



Urteil vom 29. April 2013

Besetzung

Richterin Eva Schneeberger (Vorsitz),
Richter Vito Valenti,
Richter Ronald Flury,
Gerichtsschreiberin Bianca Spescha.

Parteien

X. _____, Slowenien,
vertreten durch Dr. iur. Elisabeth Glättli, Rechtsanwältin,
Anwaltskanzlei glättli & partner, Stadthausstrasse 41,
Postfach 339, 8402 Winterthur,
Beschwerdeführerin,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenrente (Rentenrevision).

Sachverhalt:**A.**

Die [...] geborene, verheiratete X._____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin oder Versicherte) ist schweizerisch-slowenische Doppelbürgerin und wohnt in Slowenien. Von 1982 bis 1986 absolvierte sie eine Lehre als Zahntechnikerin, welche sie mit dem Fähigkeitsausweis abschloss. Sie arbeitete noch über die Geburt ihrer beiden Kinder (Jahrgang 1988 und 1991) hinaus bis im Jahr 1993 auf ihrem Beruf. Anschliessend war sie als Hausfrau und teilzeitlich als Tagesmutter tätig.

B.

Mit Formular vom 29. März 1999 meldete sich die Beschwerdeführerin bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (nachfolgend: IV-Stelle BL) zum Leistungsbezug an und machte geltend, seit Februar 1998 aufgrund einer Diskushernie arbeitsunfähig zu sein (vgl. kant. IV act. 4). Nach entsprechenden Abklärungen wurde ihr mit Verfügung vom 17. Juli 2000 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 50 % eine halbe Invalidenrente ab 1. April 1999 zugesprochen (vgl. kant. IV act. 35). Nachdem die Beschwerdeführerin ihren Wohnsitz in den Kanton Zürich verlegte, wurden die Akten der IV-Stelle Zürich (nachfolgend: IV-Stelle ZH) überwiesen (vgl. kant. IV act. 36).

C.

Von April 2001 bis Mai 2002 arbeitete die Beschwerdeführerin als Teilzeitverkäuferin (vgl. kant. IV act. 37). Mit Gesuch vom 29. Juli 2002 machte die Beschwerdeführerin geltend, wegen einer Zunahme ihrer Rückenbeschwerden sei ihr die Ausübung dieser Tätigkeit nicht mehr möglich und beantragte eine Rentenerhöhung (vgl. kant. IV act. 39). In der Folge nahm die IV-Stelle ZH Abklärungen vor und sprach der Versicherten mit Wirkung ab 1. August 2002 eine ganze Invalidenrente zu. Anlässlich einer Revision im Jahr 2005 wurde – nach Einholen von Arztberichten – die ganze Invalidenrente mit Mitteilung vom 29. Juli 2005 bestätigt (vgl. kant. IV act. 81).

D.

Da die Beschwerdeführerin im Juli 2005 aus der Schweiz ausreiste und seither in Slowenien lebt, wurden die Unterlagen zuständigkeitshalber an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA (nachfolgend: Vorinstanz) weitergeleitet (vgl. kant. IV act. 68 und 82). Aufgrund dieses Wohnsitzwechsels teilte die Vorinstanz der Beschwerdeführerin am 4. Juli 2005

mit, dass weiterhin eine ganze Invalidenrente ausgerichtet werde und setzte den Invaliditätsgrad weiterhin auf 100 % fest (vgl. IV act. 1.1).

E.

Am 25. November 2009 leitete die Vorinstanz ein Revisionsverfahren ein. Die Beschwerdeführerin beantwortete diverse Fragen und reichte diverse Berichte der behandelnden Ärzte ein (vgl. IV act. 7-43).

Nach Einholen eines RAD-Berichtes von Dr. med. A. _____ vom 3. März 2010 (vgl. IV act. 47) wurde das Zentrum für Medizinische Begutachtung in Basel mit der interdisziplinären Begutachtung der Beschwerdeführerin beauftragt. Dieses hielt in ihrem Gutachten (nachfolgend: MEDAS-Gutachten) vom 13. Januar 2011 fest, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der gestellten Diagnosen in ihrer angestammten Tätigkeit als Zahntechnikerin als voll arbeitsfähig betrachtet werden könne (vgl. IV act. 78).

F.

Mit Vorbescheid vom 4. April 2011 teilte die Vorinstanz der Beschwerdeführerin mit, dass die bisher bezahlte ganze Invalidenrente durch eine Viertelsrente ersetzt würde (vgl. IV act. 84).

Mit Eingabe vom 15. April 2011 nahm die Beschwerdeführerin zum Vorbescheid Stellung und reichte diverse medizinische Unterlagen ein (vgl. IV act. 86).

Nach mündlicher Rücksprache mit den RAD-Ärzten reduzierte die Vorinstanz mit Verfügung vom 8. Dezember 2011 die ganze Invalidenrente ab dem 1. Februar 2012 auf eine Viertelsrente (vgl. IV act. 93).

G.

Gegen diese Verfügung erhob die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 27. Januar 2012 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr sei weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten.

H.

Mit Zwischenverfügung vom 8. März 2012 hiess die Instruktionsrichterin des Bundesverwaltungsgerichts das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtspflege und um unentgeltliche Verbeiständung gut.

I.

Mit Vernehmlassung vom 27. April 2012 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der Verfügung vom 8. Dezember 2011.

J.

Mit Replik vom 1. Juni 2012 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest und machte ergänzende Ausführungen.

K.

Duplicando fügte die Vorinstanz am 11. Juni 2012 den in der Vernehmlassung getroffenen Feststellungen nichts bei und beantragte erneut die Abweisung der Beschwerde.

L.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird – sofern erforderlich und rechtserheblich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**1.**

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.

1.2 Gemäss 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. d^{bis} VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) auf die Invalidenversiche-

nung (Art. 1a – 26^{bis} und 28 – 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

1.3 Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der Vorinstanz vom 8. Dezember 2011. Die Beschwerdeführerin hat frist- und formgerecht Beschwerde erhoben (Art. 60 ATSG). Als Adressantin der angefochtenen Verfügung ist sie besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Damit ist auf die Beschwerde einzutreten.

2.

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).

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).

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 blosser 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).

3.

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

3.1 Die Beschwerdeführerin ist schweizerisch-slowenische Doppelbürgerin und lebt in Slowenien. Das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits

über die Freizügigkeit (Freizügigkeitsabkommen, nachfolgend: FZA, SR 0.142.112.681) ist somit anwendbar (Art. 80a IVG). Das FZA 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 Bürger 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, die Berechnung des Invaliditätsgrades und der Rentenhöhe auch nach 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).

Noch keine Anwendung finden vorliegend auch die am 1. April 2012 in Kraft gesetzten Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 977/2009 des Europäischen Parlaments und Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die der Systeme der sozialen Sicherheit.

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. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 11. Dezember 1981 i.S. D).

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). Damit finden im vorliegenden Verfahren grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. Dezember 2011 in Kraft standen (Bestimmungen der 5. IV-Revision). Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

3.3 Bezüglich der vorliegend auf Grund von Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG zu berücksichtigenden ATSG-Normen zur Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) und zur Bestimmung des Invaliditätsgrades (Art. 16) hat das Schweizerische Bundesgericht (vormals Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) erkannt, dass es sich bei den in Art. 3-13 ATSG enthaltenen Legaldefinitionen in aller Regel um eine formellgesetzliche Fassung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den entsprechenden Begriffen vor In-Kraft-Treten des ATSG handelt und sich inhaltlich damit keine Änderung ergibt, weshalb die hierzu entwickelte Rechtsprechung übernommen und weitergeführt werden kann (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3).

4.

Streitig ist vorliegend, ob die Vorinstanz zu Recht die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente wegen Änderung des Invaliditätsgrades auf eine Viertelsrente reduziert hat, wobei die Frage im Zentrum steht, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in rentenrelevanter Weise verbessert hat bzw. ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist.

Nachfolgend sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden gesetzlichen Grundlagen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

4.1 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).

4.2 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 Dreiviertelrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelrente.

4.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei erwerbstätigen Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG; allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1, BGE 104 V 135 E. 2a und b; ZAK 1990 S. 518 E. 2).

4.4 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 Verweigerungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.).

4.5 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.

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 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, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Auch die Stellungnahmen des RAD müssen den allgemeinen beweisrechtlichen 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 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 Anforde-

runger der Rechtsprechung entspricht und die im konkreten Fall erforderlichen Untersuchungen vorgenommen und dokumentiert wurden.

4.6 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

Anlass zur Rentenrevision gibt nach der Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b; AHI 1997 S. 288 E. 2b). Die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung ist von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiter andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Die Herabsetzung der Renten erfolgt am ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88^{bis} Abs. 2 Bst. a IVV; vgl. BGE 135 V 306 E. 7).

Dagegen ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts kein Revisionsgrund; unterschiedliche Beurteilungen sind revisionsrechtlich nur dann beachtlich, wenn sie Ausdruck von Änderungen der tatsächlichen Verhältnisse sind (siehe BGE 115 V 313 E. 4a/bb mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a). Identisch gebliebene Diagnosen schliessen eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung des tatsächlichen Leistungsvermögens (Arbeitsfähigkeit) grundsätzlich nicht aus. Dies gilt namentlich dann, wenn der Schweregrad eines Leidens sich verringert hat oder es der versicherten Person gelungen ist, sich besser an das Leiden anzupassen. Ob eine derartige tatsächliche Änderung vorliegt oder aber eine revisionsrechtlich unbeachtliche abweichende ärztliche Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustandes, bedarf auch mit Blick auf die mitunter einschneidenden Folgen für die versicherte Person einer sorgfältigen Prüfung. Dabei gilt der Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit; die blosse Möglichkeit einer Verbesserung tatsächlicher Art genügt nicht (Urteil BGer 9C_88/2010 vom 4. Mai 2010 E. 2.2.2 mit Hinweis).

Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich mit dem Sachverhalt, auf dem die letzte rechtskräftige Verfügung beruhte, bei der eine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs vorgenommen wurde (BGE 133 V 108 E. 5.4).

4.7 Im vorliegenden Fall wurde eine derartige materielle Abklärung vorgenommen, bevor mit Verfügung vom 1. April 2003 die letzte Rentenerhöhung erfolgte. Der entsprechende Sachverhalt bildet daher den massgeblichen Referenzpunkt für die Frage, ob sich der gesundheitliche Zustand sowie die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in rentenrelevantem Ausmass verbessert hat.

4.8 Aus den Akten ergibt sich diesbezüglich folgendes:

4.8.1 Bereits im Vorfeld der ursprünglichen Rentenzusprechung vom 21. Juli 1999 waren verschiedene Röntgenaufnahmen erstellt worden. So ergab sich offenbar aus dem CT der LWS vom 24. April 1998 als Ursache für die radikulären Beschwerden eine mediolateral linksgelegene Diskusprotrusion beziehungsweise –herniation im Segment L5/S1 (vgl. kant. IV act. 8).

Weiter war offenbar am 11. August 1998 ein MRI der LWS durchgeführt worden, das eine paramediane Diskusprotrusion über dem Segment L5/S1 links ohne sichere Wurzelirritation gezeigt habe (vgl. kant. IV act. 7).

Dagegen ergab ein MRI der LWS vom 11. September 1998 nur eine ganz diskrete flache linksseitige Diskusprotrusion L5/S1 sowie eine leichte Dehydratation der Bandscheibe L5/S1 (vgl. kant. IV act. 10).

Prof. Dr. med. B._____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital C._____, bezieht sich in seinem Bericht vom 27. Oktober 1999 auf ein MRI von ungenanntem Datum, aus dem sich ergebe, dass die unterste, aber auch schon die zweitunterste Bandscheibe etwas dehydriert, jedoch von der Höhe und der Stabilität her nicht beeinträchtigt seien (vgl. kant. IV act. 27).

4.8.2 Die Verfügung vom 1. April 2003, mit der die Rente der Versicherten auf deren Antrag erhöht wurde, basierte im Wesentlichen auf dem Bericht des Universitätsspitals D._____ vom 16. August 2002. Darin wurden bei der Beschwerdeführerin insbesondere folgende Leiden diagnostiziert:

- chronisches lumboradikuläres Syndrom links mit/bei
 - Reiz- und leichtes Ausfallsyndrom S1
 - Diskushernie L5/S1 mediolateral linksbetont
- ausgeprägte ISG-Symptomatik bds.
- vorderer und hinterer Fersensporn bds., linksbetont
- reaktive rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
- Adipositas

In Bezug auf die in Frage stehenden Rückenschmerzen basierte diese Diagnose insbesondere auf einem MRI LWS der Klinik E._____ vom 14. Juni 2001, aus dem sich leichte Bandscheibendegenerationen L4/5 und L5/S1 sowie eine leichte Protrusion L5/S1 mediolateral links ohne Wurzelkompression ergebe (vgl. kant. IV act. 42).

4.9 Anlässlich der Revision im Jahr 2005 wurde zwar die ganze Invalidenrente der Beschwerdeführerin bestätigt; in Bezug auf die in Frage stehenden Rückenschmerzen erfolgten indessen, soweit aktenkundig, keine Abklärungen.

4.10 Für die neuerliche Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit stützte sich die Vorinstanz hauptsächlich auf das MEDAS-Gutachten vom 13. Januar 2011. Daraus ergibt sich im Einzelnen Folgendes:

4.10.1 Dr. med. F._____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, hielt betreffend den allgemeinen und internistischen Zustand der Beschwerdeführerin nebst der Adipositas einzig die Diagnose des Prolaktinom der Hypophyse fest, wobei aktuell normale Prolaktinwerte unter Therapie bestünden, und führte aus, dass diese Diagnose zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe.

4.10.2 Dr. med. G._____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, stellte bei der Beschwerdeführerin folgende rheumatologische Diagnosen:

- Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit intermittierenden pseudoradiculären Schmerzen linksseitig
- Aktuell keine motorischen Ausfälle der unteren Extremitäten, beim Stresstest der LWS Auslösen einer pseudoradiculären Reizsymptomatik linksseitig
- MRT der LWS vom 12.11.2010: Keine radiculäre Kompression
- Muskuläre Dysbalance und muskuläre Dekonditionierung
- Cervicospondylogenes Schmerzsyndrom
- Muskuläre Dysbalance der paravertebralen Muskulatur
- MRT der HWS vom 12.11.2010: Nur geringe degenerative Veränderungen ohne Wurzelkompression

Er führte weiter aus, die Beschwerdeführerin habe anlässlich der rheumatologischen Untersuchung über chronische lumbosacrale Schmerzen mit konstanten Exazerbationen und Schmerzausstrahlung zum Teil bis zur Ferse linksseitig geklagt sowie über ein linksbetontes Einschlafen beider Hände während des Schlafens sowie über Schmerzen, welche von der Nackenregion über die linke Schulter bis zu allen Fingern linksseitig ausstrahlten. Bei der klinischen Untersuchung im Bereich der HWS hätten sich keine radiculären Symptome gefunden, weder in Form einer Reizsymptomatik beim Stresstest der HWS noch in Form einer motorischen Ausfallsymptomatik im Bereich der oberen Extremitäten. Radiomorphologisch zeigten konventionelle Röntgenbilder der HWS eine diskrete Veränderung der HWS ohne Hinweise auf eine segmentale Instabilität. Aus dem MRT der HWS vom 12. November 2010 ergäben sich geringe Degenerationen der HWS ohne Hinweise auf Wurzelkompression. Im Bereich der LWS finde sich eine segmentale Dysfunktion vor allem auf Höhe L5/S1 mit Auslösen einer pseudoradiculären Symptomatik linksseitig. Das MRT der LWS vom 12. November 2010 zeige keine Kompression der Nervenwurzeln im lumbalen Bereich. Gegenüber der Voruntersuchung im Jahre 2001 (MRT vom 14.05.2001) bestehe eine deutliche Besserung mit vollständiger Rückbildung der neuroforaminalen Kompression.

Es habe sich ein positives Tinelzeichen sowohl im Bereich beider Nn. mediani bds. rechtsbetont als auch im Bereich des N. ulnaris linksseitig klinisch feststellen lassen. Dabei verwies Dr. med. G. _____ auf die Ausführungen des Neurologen. Läsionen am Bewegungsapparat liessen sich nicht mehr feststellen; insbesondere keine Hinweise auf eine Persistenz der Schmerzsymptomatik im Bereich der Fersen.

Aufgrund der heute leichtgradigen degenerativen Veränderung der LWS und der HWS lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Jegliche Haushaltstätigkeit sei im eigenen Tempo zumutbar.

4.10.3 Dr. med. H._____, Facharzt Neurologie, stellte folgende neurologische Diagnosen:

- Chronisches lumbales Schmerzsyndrom
- mögliche residuelle radikuläre sensible Ausfallsymptomatik der Wurzel S1 links bei Status nach medio-linkslateraler Diskusprotrusion 02/00
- Zervikobrachialgie links unklarer Ursache
- Mikroadenom der Hypophyse
 - unter Bromocriptin ohne Hyperprolaktinämie
 - kernspintomographisch im Verlauf grössenkonsistent
- Verdacht auf Migräne ohne Aura

Des Weiteren führte Dr. med. H._____ in seiner Beurteilung aus, dass die aktuellen MRI-Bilder der LWS einen altersentsprechend normalen Befund ergäben, insbesondere ohne Hinweise auf eine Wurzelkompression. Zusammengefasst liege abgestützt auf die objektivierbaren Befunde deskriptiv ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom vor, wobei unter Berücksichtigung der Vor-MRI-Befunde eine residuelle radikuläre sensible Ausfallsymptomatik der Wurzel S1 links nicht auszuschliessen sei. Aufgrund der Anamnese und der angegebenen Sensibilitätsstörung wäre eine intermittierende radikuläre Reiz- und eine persistierende sensible Ausfallsymptomatik der Wurzel C8 links möglich. Diese Annahme könne aber aufgrund des normalen MRI der HWS nicht weiter erhärtet werden.

Zusammengefasst seien die angegebenen Beschwerden und objektivierbaren Befunde sowohl im Bereich der LWS wie auch der HWS diskrepant, so dass – bei initial zumindest lumbal somatisch erklärbaren Beschwerden – von einer relevanten Schmerzfehlerverarbeitung im Verlauf auszugehen sei.

Das seit 2005 bestehende Mikroadenom der Hypophyse beeinträchtige die Beschwerdeführerin im Alltag nicht. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen intermittierend vorhandenen Kopfschmerzen hätten gemäss der Beschwerdeführerin in letzter Zeit deutlich nachgelassen.

4.10.4 Dr. med. I. _____ hielt anlässlich der ophthalmologischen Untersuchung fest, dass bei der Beschwerdeführerin eine kleine Refraktionsanomalie im Sinne einer Myopia parva bei voller Sehschärfe bestehe. Die Beschwerdeführerin sei vom Ophthalmologischen her voll arbeitsfähig. Der vergrösserte blinde Fleck sei ohne funktionelle Bedeutung. Er sei aber im Zusammenhang mit der partiellen Opticusatrophie rechts zu sehen, so dass eine weitere Abklärung bezüglich möglichem Kompressionschaden durch das Adenom der Hypophyse in Betracht zu ziehen wäre, zumal bei der Untersuchung im Jahr 2006 die Papillenomalie nicht beschrieben werde.

4.10.5 Dr. med. J. _____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, stellte bei der Beschwerdeführerin folgende psychiatrische Diagnosen:

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- histrionisch akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z 73.1) im Sinne einer Abwehr, einer depressiven Seite im Sinne von
- Problemen durch negative Kindheitserlebnisse (ICD-10 Z 61.2)

Weiter führte Dr. med. J. _____ aus, dass aus somatischer bzw. psychosomatischer Ebene ein Symptomenkomplex vorliege, der von seiner Zusammensetzung und Charakteristik her aus psychiatrischer Sicht eindeutig für ein psychosomatisches Geschehen spreche, welches auch von vegetativen Symptomen begleitet werden und somatisch schwierig zu erklären sei. Man müsse davon ausgehen, dass die Schmerzsymptomatik Ausdruck des seelischen Schmerzes und der verdrängten depressiven Seite in der Lebensgeschichte der Beschwerdeführerin sei. Im Zusammenhang mit der Frage der Überwindbarkeit dieser psychosomatischen Schmerzstörung könne bezüglich der in der Rechtsprechung zur Anwendung kommenden Foerster-Kriterien ausgesagt werden, dass keine ausgewiesene schwere psychische Komorbidität bestehe, es würden sich auch keine schweren körperlichen Begleiterkrankungen finden. Die gegenwärtig somatisch begründbaren Probleme seien offenbar geringfügiger Natur. Ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens finde sich nicht, die Beschwerdeführerin habe gute soziale Kontakte. Sicher könne davon ausgegangen werden, dass ein innerseelischer Verlauf bzw. die Abwehr von seelisch belastenden Faktoren in Kindheit und Jugend in psychosomatische Symptome transferiert würden. Ob dieser innerseelische Verlauf verfestigt und therapeutisch nicht mehr angebar sei, könne nicht mit Sicherheit gesagt werden, hingegen könne ausgesagt werden, dass bis anhin kein adäquater psychotherapeutischer

Versuch unternommen worden sei, diese doch bewusstseinsnahe beziehungsweise bewusst belastende Vergangenheit aufzuarbeiten. Von unbefriedigenden Behandlungsergebnissen trotz konsequent durchgeführten ambulanten und stationären Behandlungsbemühungen könne nicht gesprochen werden.

4.10.6 Zusammenfassend stellten die Gutachter der Beschwerdeführerin in ihrer interdisziplinären Beurteilung folgende Diagnosen:

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit intermittierendem pseudoradiculären Schmerzen linksseitig
- Aktuell keine motorischen Ausfälle der unteren Extremitäten, beim Stresstest der LWS Auslösen einer pseudoradiculären Reizsymptomatik linksseitig
- MRT der LWS vom 12.11.2010: keine radiculäre Kompression
- Muskuläre Dysbalance und muskuläre Dekonditionierung
- Cervicospondylogenes Schmerzsyndrom
- Muskuläre Dysbalance der paravertebralen Muskulatur
- MRT der HWS vom 12.11.2010: Geringe degenerative Veränderungen ohne Wurzelkompression

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Mikroadenom der Hypophyse
 - unter Bromocriptin ohne Hyperprolaktinämie
- Verdacht auf Migräne ohne Aura
- Adipositas (BMI 36,5)
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- Histrionisch akzentuierte Persönlichkeitszüge
- Probleme durch negative Kindheitserlebnisse
- Myopia parva
- Partielle Opticusatrophie rechts

Im Vordergrund der Beschwerden der Beschwerdeführerin stehe ein chronisches lumbovertebrales und cervicobrachiales Schmerzsyndrom bei muskulären Dysbalancen und muskulärer Dekonditionierung. Dabei zeigten die neuen Röntgenuntersuchungen, inklusive MRT von HWS und LWS, keine plausible, somatisch verstehbare Gründe für diese Schmerzproblematik. Es fänden sich nur geringe Degenerationen an den Wirbel-

körper und Bandscheiben der HWS, aber keine Nachweise von Nervenwurzelkompressionen oder Einengungen der Neuroforamina noch der Rezessus laterales. Auch die LWS zeige keine wesentlichen pathologischen Befunde, ein unauffälliges Myelon, keine Einengung des Spinalkanals, normale Bandscheibenhöhen bei lediglich in den Segmenten L4/5 und L5/S1 leichten Signalminderungen. Es könne keine Discusprotrusion nachgewiesen werden, keine Nervenwurzelkompression. Somit habe sich auf objektiver Ebene gegenüber den MRI-Voruntersuchungen von 2002 auf bildgebender Ebene eine Verbesserung des Zustandes eingestellt.

Es könne davon ausgegangen werden, dass zwischen 2002 und heute eine Verbesserung des objektivierbaren Befundes eingetreten sei. Wann genau dies stattgefunden habe, könne nicht gesagt werden. Retrograd beurteilt müsse man heute davon ausgehen, dass schon immer eine psychosomatische Überlagerung in der Gesamtbeurteilung des Beschwerdebildes eine wesentliche Rolle gespielt hätten. Eine graduelle Aufteilung allfällig somatischer Anteile mit den psychosomatischen sei nicht möglich.

In der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Zahntechnikerin lasse sich rein somatisch gesehen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Der psychosomatischen Symptomatik sei rein medizinisch ein gewisser Krankheitswert zuzubilligen. Dieser sei mit 30 % zu gewichten. Unter Einbezugnahme der Foerster-Kriterien müsse davon ausgegangen werden, dass der psychosomatische Krankheitsprozess als überwindbar gelte. Damit müsse die volle Arbeitsfähigkeit als Zahntechnikerin als gegeben beurteilt werden.

4.11 Die Vorinstanz und die RAD-Ärzte stützten sich auf das MEDAS-Gutachten und kamen zusammengefasst zum Schluss, dass dieses eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufzeige.

Die Beschwerdeführerin dagegen erachtet das MEDAS-Gutachten nicht als schlüssig, denn es enthalte verschiedene Fehler, Unvollständigkeiten und Widersprüche. Im Einzelnen rügt sie Folgendes:

4.11.1 So vermöchten die Ausführungen des rheumatologischen Teilgutachters Dr. med. G. _____ nicht zu überzeugen. Einerseits liessen seine Ausführungen darauf schliessen, dass er sich einzig zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Haushalt geäußert habe. Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit als Zahntechnikerin fehlten dagegen gänzlich. Eine

solche Einschätzung wäre aber zwingend notwendig gewesen, da die Arbeit als Zahntechnikerin sitzend und in Zwangshaltung ausgeführt werden muss. Andererseits sei eine deutliche Besserung des rheumatologischen Gesundheitszustandes nicht rechtsgenügend dargetan. Die Verbesserung des rheumatologischen Gesundheitszustandes werde von Dr. med. G._____ insbesondere dadurch begründet, dass das MRT der LWS vom 12. November 2010 keine Kompression der Nervenwurzeln im lumbalen Bereich mehr zeige, was gegenüber dem MRT der LWS vom 14. Mai 2001 der Uniklinik E._____ D._____, wonach eine intraforaminale Einengung auf Höhe L5/S1 linksseitig durch Bandscheibenmaterial vorgelegen habe, eine deutliche Besserung darstelle. Dieser Bericht der Uniklinik E._____ vom 14. Mai 2001 finde sich indessen nicht in den Akten und werde auch in der Aktenzusammenstellung des MEDAS-Gutachtens nicht erwähnt, weshalb gestützt auf diesen in den Akten fehlenden Bericht keine Verbesserung des rheumatologischen Gesundheitszustands angenommen werden könne. Eine leichte Wurzelkompression werde nur im Bericht von Dr. med. Scharen vom 2. März 2000 angenommen, ansonsten sei lediglich ein Verdacht auf Wurzelkompression geäußert worden, während sie im Bericht von Dr. med. B._____ vom 27. Oktober 1999 sogar klar verneint und höchstens eine Irritation der S1-Wurzel links, inkonstant, angenommen worden sei. Der von Dr. med. G._____ erhobene Befund und die von ihm gestellte Diagnose des chronischen lumbovertebrales Schmerzsyndroms mit intermittierendem pseudoradiculären Schmerzen linksseitig bzw. einer pseudoradiculären Reizsymptomatik linksseitig, ohne radikuläre Kompression, entspreche so dem schon immer diagnostizierten lumbalen Reizsyndrom mit Wurzelirritation und radikulärer Symptomatik und Bandscheibenschäden. Damit ergebe sich auch im MEDAS-Gutachten in Bezug auf die Rückenbeschwerden im Wesentlichen der genau gleiche Befund wie er seit der ersten Rentenzusprechung diagnostiziert worden sei.

Dieser Rüge kann nicht gefolgt werden. Bereits im Vorfeld der ursprünglichen Rentenzusprechung vom 21. Juli 1999 waren verschiedene Röntgenaufnahmen erstellt worden. So ergab sich offenbar aus dem CT der LWS vom 24. April 1998 als Ursache für die radikulären Beschwerden eine mediolateral linksgelegene Diskusprotrusion beziehungsweise – herniation im Segment L5/S1 (vgl. kant. IV act. 8). Weiter war offenbar am 11. August 1998 ein MRI der LWS durchgeführt worden, das eine paramediane Diskusprotrusion über dem Segment L5/S1 links ohne sichere Wurzelirritation gezeigt habe (vgl. kant. IV act. 7). Dagegen ergab ein MRI der LWS vom 11. September 1998 nur eine ganz diskrete flache linkssei-

tige Diskusprotrusion L5/S1 sowie eine leichte Dehydratation der Bandscheibe L5/S1 (vgl. kant. IV act. 10). Die Verfügung vom 1. April 2003, mit der die Rente der Versicherten auf deren Antrag erhöht wurde, basierte im Wesentlichen auf dem Bericht des Universitätsspitals D._____ vom 16. August 2002. In diesem Bericht wird insbesondere auf das MRI LWS der Klinik E._____ vom 14. Juni 2001 abgestellt, aus dem sich u.a. eine leichte Protrusion L5/S1 mediolateral links ohne Wurzelkompression ergebe habe (vgl. kant. IV act. 42).

In der Zusammenfassung des MEDAS-Gutachtens wird diesbezüglich klar ausgesagt, auf objektiver Ebene hätten sich gegenüber den MRI-Voruntersuchungen von 2002 auf bildgebender Ebene eine Verbesserung des Zustandes eingestellt. Die neuen Röntgenuntersuchungen, inklusive MRT von HWS und LWS, zeigten keine plausiblen, somatisch verstehbaren Gründe für die Schmerzproblematik mehr. Es fänden sich nur geringe Degenerationen an den Wirbelkörpern und Bandscheiben der HWS, aber keine Nachweise von Nervenwurzelkompressionen oder Einengungen der Neuroforamina noch der Rezessus laterales. Auch die LWS zeige keine wesentlichen pathologischen Befunde, ein unauffälliges Myelon, keine Einengung des Spinalkanals, normale Bandscheibenhöhen bei lediglich in den Segmenten L4/5 und L5/S1 leichten Signalminderungen. Es könne keine Discusprotrusion und keine Nervenwurzelkompression mehr nachgewiesen werden.

Es ergibt sich somit, dass die frühere Diagnose in objektiver Hinsicht insbesondere auf der festgestellten leichten Discusprotrusion basierte. Nach der Rückbildung dieser Protrusion in der Zwischenzeit ist nun offenbar keine objektiv feststellbare, somatisch verstehbare Ursache für die von der Beschwerdeführerin geklagten Rückenschmerzen mehr vorhanden. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz davon ausging, in orthopädischer Hinsicht sei eine wesentliche Besserung eingetreten.

4.11.2 Die Beschwerdeführerin rügt weiter, die Ausführung des neurologischen Teilgutachtens, Dr. med. H._____, eine persistierende, sensible Ausfallsymptomatik der Wurzel C8 links sei möglich, aber aufgrund der MRI nicht bestätigt, widerspreche den Feststellungen der Klinik K._____. Sowohl im Bericht der Klinik K._____ vom 12. Januar 2009 als auch im Bericht vom 1. Dezember 2008 seien aufgrund der EMG chronische Nervenschädigungen C8, TH1 und L5 links festgestellt wor-

den. Mit diesen Berichten habe sich der Neurologe der MEDAS nicht auseinandergesetzt.

Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht des Orthopäden Dr. med. L._____ vom 14. Oktober 2011 ein. Dieser Bericht verweist auf den Bericht eines Neurologen, welcher ein doppeltes Kompressionssyndrom und zwar eine leichte, verengte Läsion des Mediannerves im Bereich des Handgelenküberganges links festgestellt habe. Betroffen seien hauptsächlich die sensorischen Nervenfasern und es werde eine leichtere chronische Radikulopathie auf der Höhe der unteren HWS links bzw. auf Höhe L5 links festgestellt.

Dieser neurologische Bericht ist indessen nicht aktenkundig. Wie die Vorinstanz anlässlich ihrer internen Sitzung vom 19. September 2011 feststellte, war der MEDAS-Neurologe, Dr. med. H._____, dieser Frage nachgegangen und war aufgrund seiner Untersuchungen zum Schluss gelangt, dass keine Radikulopathie vorliege und dass die neurologischen Beschwerden keine funktionellen Auswirkungen hätten. In ihrer Vernehmung vom 27. April 2012 macht die Vorinstanz weiter geltend, dass eine allfällige Verschlimmerung des Karpaltunnelsyndroms (Kompressionssyndrom des Mediannerves im Bereich der Handwurzel) möglicherweise eine Operation notwendig machen könnte, bei welcher es sich jedoch um einen einfachen Eingriff handle, der nur eine Arbeitsunfähigkeit von ungefähr 6 Wochen verursachen würde.

4.11.3 Die Beschwerdeführerin kritisiert weiter, die Ausführungen des ophthalmologischen Teilgutachters Dr. med. I._____ vermöchten ebenfalls nicht zu überzeugen. Seine Feststellung, dass die Beschwerdeführerin über keine Beschwerden klage, sei unzutreffend und in Anbetracht der vorliegenden zahlreichen Berichte der Klinik K._____ auch unglaubwürdig. Der Gutachter gehe ungenügend auf die hohen Anforderungen ein, welche eine Berufstätigkeit als Zahnärztin an das Sehvermögen stelle.

Aus dem MEDAS-Gutachten ergibt sich, dass Dr. med. I._____ zwar eine deutliche Vergrößerung des blinden Flecks am rechten Auge feststellte. Gleichzeitig kam er jedoch auch zum klaren Schluss, dass dieser Fleck ohne funktionelle Bedeutung sei. Vom Ophthalmologischen her sei die Patientin voll arbeitsfähig.

Weiter ergibt sich aus der Zusammenfassung des MEDAS-Gutachtens, dass den untersuchenden Ärzten bewusst war, dass sie die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in Bezug auf deren gelernten Beruf als Zahntechnikerin zu beurteilen hatten, und dass sie in ihrer Beurteilung übereinstimmten. Die Rüge der Beschwerdeführerin erscheint daher als unbegründet.

4.11.4 In psychiatrischer Hinsicht rügt die Beschwerdeführerin, der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. J. _____ habe im Rahmen der MEDAS-Begutachtung erstmals eine somatoforme Schmerzstörung, histriionisch akzentuierte Persönlichkeitszüge und Probleme durch negative Kindheitserlebnisse diagnostiziert. Zu der bisher immer attestierten depressiven Störung äussere er sich jedoch nicht. Diese Diagnose sei nicht nachvollziehbar und widersprüchlich. In der Gesamtbeurteilung werde der somatoformen Schmerzstörung ein Krankheitswert zugebilligt, was impliziere, dass eine psychische Komorbidität bestehe.

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung begründen psychische Beeinträchtigungen als solche noch keine Invalidität. Dies gilt auch für diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörungen. Nach dieser Rechtsprechung besteht die Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen

(BGE 137 V 64 E. 4.1, 136 V 279 E. 3.2.1, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.3).

Im vorliegenden Fall waren die Gutachter, wie dargelegt, zum Schluss gelangt, es seien keine plausiblen, somatisch verstehbare Gründe für die Schmerzproblematik der Beschwerdeführerin feststellbar. Da die Gutachter der Beschwerdeführerin nicht unterstellten, dass sie ihre Beschwerden nur vortäusche, erscheint die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung als naheliegend und nachvollziehbar. Wie dem psychiatrischen Gutachten entnommen werden kann, waren indessen die nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorausgesetzten Kriterien offensichtlich nicht erfüllt. So wurden weder chronische körperliche Begleiterkrankungen noch ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens festgestellt. Vor allem aber sei bis anhin kein adäquater psychotherapeutischer Versuch unternommen worden, die doch bewusstseinsnahe beziehungsweise bewusst belastende Vergangenheit aufzuarbeiten. Von unbefriedigenden Behandlungsergebnissen trotz konsequent durchgeführten ambulanten und stationären Behandlungsbemühungen könne daher nicht gesprochen werden.

Richtig ist zwar, dass der Gutachter sich nicht ausdrücklich dazu äussert, warum er die im Jahr 2002 diagnostizierte, reaktive rezidivierende depressive Störung, welche damals als leichte Episode eingestuft und medikamentös behandelt worden war, im Begutachtungszeitpunkt nicht mehr feststellen konnte. Unbestritten ist indessen, dass die Beschwerdeführerin in der massgeblichen Zeit zwar ein Antidepressivum einnahm, aber nicht in fachärztlicher Behandlung stand.

Die Rügen der Beschwerdeführerin erweisen sich daher als unbegründet.

4.11.5 Die Beschwerdeführerin rügt weiter, das Gutachten sei in sich widersprüchlich, wenn die Gutachter ihr aufgrund der psychosomatischen Symptomatik ein Krankheitswert von 30 % zubilligten, diese Feststellung jedoch sodann mit dem Argument, es müsse von der Überwindbarkeit des Krankheitsprozesses ausgegangen werden, sogleich wieder rückgängig machten. Worauf sich die 30 %-ige Arbeitsunfähigkeit stütze, nachdem die Gutachter festgestellt hätten, dass der psychische Krankheitswert von 30 % überwindbar sei, sei nicht erkennbar. Einerseits führten die Gutachter aus, in einer wechselbelastenden Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin nur noch zu 70 % arbeitsfähig. Andererseits seien sie zum Schluss gekommen, in der angestammten Tätigkeit als Zahntechni-

kerin sei volle Arbeitsfähigkeit gegeben. Dies, obwohl sie selbst ausführten, dass es sich beim Beruf als Zahntechnikerin um einen Beruf handelt, der vorwiegend sitzend und häufig in Zwangshaltung ausgeübt werden muss. Weshalb nun bei der Beschwerdeführerin für wechselbelastende Tätigkeiten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % bestehe, während sie für den vorwiegend sitzenden und in Zwangshaltung ausgeübten Beruf als Zahntechnikerin zu 100 % arbeitsfähig sein soll, sei nicht plausibel.

Die Gutachter waren – wie dargelegt – einstimmig zum Schluss gelangt, es finde sich keine objektiv feststellbare, somatisch verstehbare Ursache für die von der Beschwerdeführerin geklagten Rückenschmerzen mehr, die übrigen Befunde führten zu keiner Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit und die festgestellte psychische Beeinträchtigung müsse als überwindbar betrachtet werden. Unter diesen Umständen ist in der Tat nicht ohne Weiteres nachvollziehbar, womit unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung die 30 %-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet wird. Die Frage kann indessen offen gelassen werden, da aus diesem Punkt jedenfalls nichts zu Gunsten der Beschwerdeführerin abgeleitet werden kann.

5.

Insgesamt erweist sich die Beschwerde daher als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Aufgrund der Gutheissung des Gesuchs um unentgeltliche Prozessführung sind im vorliegenden Fall indessen keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine angemessene Entschädigung aus der Gerichtskasse. Das Gericht setzt die Entschädigung auf Grund der Kostennote fest. Entschädigungspflichtig ist indessen grundsätzlich nur der notwendige Aufwand (vgl. Art. 14 und Art. 8 Abs. 2 i.V.m. Art. 12 des Reglements vom

21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat eine Kostennote eingereicht, worin sie ihren Aufwand detailliert ausweist und im Ergebnis zu einem Zeitaufwand von 26,83 Stunden gelangt. Angesichts dessen, dass das Bundesgericht den Ansatz für die Parteientschädigung in einem normalen Fall im Bereich der Invalidenversicherung (Auslagen und Mehrwertsteuer inbegriffen) auf Fr. 2'800.– beziffert (vgl. Urteil BGer 9C_918/2012 vom 28. Januar 2013 E. 3.2), erscheint diese Kostennote als zu hoch. Zwar waren die Akten im vorliegenden Fall eher – aber für einen Invalidenversicherungsfall auch nicht geradezu ungewöhnlich – umfangreich und die Rechtsvertreterin konnte nicht auf Aktenkenntnisse aus dem vorinstanzlichen Verfahren zurückgreifen, da sie erst nach Erhalt der angefochtenen Verfügung mandatiert worden war. Andererseits waren die sich stellenden Fragen für eine in diesem Rechtsbereich erfahrene Anwältin keineswegs ungewöhnlich oder besonders komplex. Die eingereichten Rechtsschriften sind – aus der Perspektive des Klienteninteresses – zwar zweifellos sehr sorgfältig abgefasst, aber – gemessen am Kriterium der Erforderlichkeit im Sinne von Art. 8 Abs. 2 VGKE – wohl etwas zu aufwendig. So war beispielsweise eine derart ausführliche Wiedergabe der medizinischen Akten in der Beschwerdeschrift nicht notwendig. Auch die Ausführungen zu der ophthalmologischen Thematik können kaum als erforderlich angesehen werden, da die diesbezügliche Rüge angesichts der Aktenlage offensichtlich unbegründet war.

Die Kostennote ist daher ermessensweise auf Fr. 4'500.– (inkl. Auslagen) zu kürzen.

Es wird darauf hingewiesen, dass die bedürftige Partei gemäss Art. 65 Abs. 4 VwVG verpflichtet ist, Honorar und Kosten des Anwalts an die Körperschaft oder autonome Anstalt zu vergüten, die sie bezahlt hat, wenn sie später zu hinreichenden Mitteln gelangt.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Gerichtskasse eine Entschädigung von Fr. 4'500.– zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Die vorsitzende Richterin:

Die Gerichtsschreiberin:

Eva Schneeberger

Bianca Spescha

Rechtsmittelbelehrung:

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

Versand: 8. Mai 2013