



Urteil vom 22. Mai 2019

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),
Richterin Caroline Bissegger,
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,
Gerichtsschreiberin Anna Wildt.

Parteien

A. _____, (Türkei),
vertreten durch lic. iur. Abdullah Karakök, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Revision der Invalidenrente,
Verfügung IVSTA vom 22. Mai 2017.

Sachverhalt:**A.**

A.a Die 1982 geborene, heute in der Türkei wohnende türkische Staatsangehörige A. _____ (nachfolgend: Versicherte oder Beschwerdeführerin) arbeitete von 1999 bis 2004 als Verkäuferin im B. _____ in (...) und entrichtete Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) (Vorakten 27, 39). Aufgrund von Rückenproblemen und psychischen Problemen meldete sie sich im März 2005 bei der IV-Stelle des Kantons C. _____ (nachfolgend: IV-Stelle) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Vorakten 21).

A.b Mit Verfügung vom 20. Oktober 2006 sprach die IV-Stelle der Versicherten ab 1. März 2005 eine ganze IV-Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100% zu (Vorakten 53). Der Entscheid beruhte unter anderem auf der medizinischen Beurteilung von Dr. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der ein komplexes Bild psychischer Störungen beschrieb (vgl. Gutachten vom 22. September 2005, Vorakten 34). Mit Verfügung vom 25. September 2006 lehnte die IV-Stelle die Durchführung beruflicher Massnahmen ab, weil sie dies zum damaligen Zeitpunkt für nicht möglich hielt (Vorakten 45).

B.

B.a Im Januar 2010 leitete die IV-Stelle ein Revisionsverfahren ein (Vorakten 61) und beauftragte das Arbeitsmedizinische Zentrum E. _____ mit einer interdisziplinären Abklärung zur Frage, ob sich die medizinischen Verhältnisse und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten geändert hätten (Vorakten 64). Der Bericht des Zentrums vom 26. November 2010 (Vorakten 67) setzt sich aus einem psychiatrischen und einem rheumatologischen Gutachten sowie der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) zusammen und ergab eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Der regionale ärztliche Dienst schloss sich dieser Beurteilung an, woraufhin die IV-Stelle in einem Einkommensvergleich einen Invaliditätsgrad von 100% ermittelte (Vorakten 70). Mit Mitteilung vom 10. Dezember 2010 bestätigte sie den Anspruch der Versicherten auf eine ganze Rente (Vorakten 69).

B.b Da die Versicherte ihren Wohnsitz per 31. August 2011 in die Türkei verlegte (Vorakten 74), ging das Dossier zuständigkeitshalber an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz). Mit Verfügungen vom 8. August 2012 und vom 25. September 2015 sprach die IVSTA Kinderrenten für zwei Kinder zu (Vorakten 75, 77).

C.

C.a Am 9. Oktober 2015 leitete die IVSTA ein Revisionsverfahren ein (Vorakten 79) und nahm diverse Arzt- und Laborberichte zu den Akten. Die Versicherte gab an, dass sich ihr Zustand verschlechtert habe (Vorakten 98). Am 16. Januar und am 26. Februar 2016 nahm der ärztliche Dienst der Vorinstanz Stellung zum medizinischen Dossier und regte die Einholung eines externen Gutachtens an (Vorakten 100, 103). Daraufhin beauftragte die IVSTA am 10. Mai 2016 (Vorakten 127) Dr. F._____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, und Dr. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit der Erstellung von zwei Gutachten zur Beurteilung der medizinischen Verhältnisse.

C.b Mit Vorbescheid vom 7. Dezember 2016 kündigte die IVSTA der Versicherten die Aufhebung der Rente an (Vorakten 164). Dabei stützte sie sich auf die zwei Gutachten von Dr. F._____ und Dr. G._____ vom 21. September 2016 (Vorakten 158) sowie auf die Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 23. Oktober 2016 (Vorakten 162). Dagegen erhob die Versicherte am 9. Januar 2017 Einwand (Vorakten 175) und legte weitere medizinische Unterlagen aus der Türkei vor. Hierzu nahm der medizinische Dienst am 18. März und am 20. April 2017 Stellung (Vorakten 189, 191). Darauf gestützt hielt die IVSTA mit Verfügung vom 22. Mai 2017 an ihrer Beurteilung fest, hob die bisher ausgerichtete ganze Rente per 1. August 2017 auf und entzog einer gegen diese Verfügung gerichteten Beschwerde die aufschiebende Wirkung (Akten im Beschwerdeverfahren [BVGer act.] 1, Beilage 1).

D.

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter mit Eingabe vom 3. Juli 2017 (BVGer act. 1) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die weitere Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente, eventualiter seien ergänzende Abklärungen des medizinischen Sachverhalts vorzunehmen. In prozessualer Hinsicht beantragte sie die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde.

E.

Die Vorinstanz nahm mit Vernehmlassung vom 21. Juli 2017 zum Antrag der Beschwerdeführerin auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde Stellung. Sie beantragte, die aufschiebende Wirkung der Beschwerde sei nicht wiederherzustellen (BVGer-act. 3).

F.

Mit Zwischenverfügung vom 31. Juli 2017 wies das Bundesverwaltungsgericht das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ab (BVGer-act. 4).

G.

Am 8. September 2017 bezahlte die Beschwerdeführerin den eingeforderten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– ein (BVGer act. 8).

H.

Die Vorinstanz beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 20. Oktober 2017 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer act. 10).

I.

Mit Replik vom 24. November 2017 (BVGer act. 12) hielt die Beschwerdeführerin an ihren Beschwerdebegehren fest. Gleichzeitig reichte sie weitere ärztliche Berichte und ein Aussageprotokoll einer Polizeidienststelle vom 26. Oktober 2017 ein (BVGer-act. 14).

J.

Mit Duplik vom 24. Januar 2018 (BVGer act. 16) legte die Vorinstanz eine Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes zu den geltend gemachten Arztberichten aus der Türkei vor und hielt an ihren Anträgen fest.

K.

Mit Triplik vom 28. Februar 2018 (BVGer act. 20) brachte die Beschwerdeführerin Ergänzungen zu den eingereichten Berichten an und legte weitere Berichte vor.

L.

Mit Quadruplik vom 26. April 2018 (BVGer act. 26) hielt die IVSTA an ihren bisherigen Stellungnahmen und Anträgen fest.

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

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b

IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

2.

2.1 Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 22. Mai 2017, mit der die Vorinstanz die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente der Beschwerdeführerin auf der Grundlage von Art. 17 Abs. 1 ATSG revisionsweise per Ende Juli 2017 aufgehoben hat. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin auch ab dem 1. August 2017 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat.

2.2 Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Damit ist vorliegend grundsätzlich der bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretene Sachverhalt zu berücksichtigen. Neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, die der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), können im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht vorgebracht werden und sind zu würdigen. Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, im hängigen Verfahren soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

Die im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingegangenen medizinischen Unterlagen datieren teilweise erst nach dem massgebenden Stichtag. Soweit sie den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bis zum vorliegend massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung umschrei-

ben beziehungsweise mit dem vorliegenden Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang stehen, können sie nachfolgend berücksichtigt werden.

3.

3.1 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 22. Mai 2017 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

3.2 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung (hier: 22. Mai 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

4.

Die Beschwerdeführerin ist Staatsangehörige der Türkei und hat dort ihren Wohnsitz. Es kommt das Abkommen vom 1. Mai 1969 zwischen der Schweiz und der Republik Türkei über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.763.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) zur Anwendung. Nach Art. 2 Abs. 1 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen und die dazugehörige Verwaltungsvereinbarung vom 14. Januar 1970 (SR 0.831.109.763.11) keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach beurteilt sich der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

5.

5.1 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 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).

5.2 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

5.3 Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

5.4 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).

5.4.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3; 130 V 343 E. 3.5).

5.4.2 Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Ist dagegen eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 mit Hinweis).

5.4.3 Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte Beurteilung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und – bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens – Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; 130 V 343 E. 3.5.2).

5.5 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Be-

lange 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

5.6 Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung (en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (BGer 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2).

5.7 Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4)

5.8 Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie

«funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

5.9 Die Bemessung der Invalidität erfolgt bei erwerbstätigen Versicherten in der Regel nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG).

6.

Zunächst ist der massgebende zeitliche Referenzpunkt für die Prüfung der Frage, ob sich der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers in anspruchrelevanter Weise verändert hat, festzustellen (vgl. E. 5.4.3 hiavor).

6.1 Die Beschwerdeführerin erhielt mit Verfügung vom 20. Oktober 2006 ab 1. März 2005 eine ganze IV-Rente bei einem Invalitätsgrad von 100% zugesprochen (Vorakten 53). Diese ursprüngliche Rentenzusprache basierte im Wesentlichen auf der von Dr. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, attestierten Arbeitsunfähigkeit vom 22. September 2005 (Vorakten 34). Die IV-Stelle bestätigte den Anspruch auf eine ganze Rente bei unverändertem Invaliditätsgrad mit Mitteilung vom 10. Dezember 2010 (Vorakten 69). Im damaligen Revisionsverfahren wurden zwei externe Gutachten eingeholt sowie eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) und eine neue Invaliditätsberechnung durchgeführt (Vorakten 67, 70/9).

6.2 Bezüglich des Referenzzeitpunkts hält die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung fest, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem 21. September 2016 verbessert habe. Damit kann aber offensichtlich nicht der massgebende Referenzzeitpunkt gemeint sein, da es sich dabei um das Datum der Erstellung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachtens von Dr. G._____, und des „interdisziplinären“ Gutachtens von Dr. F._____ im Rahmen des aktuellen Revisionsverfahrens handelt. Sonstige Ausführungen zum massgeblichen Referenzzeitpunkt sind der angefochtenen Verfügung nicht zu entnehmen. Im Rahmen

ihrer Vernehmlassung erwähnt die Vorinstanz jedoch, dass gegenüber den im Rahmen der ersten kantonalen Verfügung vom Jahr 2006 festgestellten gesundheitlichen Verhältnissen, die am 10. Dezember 2010 bestätigt worden seien, eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten sei (BVGer act. 10). Anlässlich der Auftragserteilung an die Gutachter Dr. G._____ und Dr. F._____ erwähnte die IVSTA unter dem Titel „Kontext des Gutachtens“ den Zeitpunkt der ersten Verfügung vom 20. Oktober 2006 und – ohne Nennung eines Datums – „die letzte Revision“, in der die festgestellte Arbeitsunfähigkeit ab März 2004 bestätigt worden sei (Vorakten 127, 128). Dabei bleibt es unklar, ob die Vorinstanz die Verfügung vom 20. Oktober 2006 oder die Mitteilung vom 10. Dezember 2010 als massgebenden Referenzzeitpunkt betrachtet hat, insbesondere da sie auch den Gutachtern keinerlei Zusatzfragen betreffend eine Änderung der medizinischen Verhältnisse gestellt hat.

6.3 Der Bestätigung des Anspruchs auf eine ganze Rente mittels Mitteilung vom 10. Dezember 2010 ging eine hinreichende materielle Prüfung der anspruchserheblichen Tatsachen voraus, insbesondere weil die eingeholten Gutachten auf fachärztlichen Untersuchungen beruhten und in Kenntnis des Gutachtes von Dr. D._____ vom 22. September 2005 erstellt wurden. Daher bildet die Mitteilung vom 10. Dezember 2010 den zeitlichen Referenzpunkt für die Prüfung, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. Mai 2017 in anspruchrelevanter Weise verändert hat.

7.

Die am 10. Dezember 2010 vorgenommene Bestätigung des Anspruchs auf eine ganze Rente beruhte auf der Annahme einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin und in Verweistätigkeiten. In medizinischer Hinsicht basierte sie im Wesentlichen auf folgenden Einschätzungen:

7.1 Dr. H._____, Facharzt für Rheumatologie und Physikalische Medizin, stellte im „interdisziplinären“ Gutachten, rheumatologisch/psychiatrisch/EFL vom 23. August 2010 (Vorakten 67/9-67/26) folgende Diagnosen:

- Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom bei/mit
 - Wirbelsäulenfehlform, lumbal linkskonvexer, thorakal rechtskonvexer Skoliose
 - Muskuloskelettaler Dekonditionierung

- Dringendem Verdacht auf Depression mit somatischem Syndrom (vergleiche psychiatrisches Gutachten)
- Chronisch rezidivierende Polyarthralgie unklarer Aetiologie, DD: im Rahmen Somatisierung bei Depression, muskuloskelettale Dekonditionierung

Zur Frage der Auswirkung des Gesundheitsschadens auf die Arbeitsfähigkeit hielt er aus somatischer Sicht fest, dass eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule bestehe, die theoretisch medizinisch als gering einzustufen sei. Für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit entsprechend einer 100%igen Leistung in einer 42-Stunden-Woche anzunehmen. Der Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Rentenzusprache nicht objektivierbar verändert.

7.2 Dr. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im bi-disziplinären, psychiatrischen Teilgutachten vom 26. November 2010 (Vorakten 67) folgende Diagnosen:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, ängstlich vermeidenden und unreifen Zügen, ICD10 F61.0
- Leichte bis mittelgradige depressive Störung F32.0
- Agoraphobie mit Panikattacken F40.01
- Posttraumatische Belastungsstörung F43.1
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.4
- Benzodiazepin Abhängigkeit F13.24
- V. a. Normintelligenz im unteren Bereich

Zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand seit der letzten Rentenzusprache verändert habe, führte er aus, dass dieser als gleichbleibend einzuschätzen und chronifiziert sei. Aufgrund der festgestellten Beeinträchtigungen liege eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor. Die Versicherte sei nicht in der Lage, ihrer früheren oder jeder anderen, auch körperlich leichten Tätigkeit nachzugehen. Aufgrund der diversen psychischen Symptome schaffe sie es nicht, sich regelmässig aus der Wohnung zu begeben und einen Arbeitsweg zu bewältigen. Es sei auch aufgrund der Schmerzen, der Ängste und der erhöhten Ermüdbarkeit fraglich, ob sie einer Tätigkeit über mehrere Stunden nachgehen könne. Aufgrund der ständigen Anspannung und der depressiven Symptomatik seien ihre kognitiven Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit, Aufnahmefähigkeit und Konzentration deutlich eingeschränkt.

8.

8.1 Im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens gelangten folgende Berichte der behandelnden Ärzte in der Türkei zu den Akten:

- Diverse gynäkologische Berichte (Vorakten 87 - 92)
- Bericht von Dr. J._____, Facharzt für Neurologie, Poliklinik/Abteilung Neurologie, vom 16. November 2015 (Vorakten 93) mit der Diagnose
 - F41.2 komplexe Angstzustände und depressive Störungen
- Bericht von Dr. K._____, [Facharzttrichtung unbekannt] vom 18. November 2015 (Vorakten 94) mit der Diagnose
 - M41 Skoliose
- Bericht von Dr. L._____, Hirnchirurgie, vom 18. November 2015 (Vorakten 95) mit der Diagnose
 - M51.1 lumbal und andere intervertebrale Bandscheibenschäden, mit Radikulopathie
- Bericht von Dr. M._____, Facharzt für Physiotherapie und Rehabilitation, vom 18. November 2015 (Vorakten 96)
- Lumbal MR vom 18. November 2015 (Vorakten 97), auf L4-L5 Ebene anulus fibrosus Einriss begleitet von Epidural-Fett-Planen, verwischender, Duralsack-Druck ausübender diffuser Vorwölbung; im Lumbalbereich rechtsausgerichtete minimale Skoliose
- Bericht von Dr. N._____, vom 1. März 2016 (Vorakten 119) mit den Diagnosen
 - J30.2 allergische Rhinopathie und J45.9 Asthma bronchiale
- Attest von O._____, Psychologin, vom 1. März 2016 (Vorakten 120) über psychiatrische Behandlung und Psychotherapie wegen Panikattacken und Klaustrophobie
- Bericht der Poliklinik/Abteilung Orthopädie, Dr. P._____, vom 2. März 2016 (Vorakten 121) mit den Diagnosen

- M41 Skoliose, M51.0 lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Myelopathie (G99.2)

8.2 Zu den genannten Arztberichten liegen diverse Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der Vorinstanz vom 16. Januar, 6. Februar und 2. April 2016 bei den Akten (Vorakten 100, 103, 124). Da sich aus den Angaben der Versicherten und den Arztberichten ergab, dass sie während der Schwangerschaften keine medikamentöse Behandlung gehabt habe, regte der medizinische Dienst der Vorinstanz eine Begutachtung in der Schweiz zur Frage der Verbesserung des Gesundheitszustands an.

8.3 Dr. F. _____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, stellte im „interdisziplinären“ Gutachten folgende Diagnosen (interdisziplinär):

Mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Idiopathische Skoliose, thorakal rechts- und lumbal linkskonvex, siehe auch Angaben zu persönliche Anamnese
- Kombinierte Persönlichkeitsstörung, gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung von Dr. G. _____

Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom
 - Nicht ausreichend somatisch abstützbar
 - Krankheitsfremde Faktoren
 - Primäres Fibromyalgie-Syndrom
 - Nicht dermatombezogene Hyposensibilitäten für ausschliesslich taktile Reize verteilt über den ganzen Körper mit rasch wechselnder Lokalisationsangabe bei allseits normalem Lage- und Vibrationsinn
 - Betont im Bereich der unteren im Vergleich zur oberen Körperhälfte
 - Panalgie
 - Diffuse Druckschmerzangabe
 - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke
 - Multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Atembeschwerden, Zittern, Panikzustände, Lustlosigkeit, Schmerzen im Brustkorb und Bauchraum, Übelkeit, Kopfschmerzen, Blockierungen im Körper, Kraftverluste der Arme, ungerichtete Steh- und Gehunsicherheiten
- Übergewicht mit Body-Mass-Index von 26.6 kg/m²

- Gestörte Gluconeogenese
- Nikotinkonsum von circa 5 pack years
- Anamnestisch Reizmagen-Syndrom
- Siehe auch Angaben zu I B) Persönliche Anamnese

Der Gutachter kam zum Schluss, dass im Vergleich zu den Befunden im rheumatologischen Gutachten vom 23. August 2010 keine relevante Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten sei. Auch in Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit sei – wie bereits im rheumatologischen Gutachten vom 23. August 2010 – auch zum Untersuchungszeitpunkt im September 2016 für die früher im Verkauf ausgeübten beruflichen Tätigkeiten mit einer leicht- bis maximal mittelschwergradig körperlich belastenden Tätigkeit keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründbar.

8.4 Im Psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 21. September 2016 (Vorakten 156) stellte Dr. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie folgende Diagnose:

- Kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0)
 - Mit ängstlichen/ vermeidbaren, abhängigen, unreifen/emotional expressiven/ histrionischen und narzisstischen Anteilen
 - Mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung (F45.40)
 - Mit Verdacht auf Normintelligenz im unteren Bereich
 - Mit rezidivierenden ängstlich niedergeschlagenen Verstimmungen
 - Bei depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (F32.4/ F33.4)
 - Bei Status nach Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
 - Bei Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (F43.1)
 - Mit Status nach Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen (Vollremission F13.202)

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sei die erhebliche Minderung der Belastbarkeit in der im Jahr 2010 festgestellten Ausprägung gegenwärtig nicht mehr erkennbar. Es sei zu einer wesentlichen Verbesserung der Störung gekommen. Für die frühere Tätigkeit betrage die Arbeitsunfähigkeit 40% und für eine angepasste Tätigkeit bestehe keine relevante Arbeitsunfähigkeit.

In Bezug auf den festgestellten Gesundheitsschaden führte der Experte eine Indikatorenprüfung durch. Hinsichtlich des Schweregrades hielt er

fest, in Bezug auf die kombinierte Persönlichkeitsstörung seien die objektiven psychopathologischen Befunde leicht ausgeprägt. Die Limitierung des Aktivitätenniveaus ergebe sich für alle vergleichbaren Lebensbereiche. Dabei seien Defizite der Anpassung an Regeln, der Flexibilität/Umstellungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Gruppenfähigkeit und der persönlichen Beziehungen zu beachten. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung sei zumutbar und tatsächlich möglich. Teil dieser Störung seien – zwischen 2005 und 2010 deutlich ausgeprägte – ängstlich-depressive Symptome, die gegenwärtig remittiert seien und die jeweiligen Diagnosen nicht mehr erfüllten. Auch das damals festgestellte Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen sei remittiert, der Konsum von Tabak habe sich wesentlich reduziert. Der Verdacht auf Normintelligenz im unteren Bereich bestehe weiterhin. Von der Versicherten selbst werde die anhaltende somatoforme Schmerzstörung als weit überwiegend relevant erlebt. Die diagnostischen Kriterien hierfür seien überwiegend erfüllt. Die Ausprägung der Störung sei zum damaligen und zum heutigen Zeitpunkt aber als objektiv leicht einzustufen und als Teil der Persönlichkeitsstörung einzuordnen. Die kombinierte Persönlichkeitsstörung sei im Fall der Versicherten für keinen Zeitraum gleichzusetzen mit einer schweren psychiatrischen Störung. Sie erfülle die Kriterien vor allem durch ihre gestörte berufliche (Re-)Integration aufgrund ihrer interaktionellen Defizite mit verminderter Durchhaltefähigkeit. Es seien keine Eingliederungsmassnahmen dokumentiert und es liege keine soziale Desintegration vor. Beim Verlauf zeigten sich vielfältige nicht krankheitsbedingte Faktoren.

Betreffend den sozialen Kontext hielt der Gutachter fest, es bestünden vielfältige, nicht krankheitsbedingte Faktoren, welche die zumutbare Willensanstrengung zur Bewältigung der Defizite behinderten. Sie erklärten auch die aussergewöhnliche Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit. Bezüglich der Ressourcen sei anzumerken, dass eine soziale Desintegration nicht vorhanden sei, der soziale Kontext sei subjektiv und objektiv geordnet. Die Versicherte pflege regelmässig vielfältige soziale Kontakte und verfüge über persönliche Ressourcen.

Bezüglich der Wechselwirkungen könne vollumfänglich auf die versicherungspsychiatrische Sicht abgestützt werden. Hinsichtlich der Behandlungs-, Eingliederungs- und Therapieoptionen sei von einem chronisch stabilen Verlauf auszugehen. In der Konsistenz seien die objektivierbaren psychopathologischen Befunde leicht ausgeprägt und eine Verdeutli-

chungstendenz vorhanden sowie vielfältige, nicht krankheitsbedingte Faktoren zu beachten. Im Vergleich zum Aktivitätenniveau vor Eintritt Gesundheitsschadens sei von einer leicht ausgeprägten Persönlichkeitsstörung auszugehen mit einer Limitierung des Aktivitätenniveaus für alle vergleichbaren Lebensbereiche. Es bestünden Defizite hinsichtlich der Anpassung an Regeln, der Flexibilität, der Durchhaltefähigkeit, der Gruppenfähigkeit und der persönlichen Beziehungen. Eine Willensanstrengung sei therapeutisch zumutbar und möglich.

8.5 In der Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 23. Oktober 2016 (Vorakten 162) hielt Dr. Q._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie folgende Diagnosen fest:

Hauptdiagnose:

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.4

Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ängstlich vermeidend, abhängig, unreif/emotional expressiv, narzisstisch) F61

ab 15. September 2016 betrage die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit 40% und für Verweistätigkeiten 0%. Als spezielle Einschränkungen für Verweistätigkeiten bestehe unter anderem das Heben von Gewichten mit maximal 15 kg.

8.6 Im Zusammenhang mit dem erhobenen Einwand vom 9. Januar 2017 gelangten im Weiteren folgende Arztberichte zu den Akten:

- Bericht von Dr. R._____, Facharzt, vom 23. Januar 2017 (Vorakten 183) über eine Agoraphobie mit Panikstörung und bipolare affektive Störung mit depressiver Episode sowie Bericht vom 6. Januar 2017 (Vorakten 174) mit den Diagnosen
 - F41.0 Panikstörung
 - F31.8 bipolare affektive Störung
- Bericht von Dr. S._____, Facharzt für Orthopädie vom 3. Januar 2017 (Vorakten 173) mit den Diagnosen
 - M41.80 andere Formen der Skoliose
 - M50.1 Cervical Bandscheiben Störungen, mit Radikulopathie

- M51.1 Lendenwirbelsäule und andere Bandscheibenerkrankungen mit Radikulopathie
- Berichte von T. _____, Facharzt für Neurochirurgie, vom 29. Dezember 2016 (Vorakten 184, 185) mit Vorbefunden und den Diagnosen
 - M41.80 sonstige Formen der Skoliose
 - M50.1 Zervikale Bandscheibenschäden, mit Radikulopathie
 - M51.1 Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden, mit Radikulopathie
- MRT WS lumbal, zervikal und thorakal vom 20. Dezember 2016 (Vorakten 180 – 182)

8.7 Hierzu äusserte sich der medizinische Dienst,

- Dr. Q. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Stellungnahme vom 18. März 2017 (Vorakten 169): Die Diagnosen seien teilweise nicht nachvollziehbar beziehungsweise beruhten sie allein auf den Angaben der Versicherten, wobei den Ärzten in der Türkei die Vorakten nicht zur Verfügung stünden. Es befänden sich keine Hinweise auf eine bipolare Störung im bisherigen Dossier, auch erfolge keine entsprechende medikamentöse Behandlung.
- Dr. U. _____, Fachärztin für Rheumatologie, äusserte sich am 20. April 2017 zur Frage, ob aufgrund der vorgelegten radiologischen Befunde seit der Beurteilung durch Dr. F. _____ von einer Veränderung auszugehen sei (Vorakten 191). Während die cervicalen und dorsale Röntgenbilder aus verschiedenen Gründen schwierig zu interpretieren beziehungsweise nicht von ausreichender Qualität seien, werde im lumbalen MRT vom 20. Dezember 2016 eine Diskushernie L5 mit Kontakt zur Wurzel S1G dokumentiert. Der Arztbericht vom 3. Januar 2017 erwähne aber keine motorischen oder Gefühlsstörungen, weshalb keine neurologische Auswirkung und kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit vorliegen würden. Es sei aber von Funktionseinschränkungen auszugehen. Die Versicherte sei nicht mehr in der Lage, gelegentlich Lasten von mehr als 10 kg oder wiederholt Gewicht von mehr als 5 kg zu heben.

8.8 Auf Beschwerdeebene gelangten folgende medizinische Berichte zu den Akten :

- Bericht von Dr. V. _____ vom 13. September 2017 über eine Notaufnahme vom 3. September 2017 wegen Rückenschmerzen und Bewegungsstörungen, mit der Diagnose:
 - o M54.5 – (K) Kreuzschmerz
- Bericht von Dr. W. _____ vom 2. Oktober 2017 über eine Notaufnahme vom 22. September 2017 wegen Rückenschmerzen und Bewegungsstörungen, mit der Diagnose:
 - o M54.5 – (K) Kreuzschmerz
- Undatierter Bericht von Dr. X. _____, Facharzt für Gehirn- und Nervenkrankheiten, Neurologie, über eine Untersuchung bei der Versicherten ohne neurologische Defizite vom 19. Oktober 2017. Im MRT der HWS sei ein Bandscheibenvorfall bei C3-4, C4-5 und subkutan ein Lipom zu erkennen. Im MRT der LWS sei ein skoliotisches Erscheinungsbild und in den Bereichen L3-4, L4-5, L5-S1 ein Bandscheibenvorfall vorhanden. Eine Operation sei nicht in Betracht gezogen worden, die medikamentöse Behandlung werde fortgeführt und eine Physiotherapie empfohlen.
- Bericht von Y. _____ vom 26. Oktober 2017 über eine Notaufnahme wegen einer Vergiftung
- Aussageprotokoll der Polizeidienststelle Z. _____ vom 26. Oktober 2017 über einen Selbstmordversuch der Versicherten
- Attest vom 27. Oktober 2017 über eine bipolare Affektstörung und einen Suizidversuch, der mit der Störung nicht in Zusammenhang stehe
- Undatierter Bericht von Dr. Aa. _____, Fachärztin für psychische Gesundheit und Krankheiten, über drei Untersuchungen mit den folgenden Diagnosen beziehungsweise Einschätzungen:
 - o Panikattacken/ Panikstörung (Untersuchung vom 6. April 2017)
 - o Aktualisierung der Diagnose auf bipolare Störung (Untersuchung vom 30. Juni 2017)

- Anlässlich der gerichtsmedizinischen Beurteilung vom 27. Oktober 2017 wegen Suizidversuchs seien keine Anzeichen einer manischen Episode festgestellt worden, die depressiven Symptome und die Symptome einer generalisierten Angststörung bestünden jedoch weiter. Der Suizidversuch könne mit den depressiven Symptomen, sozialen Umständen und weiter bestehenden generalisierten Angstsymptomen zusammenhängen. Es werde angenommen, dass eine bipolare Störung, depressive Episode begleitet von einer generalisierten Angststörung vorliegen könne.
- Bericht von Bb. _____, Orthopädie, vom 1. November 2017 mit der Diagnose
 - M25.58 Gelenkschmerz
- Rechnung vom 4. November 2017 über eine Untersuchung im Bereich Physikalische Medizin und Rehabilitation vom 17. März 2017 mit der Diagnose
 - M41.56 Sonstige sekundäre Skoliose: Lumbalbereich
- Gynäkologischer Bericht vom 9. November 2017 über ein HPV bedingtes Papillom und eine Kandidose
- Undatierter Beratungsbericht von Dr. R. _____, ärztlicher Leiter, und Cc. _____, Psychologe, über geplante psychologische Beratungsgespräche betreffend eine bipolare Störung

8.9 Zu den genannten Berichten (E. 8.8 hiervor) äusserte sich der medizinische Dienst, Dr. Q. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ausführlich in der Stellungnahme vom 5. Januar 2018 (BVGer act. 16, Beilage). Der Gutachter Dr. G. _____ habe die depressiv ängstliche Symptomatik einer kombinierten Persönlichkeitsstörung untergeordnet, von deren Bestehen in einer leicht ausgeprägten Form auch nach der Durchsicht der neu eingereichten Berichte ausgegangen werden könne. Die Symptome seien vom Gutachter als leichtgradig beschrieben worden und erlaubten keine Diagnose einer depressiven Episode. Die subjektiven Beschwerden stimmten laut Gutachten mit den erhobenen klinischen Befunden nicht überein und es werde eine Tendenz zur Aggravation und Symptomausweitung beschrieben, ohne spürbaren Leidensdruck. Die Ver-

sicherte habe die Medikamente unregelmässig eingenommen und die psychopathologischen Befunde seien gemäss Gutachter nur leicht ausgeprägt gewesen. Die Diagnosekriterien einer Agoraphobie oder einer Panikstörung seien bei den beschriebenen vegetativen Symptomen nicht erfüllt gewesen, auch seien die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht mehr vorgelegen. Dies sei auch nach Durchsicht der neu eingereichten Arztberichte anzunehmen. In rheumatologischer Sicht habe sich aus dem Gutachten von Dr. F. _____ ergeben, dass seit der letzten Begutachtung von 2010 keine Änderung mehr eingetreten sei und auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Zum Bericht des behandelnden Arztes der Abteilung Neurologie vom 19. Oktober 2017 hielt Dr. Q. _____ fest, darin werde die bekannte LWS Skoliose festgehalten, zudem eine Diskopathie cervikal und lumbal, durch die die Lebensqualität der Versicherten beeinträchtigt werde, bei neurologisch unauffälligen Befunden. Im Weiteren sei ersichtlich, dass die Versicherte im September 2017 zweimal wegen Rückenschmerzen medikamentös behandelt worden sei. Aus diesen Berichten würden sich keine Hinweise auf eine Änderung der objektivierbaren somatischen Befunde seit der Begutachtung von 2010 ergeben. Soweit die behandelnden Ärzte über die Rückenschmerzen berichten, würden sie nicht die seit 2010 diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung berücksichtigen. Die Diagnosekriterien seien nach wie vor erfüllt. Im Weiteren lasse sich aus dem gynäkologischen Bericht keine Arbeitsunfähigkeit ableiten. Der dokumentierte Suizidversuch könne mit depressiven Symptomen und generalisierten Angstsymptomen zusammenhängen. Nach einer Magenspülung sei es zu keiner stationären Behandlung oder Veränderung der Medikation gekommen. Gemäss den Angaben der gerichtsmedizinischen Untersuchung sei der Suizidversuch appellativer Natur gewesen und habe mit einfachen Mitteln behoben werden können, es seien keine Zusammenhänge mit einer schweren Erkrankung festgestellt worden. Zur angeblichen bipolaren Störung sei festzuhalten, dass diese nicht aus den Schweizer Akten ersichtlich werde und sich die Diagnosestellungen der behandelnden Ärzte allein auf die Angaben der Versicherten stützten. Die Diagnosekriterien gemäss ICD 10 F31 seien aber nicht erfüllt. Das Krankheitsbild benötige eine intensive, medikamentöse Therapie, welche nie durchgeführt worden sei.

8.10 Mit Triplik reichte die Beschwerdeführerin folgende Dokumente zu den Akten:

- Unleserliches Dokument des Krankenhauses vom 28. Oktober 2017 mit dem Titel „Allgemeines gerichtsmedizinisches Gutachten“ (Beilage 1)
- Registrierformular der Notaufnahme für Suizidversuche von Dr. Dd. _____ über eine Behandlung nach einem zweiten Suizidversuch vom 26. Oktober 2017 (Beilage 1). Die Beschwerdeführerin sei nach einer Magenspülung und einer Behandlung mit Aktivkohle und weiteren [unleserlichen] Behandlungsmethoden auf eigenen Wunsch hin ohne Überweisung aus dem Spital entlassen worden. Der Bericht führt folgende frühere psychiatrische Diagnosen an:
 - o Bipolare Störung, Panikattacken und [unleserlich; laut Angaben der Beschwerdeführerin in der Triplik: Angststörung]
- Auszug aus der Patientenrechtsverordnung (Beilage 2)
- Patientenregisterformular (Beilage 3), unterschrieben vom Ehemann der Beschwerdeführerin und Dr. Dd. _____, wonach der Ehemann wünsche, dass seine Frau entlassen werde und nicht akzeptiere, dass sie an eine andere Einrichtung überwiesen werde
- Unleserliches Dokument (Beilage 4) mit dem Titel „Ilaclar“ [laut Triplik handle es sich um eine neue Verschreibung von Medikamenten]
- Gynäkologischer Bericht vom 21. Februar 2018 (Beilage 5)

9.

9.1 Die Beschwerdeführerin leidet unter Rückenbeschwerden und psychischen Problemen. Zu Beginn des Revisionsverfahrens brachte sie vor, ihr Zustand habe sich verschlechtert, da sie aufgrund ihrer Schwangerschaften und des Stillens keine Medikamente habe einnehmen können, ständig habe liegen müssen, und auf eine Pflegerin angewiesen sei (Vorakten 98). Anlässlich der Begutachtung von Dr. F. _____ erklärte sie, die Schmerzen wanderten hin und her. Sie könnten sowohl von der ganzen Wirbelsäule ausgehend diffus in den Kopf, in die Arme und in die Beine ausstrahlen, als auch in einem Gelenk eines Armes oder Beines beginnen und dann Richtung Körperstamm ausstrahlen. Aufgrund ihrer Beschwerden könne sie sich nicht vorstellen, wieder als Verkäuferin zu arbeiten, und benötige für die Betreuung des Haushaltes und der Kinder Hilfe.

9.2 Aus den Akten ergibt sich, dass das „interdisziplinäre“ Gutachten von Dr. F._____, Facharzt für Rheumatologie, vom 21. September 2016 nicht den in der Rechtsprechung aufgestellten Qualitätsanforderungen zu genügen vermag. Es führt nicht sämtliche medizinischen Vorakten auf, die für die Beurteilung der Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin als wesentlich erscheinen. Vom Gutachter konnten namentlich die Berichte des behandelnden Chirurgen, Dr. L._____, vom 18. November 2015 und des behandelnden Orthopäden, Dr. P._____, vom 2. März 2016 (vgl. E. 8.1 hiervor) nicht berücksichtigt werden. Da der Gutachter die vorhandenen Berichte, in denen Bandscheibenvorfälle mit Radikulopathie beziehungsweise Myelopathie diagnostiziert wurden, nicht kannte beziehungsweise sich nicht dazu äusserte, vermögen seine Feststellungen betreffend den Gesundheitsschaden der Versicherten nicht zu überzeugen. Seiner Ansicht nach würden übermässig starke und allenfalls ausgeweitete Symptome (im Widerspruch zur klinischen Erfahrung bei der gegebenen medizinischen Problematik) vorliegen und zeigten eine ausgeweitete Funktionseinschränkung und Einschränkung von Aktivitäten und eine mangelnde Leistungsbereitschaft. Diesbezüglich fehlt es aber an einer Auseinandersetzung mit den anders lautenden Einschätzungen der behandelnden Fachärzte in der Türkei. Indirekt ergibt sich das auch aus der Stellungnahme der Fachärztin für Rheumatologie des medizinischen Dienstes, Dr. U._____, vom 20. April 2017 (Vorakten 191). Sie nahm in ihrer Beurteilung neu die Diagnose einer Diskushernie L5 mit Kontakt zu S1G auf und änderte die bisher getroffene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ab.

Fortan sei die Versicherte nur mehr für leichte Tätigkeiten mit dem gelegentlichen Heben von bis zu 10 kg einsetzbar, sie könne nicht mehr repetitiv fünf Kilo aufheben. Aufgrund dieser Einschätzung erscheinen auch die Angaben der Versicherten, sie habe ihre Kinder nicht aufheben können, weshalb sie ständig Hilfe benötigte, nicht übertrieben, da bereits ein Säugling mehr als fünf Kilo wiegen kann. Auch bei der von ihr zuvor ausgeübten Tätigkeit als Hilfskraft im Verkauf ist davon auszugehen, dass sie repetitiv Lasten von fünf Kilogramm aufheben musste. Demgegenüber ging Dr. H._____ im Gutachten von 2010 noch davon aus, dass die Versicherte für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten einsetzbar sei, und das Schmerzsyndrom vor allem psychiatrisch begründet sei. Aufgrund der neu geltend gemachten Bandscheibenvorfälle ist die an die Würdigung von Dr. H._____ anschliessende Beurteilung von Dr. F._____, wonach der Versicherten aufgrund eines gleichbleibenden Gesundheitsschadens nach

wie vor lediglich mehr als mittelgradig körperlich belastende Arbeiten nicht mehr zumutbar seien, in Zweifel gezogen und vermag nicht zu überzeugen.

9.3 Im Weiteren erwähnte die Fachärztin für Rheumatologie des medizinischen Dienstes in der Auflistung der Diagnosen auch die im Arztbericht vom 3. Januar 2017 diagnostizierte Radikulopathie (Vorakten 191). Bezüglich der Auswirkungen hielt sie fest, dass keine senso-motorischen Störungen festgestellt worden seien (vgl. E. 8.7). Dabei bleibt unklar, ob nun von einer Reizung beziehungsweise Schädigung der Nervenwurzel auszugehen ist, oder nicht. Wie sich aus den Akten ergibt, wurde aber bereits mehrfach von den behandelnden Fachärzten eine Radikulopathie oder Myelopathie diagnostiziert (vgl. E. 8.1 und 8.6 hiavor). In der Würdigung der medizinischen Berichte ist zu berücksichtigen, dass die Ärztin des Dienstes der Vorinstanz zwar Fachärztin der Rheumatologie ist, sie ihre Beurteilungen aber nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgegeben hat, sondern lediglich die vorhandenen Befunde aus versicherungsmedizinischer Sicht würdigte. Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der Vorinstanz können – wie Aktengutachten – beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. E. 5.6 hiavor; Urteile BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 m.w.H.). Soll im Gerichtsverfahren einzig oder im Wesentlichen gestützt auf eine Aktenbeurteilung des ärztlichen Dienstes entschieden werden, sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 135 V 465; 122 V 157 E. 1d; Urteile BGer 8C_874/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3 und 9C_8/2011 vom 21. Februar 2011 E. 4.1.3). Entscheidend ist somit, ob es die vorliegenden medizinischen Akten erlauben, sich ein lückenloses und einheitliches Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob die Schlussfolgerungen des ärztlichen Dienstes nachvollziehbar und schlüssig sind. Dies ist nach dem Gesagten nicht der Fall, weshalb sich der Invaliditätsgrad aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad beurteilen lässt. Die Vorinstanz hätte sich unter diesen Umständen nicht mit einer Aktenbeurteilung des medizinischen Dienstes begnügen dürfen, sondern hätte mit Blick auf die unklare Aktenlage weitere Abklärungen tätigen müssen.

9.4 Die Berichte der behandelnden Fachärzte von 2015 und 2016, in denen Bandscheibenvorfälle mit Myelopathie bzw. Radikulopathie diagnostiziert wurden, erlauben ebenfalls keine abschliessende Beurteilung. Darin finden sich lediglich Diagnosen ohne Begründung und es fehlt auch – wie die Fachärztin für Psychiatrie des medizinischen Dienstes auf Duplikebene zu Recht festgehalten hat (vgl. E. 8.9 hiervor) – die Würdigung in Zusammenhang mit den Einschränkungen aufgrund des psychischen Leidens. Darüber hinaus wird daraus auch keine Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit ersichtlich. Den Berichten kommt daher nur eingeschränkter Beweiswert zu.

9.5 Auf dem in somatischer Sicht nicht hinreichend abgeklärten Gesundheitsschaden basiert in der Folge die im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten von Dr. G. _____ vorgenommene Prüfung der Standardindikatoren. Er ging davon aus, dass der funktionelle Schweregrad der festgestellten Leiden leicht sei und keine Komorbiditäten vorliegen würden. Dieser Einschätzung schloss sich auch die Ärztin des medizinischen Dienstes, Dr. Q. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in ihrer Stellungnahme vom 23. Oktober 2016 an und erachtete das gelegentliche Heben von Gewichten bis zu 15 kg als noch zumutbar. Wie bereits erwähnt, erscheint diese Einschätzung fraglich, da die Versicherte angeblich einen Bandscheibenvorfall hatte, und die rheumatologische Fachärztin des medizinischen Dienstes, Dr. U. _____, am 20. April 2017 zu einer anderen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelangte. Bereits aus diesem Grund bestehen Zweifel an den Feststellungen zum funktionellen Schweregrad. Im Weiteren bestehen Diskrepanzen in den Feststellungen durch den Gutachter Dr. G. _____ und der Prüfung des Gutachtens durch den medizinischen Dienst. Während der Gutachter sämtliche Beschwerdebilder unter der Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung erfasste, sohin die somatoforme Schmerzstörung als Variante derselben Entität aufzufassen schien, geht Dr. Q. _____, Fachärztin des medizinischen Dienstes, davon aus, dass die somatoforme Schmerzstörung die Hauptdiagnose darstelle und die Persönlichkeitsstörung eine Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei. Warum daraufhin Dr. Q. _____ ohne weitere Erklärungen das Vorliegen von Komorbiditäten verneinte, ist nicht nachvollziehbar, weil die kombinierte Persönlichkeitsstörung in der Diagnose offenbar sowohl von Dr. G. _____ als auch von der Ärztin des medizinischen Dienstes als eigens erfassbare und beschreibbare Gesundheitsschädigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft wurde. Im Weiteren beschrieb der Gutachter das Aktivitätenniveau für alle Lebens-

bereiche als gleichbleibend, wohingegen der medizinische Dienst von unterschiedlichen Niveaus auszugehen schien. Dabei bleibt unklar, worin die Zweifel an der Validität der Konsistenzprüfung begründet liegen. Bei dieser Sachlage erübrigt es sich auf die Prüfung der weiteren Indikatoren näher einzugehen. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass allein aus den Bemerkungen im rheumatologischen und psychiatrischen Gutachten, es seien bei der Beschwerdeführerin Verdeutlichungstendenzen zu erkennen beziehungsweise zu benennen, nicht auf eine mögliche Aggravation geschlossen werden kann, denn ein allfälliges, blosses verdeutlichendes Verhalten weist nicht per se auf Aggravation hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1).

9.6 Nach dem Gesagten sind die von Dr. G. _____ und Dr. F. _____ erstellten Gutachten nicht ausreichend beweiskräftig und genügen auch nicht den Vorgaben der Anwendung des Prüfungsrahmens gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung. Wie erwähnt, fehlt es insbesondere an der Abklärung der geltend gemachten Bandscheibenvorfälle, welche gemäss den Berichten von verschiedenen behandelnden Fachärzten mit einer krankheitswertigen Beeinträchtigung der Nervenwurzel einhergehen können, wobei dies im Lichte der von der Versicherten geschilderten Beschwerden auch nicht als un schlüssig erscheint. Es fehlt an einer Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen und einer nachvollziehbaren Auseinandersetzung mit den geschilderten Beschwerden. Bei dieser Sachlage erübrigt es sich, auf die weiteren Rügen der Beschwerdeführerin im Detail einzugehen. Die angefochtene Rentenaufhebung kann deshalb auf der Grundlage der Gutachten nicht mit der Begründung der Revision gemäss Art. 17 ATSG geschützt werden.

9.7 Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass der angefochtene Verfügung in medizinischer Hinsicht ein nicht rechtsgenügend abgeklärter Sachverhalt zugrunde liegt (vgl. Art. 12 und Art. 49 Bst. b VwVG sowie Art. 43 ATSG), weshalb hier über eine Rentenrevision gemäss Art. 17 ATSG nicht entschieden werden kann und die angefochtene Verfügung aufzuheben ist. In den Akten fehlen umfassende, schlüssige und nachvollziehbare medizinische Angaben zur Frage, wie sich der Gesundheitszustand und die Funktionseinschränkungen der Beschwerdeführerin im Referenzzeitraum entwickelt haben. Erforderlich sind entsprechende medizinische Angaben zum Verlauf der Krankheit(en) und der damit einhergehenden Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit und in einer leidensangepassten Tätigkeit. Zu diesem Zweck ist ein pluridisziplinäres Gutachten (Rheumatologie oder Orthopädie/Neurologie und

Psychiatrie) bei mit der Sache nicht vorbefassten Facharztspersonen in der Schweiz einzuholen (vgl. dazu BGE 117 Ia 182 E. 3b mit Hinweis; Urteil des BGer 8C_89/2007 vom 20. August 2008 E. 6). Das neue Gutachten hat insbesondere aufzuzeigen, ob und allenfalls in welchem Umfang sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit 2010 verändert hat und wie sich die allfällige Veränderung auf ihre Arbeitsunfähigkeit auswirkt. Das neu zu erstellende Gutachten hat sich mit den für den Vergleichszeitraum massgeblichen medizinischen Vorakten hinreichend auseinanderzusetzen und eine allfällige seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung genügend zu untermauern. Dabei ist die dargelegte neue Rechtsprechung des Bundesgerichts zu beachten (vgl. E. 5.8), damit eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren möglich ist.

9.8 Die Sache ist folglich gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG zur weiteren Abklärung bzw. Vervollständigung der Akten in medizinischer Hinsicht sowie zur anschliessenden Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; 141 V 281 E. 6.4), da in den vorliegenden Gutachten relevante Fragen bisher vollständig ungeklärt geblieben sind. Würde diese mangelhafte Sachverhaltsabklärung bzw. -würdigung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären (Art. 43 Abs. 1 ATSG), auf das Gericht. Im Weiteren hat die Vorinstanz den Invaliditätsgrad vorliegend noch nicht auf der Basis eines Einkommensvergleichs ermittelt (vgl. E. 5.9), weshalb sie zudem gehalten sein wird – je nach Abklärungsergebnis – einen Einkommensvergleich durchzuführen und darauf basierend neu zu verfügen.

9.9 Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung dauert der Entzug der aufschiebenden Wirkung einer Beschwerde, welche gegen eine anpassungsweise verfügte Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung erhoben wird, bei Rückweisung der Sache an den Versicherungsträger auch für den Zeitraum des anschliessenden Abklärungsverfahrens bis zum Erlass einer neuen Verfügung an (BGE 129 V 370 E. 4 mit Hinweis auf BGE 106 V 18; KIESER, a.a.O., Art. 54 Rz. 14). Der mit der angefochtenen Verfügung angeordnete und mit der Zwischenverfügung des Bundesverwaltungsgerichts vom 31. Juli 2017 bestätigte Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde fällt daher gemäss der genannten Praxis des Bundesgerichts mit

der vorliegenden Rückweisung nicht dahin. Die streitige IV-Rente gelangt somit auch weiterhin nicht zur Auszahlung.

9.10 Die Beschwerde ist somit insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben ist und die Akten an die Vorinstanz zurückzuweisen sind, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über die Rentenrevision neu verfüge.

10.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

10.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG).

Der obsiegenden Beschwerdeführerin sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weshalb ihr der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

10.2 Die obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung.

Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 2'800.– (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer, vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a MWSTG [SR 641.20] i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE) angemessen.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben wird und die Akten an die Vorinstanz zurückgewiesen werden, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über die Rentenrevision neu verfüge.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– wird ihr nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– zugesprochen

4.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde; Beilage: Formular Zahladresse)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti

Anna Wildt

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 Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Rechtschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: