vom 18. September 2009 ist die Beschwerdeführerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist deshalb einzutreten.

E. 1.3

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

E. 1.4

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 18. September 2009 (act. 72), mit welcher das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente abgewiesen wurde. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist (zum massgeblichen zeitlichen Vergleichszeitpunkt vgl. E. 2.6. und 3. hiernach).

E. 1.5

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

E. 2

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

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) haben die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei ist im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA). Demnach richten sich die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 2.2

Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), ist der Leistungsanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445).

Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substanziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts [im Folgenden: BGer] 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der - sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind - gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. Trat der Versicherungsfall allerdings vor dem 1. Januar 2008 ein und wurde die Anmeldung bis spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht, so gilt das alte Recht (vgl. auch Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 18. September 2009 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]).

E. 2.3

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

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

E. 2.4

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des For-derbaren wird dabei weitgehend objektiv

bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 127 V 294 E. 4c in fine, 102 V 165; AHI 2001 S. 228 E. 2b).

E. 2.5

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung). Laut Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1). Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: BGer) stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c). Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

E. 2.6

Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden

Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 64 E. 5.2.3, 125 V 410 E. 2b, 117 V 198 E. 4b). Tritt die Verwaltung - wie im vorliegenden Fall - 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 (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach aArt. 41 IVG (heute: Art. 17 Abs. 1 ATSG; BGE 105 V 29) - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b). Dies gilt jedoch nur in Fällen wie dem vorliegendem, in dem seit der ersten (abweisenden) Verfügung vom 24. Oktober 2008 (doc. 65 resp. act. 13) keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mehr stattgefunden hat (für andere Fälle vgl. BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

E. 2.7

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). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen). Auf Stellungnahmen der RAD resp. der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die

RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des BGer 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

E. 3

Wie bereits dargelegt (vgl. E. 2.6. hiervor), beurteilt sich die Frage, ob bei der Beschwerdeführerin eine wesentliche Änderung eingetreten ist, welche geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch im Sinne von Art. 17 ATSG zu beeinflussen, durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er zur Zeit der - soweit aus den Akten ersichtlich - unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 24. Oktober 2008 (doc. 65 resp. act. 13) bestanden hatte, mit demjenigen, wie er im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 18. September 2009 (act. 72) eingetreten war.

E. 3.1

Im Rahmen der Verfügung vom 24. Oktober 2008, mit welcher der Leistungsanspruch der Versicherten rechtskräftig verneint worden war, stützte sich die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht insbesondere auf die Gutachten der Dres. med. B._____ und C._____ vom 26. und 27. Oktober 2007 (doc. 27 und 28) resp. deren ergänzenden Stellungnahmen vom 22. Mai und 6. Juni 2008 (doc. 46 und 48) sowie die Beurteilungen der Dres. med. D._____ und F._____ vom RAD vom 20. August und 14. Oktober 2008 (doc. 52, 54 und 61). Der Psychiater und Psychotherapeut Dr. med. C._____ 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. C._____, 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. B._____, Facharzt für Rheumatologie, stellte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit keine rheumatologischen Diagnosen; ohne Auswirkungen nannte er eine Blockierung des Sakroiliakalgelenks rechts

(anamnestisch rezidivierend), eine Ansatzdendrose 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. B._____ 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. B._____ führte weiter aus, da aus rheumatologischer Sicht keine Diagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe gestellt werden können und auch jegliche leichte, mittelschwere und intermittierend schwere Arbeit zumutbar sei, fände sich die bidisziplinäre Gesamtbeurteilung im Gutachten von Dr. med. C._____. Dieser Facharzt führte diesbezüglich aus, als gemeinsame interdisziplinäre Beurteilung könne uneingeschränkt diejenige des psychiatrischen Gutachtens übernommen werden. Nachdem die Dres. med. B._____ und C._____ in ihren ergänzenden Stellungnahmen vom 22. Mai und 6. Juni 2008 an ihren Expertisen festgehalten hatten, befürwortet Dr. med. D._____ vom RAD - nach Einsicht in die Expertise von Prof. E._____ vom 7. Juli 2008 (doc. 51) - in ihrer Stellungnahme vom 20. August 2008 die Abweisung des Leistungsgesuches. Der RAD-Arzt Dr. med. F._____ führte am 14. Oktober 2008 aus, alle medizinischen Fakten, welche einen Einfluss auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit haben könnten, seien berücksichtigt worden. Die abschliessende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit durch die Gutachter basiere auf rein medizinischen Fakten und schliesse nicht medizinische "Unwahrheiten" aus. Die Untersuchung im L._____ habe auch keine pathologischen Befunde erbracht. Trotz ausgiebiger Abklärungen habe die Symptomatik der Versicherten nicht begründet werden können, was an verschiedenen Stellen auf eine "Somatisierungstendenz" abgeschoben werde.

E. 3.2

Im Zusammenhang mit der erneuten Anmeldung vom 21. November 2008 (Eingangsdatum: 23. Januar 2009; act. 14 bis 16) stützte sich die Vorinstanz insbesondere auf die Berichte von Dr. med. G._____ vom 23. Juni und 15. September 2009 sowie vom 6. April 2010 (act. 58, 71 und 76). Diese Beurteilungen sowie weitere aktenkundige medizinische Gutachten und Berichte sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

E. 3.2.1

Das CT des Schädels nativ vom 25. März 2008 ergab unter anderem eine sehr grosse Cisterna magna und sonst weitgehend normale Befunde (B-act. 1 Beilage 2.5). Dr. med. M._____, Facharzt für Innere Medizin (Kardiologie) erwähnte am 19. November 2008 einen Verdacht auf eine diastolische Relaxationsstörung (Septumnase ohne LVOT-Gradient in Ruhe; act. 53). Die Röntgenuntersuchung vom 28. November 2008 ergab keine Frakturen an Schädel, Knie links, HWS und Schulter links (B-act. 1 Beilage 2.4). Der Internist Dr. med. N._____ diagnostizierte im ärztlichen Teilgutachten vom 23. Dezember 2008 eine arterielle Hypertonie, eine Endometriose (anamnestisch), ein Asthma bronchiale in der Kindheit (anamnestisch), eine ätiologisch unklare zystische Raumforderung der Leber sowie einen Verdacht auf Sturzneigung und vertrat die Ansicht, dass die Versicherte aus internistischer Sicht in der Lage sei, eine regelmässige Erwerbstätigkeit in Vollzeit auszuüben (act. 54). Dr. med. O._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie,

diagnostizierte in seinem Teilgutachten vom 21. Januar 2009 Zustände nach HWS-Schleudertrauma und WS-Distorsion und erwähnte weiter, leichte Tätigkeiten seien während drei bis unter sechs Stunden zumutbar (act. 56). Dr. med. K._____ führte in seinem fachorthopädischen Gutachten vom 28. Mai 2009 zusammenfassend aus, eine Coccygodynie sei für das Beschwerdebild verantwortlich. Bei Sichtung der vorausgegangenen Beurteilungen sowie der durchgeführten Untersuchung könne im Bereich des Bewegungsapparates keine weitere Ursache für die von der Versicherten beschriebene Schmerzsymptomatik festgestellt werden. Aus diesem Grund sehe man auch die Arbeitsfähigkeit aus rein fachorthopädischer Sicht bei über sechs Stunden angesiedelt. Aufgrund der glaubhaft versicherten Beschwerden im Steissbeinbereich sollte allerdings eine sitzende Tätigkeit nicht bzw. nur nach entsprechender Sitzzurichtung mit Kissenring oder dergleichen durchgeführt werden (act. 67). Im Rahmen des Röntgenbefunds vom 8. Juni 2009 wurde eine Coxarthrose beidseits erwähnt (B-act. 1 Beilage 2.1). Die RAD-Ärztin Dr. med. G._____ führte - mit Blick auf den Bericht von Dr. med. P._____ vom 21. Oktober 2008 (B-act. 1, Beilage 2.3) am 23. Juni 2009 aus, neu sei der Nachweis eines beidseitigen Sulcus nervi ulnaris-Syndroms, wobei eine genaue Beschreibung der Klinik nicht vorliege. Ein Nervus ulnaris Kompressionssyndrom wäre mit einer operativen Dekompression ange- und zumutbar. Gemäss Dr. med. N._____ würden anamnestisch seit zirka zwei Jahren Störungen der Sensibilität und Feinmotorik der rechten Hand bestehen. Aber weder er noch der Neuropsychiater hätten bezüglich dieser Symptomatik irgendwelche klinische Befunde erhoben. Im Bericht der L._____ von April 2008 seien ebenfalls keine pathologischen Befunde erhoben worden. Der Händetremor sei bereits von Dr. med. Q._____ im Juni 2006 beschrieben worden. 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 (Januar 2009) bezeichnet werden. Die Relevanz für die Arbeitsfähigkeit dieser inkonstanten und schlecht objektivierbaren Befunde sei aber fraglich. Die Stürze seien bereits im Oktober 2008 bekannt gewesen. Es sei nach intensiven Abklärungen keine somatische Ursache gefunden worden. Die arterielle Hypertonie sei zu behandeln und bedeute keine Arbeitsunfähigkeit. Die von der Deutschen Rentenversicherung anerkannten Einschränkungen stützten sich vor allem auf die Angaben der Versicherten. Insgesamt könne mit den vorliegenden Unterlagen keine Verschlechterung seit Oktober 2008 belegt oder glaubhaft gemacht werden (act. 58). Im Rahmen der Beurteilung des Gutachtens von Dr. med. K._____ vom 28. Mai 2009 führte Dr. med. G._____ am 15. September 2009 aus, in dieser Expertise sei die Rede von Steissbeinschmerzen. Die Untersuchungsbefunde seien normal ausgefallen. Durch die empfohlenen Massnahmen (keine rein sitzende Tätigkeit oder zumindest nicht ohne Sitzring) ändere sich die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht (act. 71). Dr. med. R._____, Facharzt für Orthopädie, verordnete am 29. Oktober 2009 Therapiemassnahmen zufolge eines Zervikobrachialsyndroms links (ICD-10: M53.1 + LG) sowie eines chronischen Schmerzsyndroms (B-act. 6 Beilage 3). Dr. med. S._____, Facharzt für Neurologie, führte in seiner Beurteilung vom 27. November 2009 aus, diagnostisch sei eine beidseitige Ulnarisläsion vorbekannt, anamnestisch sei diesbezüglich eine umfassende Abklärung bereits erfolgt und eine Neurolyse vorgesehen. Im Bereich der unteren Extremitäten fände sich aktuell kein manifestes neurologisches Defizit, die evozierten Potenziale ergäben jedoch einen verzögerten Befund, ebenfalls anamnestisch vorbekannt. Die weiteren auswärtigen Befunde seien nicht bekannt; sofern bislang noch

nicht durchgeführt, wäre ein MRT der HWS zu diskutieren. Es werde eine Befundkontrolle bei unkompliziertem Verlauf in etwa sechs Monaten empfohlen (B-act. 6 Beilage 2). Nach Durchsicht und Würdigung dieser medizinischen Dokumente führte Dr. med. G._____ am 6. April 2010 zusätzlich aus, die Befunde der HWS seien schon bei der ersten IV-Anmeldung bekannt gewesen. Die Stürze im Jahre 2008 seien ohne strukturelle Folgen geblieben und eine Ursache habe nie gefunden werden können; eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit 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 bedinge eine Expositionsprophylaxe für diese Substanz, jedoch keine generalisierte Arbeitsunfähigkeit. Weiter gab Dr. med. G._____ den Inhalt weiterer Berichte zusammengefasst wieder (act. 76).

E. 3.3.1

Betreffend die nach dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 18. September 2009 verfassten, vorstehend zusammengefasst wiedergegebenen ärztlichen Berichte/Gutachten ist festzustellen, dass diese im vorliegenden Verfahren ebenfalls Berücksichtigung finden. Sie nehmen (teilweise rückwirkend) Bezug auf den - bereits im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids vorliegenden - Gesundheitszustand, stehen demnach mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang und sind geeignet, die Beurteilung zur Zeit des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b; ZAK 1989 S. 111 E. 3b mit Hinweisen; vgl. aber E. 3.3.6. hiernach).

E. 3.3.2

Bei den Stellungnahmen von Dr. med. G._____ handelt es sich um Berichte im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG. Sinn und Zweck des im Rahmen der 5. IV-Revision (Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006; AS 2007 5129 ff.) neu geschaffenen, seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden und vorliegend anwendbaren Art. 59 Abs. 2bis IVG sowie des neu gefassten 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 9C_323/2009 des BGer 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 entscheidungsrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5).

E. 3.3.3

Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.7 hiervor), 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. Obwohl Dr. med. G. _____ als Fachärztin für Allgemeinmedizin nicht über einen (oder mehrere) Facharztstitel auf den Gebieten Neurologie, Psychiatrie, Orthopädie und/oder Innere Medizin verfügt, kommt ihren Stellungnahmen aufgrund der bei der Beschwerdeführerin zwar zahlreich vorhandenen, aber nicht überaus schwerwiegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen Gewicht zu resp. sind diese als beweiskräftig zu qualifizieren. Da Dr. med. G. _____ insbesondere die ärztlichen (Teil-)Gutachten der Dres. med. N. _____, Facharzt für Innere Medizin, O. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und K. _____, Facharzt für Orthopädie, vom 23. Dezember 2008 (act. 54), 21. Januar 2009 (act. 56) und 28. Mai 2009 (act. 67) sowie andere Berichte von weiteren Fachärzten (B-act. 6 Beilage 2, 18 Beilage 3; vgl. auch Beilagen 1, 2 und 4) zur Verfügung gestanden hatten, konnte im Rahmen des vorliegend zu beurteilenden Falles auf das Einholen von weiteren Berichten entsprechend ausgebildeter Spezialärztinnen und -ärzte verzichtet werden. Das gilt auch für die von Dr. med. K. _____ in seinem fachorthopädischen Gutachten vom 28. Mai 2009 im Zusammenhang mit der posttraumatischen psychischen Veränderung befürwortete zusätzliche Begutachtung; dies insbesondere deshalb, weil der Psychiater und Neurologe Dr. med. O. _____ kurze Zeit vorher in seinem Teilgutachten vom 21. Januar 2009 keine Diagnosen in psychiatrischer Hinsicht gestellt hatte resp. weder eine schwerwiegende Depression noch kognitive Störungen auszumachen gewesen waren. Aus diesen Gründen war Dr. med. G. _____ als Fachärztin für Allgemeine Medizin durchaus in der Lage, die Leiden der Beschwerdeführerin resp. deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit beurteilen zu können. Dr. med. G. _____ attestierte der Beschwerdeführerin zufolge der bei dieser vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen ab 20. August (recte: September) 2004 eine 30%ige Arbeits- resp. Leistungsunfähigkeit sowohl in der bisherigen Arbeit als auch in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit. Diese Beurteilung ist mit Blick auf die gesamten gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin nachvollziehbar, und es ist - aufgrund der objektiven Festlegung der IV-rechtlich massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit (vgl. E. 2.7 und insb. E. 3.3.2. hiervor; vgl. auch Urteil des BGer 9C_1053/2010 vom 28. Januar 2011) - von einem genügend detaillierten und somit rechtsgenügenden Zumutbarkeitsprofil auszugehen resp. ist rechtsgenügend erstellt, dass sich der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin im massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 18. September 2009 (vgl. E. 3. Hiervor) weder im Erwerbsbereich noch im Bereich der Haushaltsführung - die Beschwerdeführerin vermag die Mehrheit der im Haushalt anfallenden Arbeiten selbstständig zu verrichten (act. 28) - in rentenrelevantem Ausmass verschlechtert hat. Die von Dr. med. G. _____ angenommene Einschränkung in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin stimmt auch weitgehend mit der Beurteilung von Dr. med. N. _____ vom 23. Dezember 2008, wonach die letzte berufliche Tätigkeit

während sechs Stunden und mehr ausgeübt werden könnte (act. 54), überein. In Übereinstimmung damit steht auch die im neurologisch-psychiatrischen Teilgutachten vom 21. Januar 2009 gemachte Beurteilung, denn gemäss dieser Expertise ist es der Beschwerdeführerin ebenfalls möglich, in leichten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes drei bis unter sechs Stunden zu arbeiten (act. 56). Keine Divergenzen ergeben sich darüber hinaus aus dem fachorthopädischen Gutachten von Dr. med. K._____ vom 28. Mai 2009 (act. 67). Dass die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Reinigungsbereich (act. 29) nur noch unter drei Stunden arbeiten könne (vgl. act. 55), ist unter diesen Umständen und mangels entsprechender rechtsgenügender Begründung nicht nachvollziehbar. Schliesslich kann auch weiteren, im vorliegenden Verfahren zu berücksichtigenden Arztberichten bereits aufgrund des Umstands, dass sich diese nicht zur zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit geäussert haben, keine (volle) Beweiskraft zukommen (act. 52, 53; B-act. 1 Beilagen 2.3 und 2.4, B-act. 6 Beilagen 1 und 2, 14 Beilage 3).

E. 3.3.4

Aus den schlüssigen und voll beweiskräftigen Berichten von Dr. med. G._____ ist zusammenfassend festzustellen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwischen dem 24. Oktober 2008 und 18. September 2009 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 Versicherte im Falle der Verwertung 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. Entscheid I 816/05 des EVG vom 7. Juni 2006, E. 4.3 mit Hinweisen), zumal die Beschwerdeführerin im Haushaltsbereich nicht in rentenrelevanter Art und Weise eingeschränkt ist.

E. 3.3.5

Betreffend die nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. September 2009 im Rahmen des hängigen Beschwerdeverfahrens eingegangenen ärztlichen Berichte von Dr. med. T._____ vom 4. Dezember 2009 (Operationsbericht; Diagnose: Sulcus Ulnaris Syndrom rechts; Therapie: Neurolyse des Nervus ulnaris im Sulcus rechts [B-act. 6 Beilage 1]), des U._____ vom 25. Mai und 11. Juni 2010 betreffend die am 7. Juni 2010 erfolgte operative Laparoskopie bei seit Jahren bestehenden chronischen Unterbauchschmerzen mit neurologischer Ausfallsymptomatik und regelrechtem postoperativen Verlauf (B-act. 18 Beilagen 1 bis 4) sowie von Dr. med. V._____ vom 4. November 2010 (B-act. 22 Beilage 1) ist festzustellen, dass das Bundesverwaltungsgericht die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung in der Regel nach dem Sachverhalt beurteilt, wie er zur Zeit ihres Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b mit Hinweis). Die vorstehend erwähnten medizinischen Dokumente wurden nach Verfügungserlass erstellt und erlauben keine direkten und unmittelbaren Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Beschwerdeverfahrens am 18. September 2009 bestehende Situation. Mit anderen Worten sind die Berichte von Dr. med.

T._____ (Ulnarisproblematik), des U._____ sowie von Dr. med. V._____, worin unter anderem ein Mastdarmvorfall (Rektumprolaps) und eine seitliche Ausstülpung der Enddarmwand (Rektozele) diagnostiziert wurden, nicht geeignet, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses entscheidend zu beeinflussen (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b in fine und BGE 116 V 80 E. 6b). Diese Berichte sind aber an die Vorinstanz zu überweisen, damit sie den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin nach dem Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 18. September 2009 beurteilt. Im Rahmen dieser Beurteilung ist auch das in Deutschland wegen vermuteter ärztlicher Behandlungsfehler in Auftrag gegebene Gutachten, welches in sechs bis neun Monaten vorliegen sollte (B-act. 28), zu berücksichtigen. Dass die weitere (gesundheitliche) Entwicklung ab September 2009 im Rahmen eines weiteren Verwaltungsverfahrens zu prüfen ist, stellte im Übrigen auch die Vorinstanz in ihrer Eingabe vom 30. Juni 2010 (B-act. 20) nicht in Abrede.

E. 4

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass keine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin zwischen dem 24. Oktober 2008 und dem 18. September 2009 (vgl. E. 3. hiervor) eingetreten ist. Die angefochtene Verfügung vom 18. September 2009 erweist sich demnach als rechtens, weshalb die dagegen erhobene, am 20. Oktober 2009 beim Bundesverwaltungsgericht eingegangene Beschwerde abzuweisen ist. Die Akten sind an die Vorinstanz zur Prüfung des Leistungsanspruchs nach dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 18. September 2009 zu überweisen.

E. 5

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

E. 5.1

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. Hinsichtlich des Antrags der Beschwerdeführerin, sie sei von den Verfahrenskosten zu befreien, da sie durch die gesundheitlichen Beschwerden stark beeinträchtigt sei, ist Folgendes zu bemerken: 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). Zwar erzielt die Beschwerdeführerin seit 1. August 2008 in der Büro- und Industriereinigung bloss noch ein bescheidenes Einkommen (act. 29). Sie baute sich jedoch nach dem Tod ihrer Mutter mit dem geerbten Geld ein Haus in Frankreich, welches im September 2007 fertig gestellt worden war (doc. 27 S. 9). Aufgrund dieses Vermögenswertes erhält die Beschwerdeführerin auch keine Hartz-IV-Unterstützung (act. 56 S. 3). Zuzufolge dieser Umstände ist keine Bedürftigkeit ausgewiesen resp. steht der Beschwerdeführerin - insbesondere unter Berücksichtigung der tieferen Lebenshaltungskosten in Deutschland (73 % der Kosten in der Schweiz per 2010; vgl. Preisindices der OECD; abgerufen am 26. September 2011 unter www.swissemigration.ch Länder Deutschland) - deutlich mehr als ein ihr allenfalls zuzugestehender "Notgroschen" (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C_874/2008 vom 11. Februar 2009 E. 2.2.2 mit weiteren Hinweisen) zur Verfügung. Deshalb ist ohne weitere Prüfung davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nicht derart bedürftig ist, dass sie von der Bezahlung der

Gerichtskosten befreit werden müsste und dass sie durch die eigene Kostenübernahme in ihrer normalen Lebensführung zu sehr eingeschränkt würde. Das Begehren um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege ist allein schon aus diesem Grund abzuweisen resp. braucht die Aussichtslosigkeit nicht mehr geprüft werden.

E. 5.2

Die Verfahrenskosten sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. Art. 63 Abs. 1 VwVG). Sie werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache, der finanziellen Lage der Beschwerdeführerin und insbesondere der Art der Prozessführung auf Fr. 400.- festgesetzt (vgl. Art. 63 Abs. 4bis VwVG in Verbindung mit Art. 1, Art. 2 Abs. 1 und 2 sowie Art. 4 des Reglements über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]) und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

E. 5.3

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE), weshalb keine Parteientschädigung zuzusprechen ist.

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