



## Urteil vom 18. April 2017

---

Besetzung

Richterin Viktoria Helfenstein (Vorsitz),  
Richter David Weiss, Richter Daniel Stufetti,  
Gerichtsschreiberin Simona Risi.

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
vertreten durch lic. iur. Gojko Reljic,  
Rechtsberatung für Ausländer Go-Re-Ma,  
Beschwerdeführerin,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenrevision;  
Verfügung IVSTA vom 19. Juni 2015.

**Sachverhalt:****A.**

A. \_\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführerin oder Versicherte) wurde am (...) 1961 geboren und ist serbische Staatsangehörige. Von 1991 bis 2002 war sie in der Schweiz erwerbstätig, zuletzt bei der B. \_\_\_\_\_ AG, (...) [Ortsname], als Fabrikarbeiterin am Fließband.

**B.**

**B.a** Am 18. September 2002 meldete sich die Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons D. \_\_\_\_\_ (im Folgenden: IV-Stelle) zum Bezug von Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung an (Vorakte [nachfolgend IV-act.] 1).

**B.b** Im Zuge der darauffolgenden Abklärungen holte die IV-Stelle bei der MEDAS Zentralschweiz ein polydisziplinäres Gutachten (inkl. rheumatologischem Konsilium und psychiatrischem Teilgutachten; IV-act. 23) vom 24. März 2005 ein. In der Folge sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 27. Juni 2005 bei einem Invaliditätsgrad von 60% ab dem 1. September 2002 eine halbe Rente und ab dem 1. Januar 2004 eine Dreiviertelsrente zu (IV-act. 27).

**B.c** Nachdem die Versicherte per 15. Dezember 2007 in ihren Heimatstaat zurückgekehrt war, nahm die IVSTA am 9. März 2009 eine Revision in Aussicht (IV-act. 40 ff.). Mit Schreiben vom 28. September 2009 stellte der serbische Versicherungsträger der Vorinstanz verschiedene Arztberichte zu (IV-act. 47-63). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) Rhône hielt mit Stellungnahme vom 9. Dezember 2009 (IV-act. 66) fest, die vorliegenden Unterlagen würden einen unveränderten Gesundheitszustand belegen. Gestützt darauf bestätigte die Vorinstanz mit Verfügung vom 20. August 2010 den bisherigen Rentenanspruch (IV-act. 70).

**B.d** Mit Beschwerde vom 20. September 2010 beantragte die Versicherte dem Bundesverwaltungsgericht die Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheids und die Zusprechung einer ganzen Rente respektive die erneute Abklärung des Sachverhalts. Im Laufe des Verfahrens reichte sie zahlreiche Arztberichte zu den Akten. Mit Urteil B-6810/2010 vom 27. November 2013 hiess das Gericht die Beschwerde teilweise gut, hob die vorinstanzliche Verfügung auf und wies die Sache zum Erlass einer neuen Verfügung, allenfalls nach Vornahme zusätzlicher Abklärungen, an die Vorinstanz zurück.

**C.**

**C.a** Am 14. April 2014 beauftragte die IVSTA die MEDAS Bern mit der Erstellung eines interdisziplinären Gutachtens (IV-act. 204), welches am 13. Oktober 2014 gestützt auf Untersuchungen in den Fachbereichen Rheumatologie, Orthopädie, Psychiatrie, Neurologie und Innere Medizin erstattet wurde (IV-act. 218).

**C.b** Mit Stellungnahmen vom 18. November 2014 (IV-act. 222), 10. Dezember 2014 (IV-act. 224), 12. Januar 2015 (IV-act. 226) und 11. Februar 2015 (IV-act. 228) äusserten sich der RAD Rhône und der medizinische Dienst der IVSTA zu den Schlussfolgerungen des Gutachtens.

**C.c** Mit Vorbescheid vom 26. März 2015 (IV-act. 230) teilte die Vorinstanz der Versicherten mit, es bestehe kein Anspruch mehr auf eine Rente. Die bei der Rentenzusprache gestellten Diagnosen würden als nicht nachvollziehbar gestellt erscheinen. Vielmehr würden wirtschaftliche, psychosoziale Belastungsfaktoren eine wichtige Rolle spielen. Diese würden sich jedoch nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken und auch eine berufliche Integration nicht verunmöglichen.

**C.d** Die Versicherte erhob mit Eingaben vom 2., 15. und 16. April 2015 Einwand und reichte weitere Arztberichte ein (IV-act. 231-234). Dazu führte sie aus, das psychiatrische Teilgutachten entspreche den geforderten Qualitätsansprüchen nicht. Aus den eingereichten Arztberichten ergebe sich, dass es zu einer wesentlichen Verschlechterung insbesondere ihres psychischen Gesundheitszustands gekommen sei. Sie sei für stationäre psychiatrische Untersuchungen in der Schweiz aufzubieten.

**C.e** Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD vom 27. Mai 2015 (IV-act. 250) entschied die IVSTA mit Verfügung vom 19. Juni 2015 (IV-act. 255), bei einem Invaliditätsgrad von 40% bestehe ab dem 1. August 2015 kein Anspruch mehr auf eine Rente, und entzog einer allenfalls gegen diesen Entscheid gerichteten Beschwerde die aufschiebende Wirkung.

**D.**

Gegen die rentenaufhebende Verfügung liess die Beschwerdeführerin durch ihren Rechtsvertreter am 22. Juli 2015 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erheben (act. im Beschwerdeverfahren [nachfolgend: act.] 1). Sie beantragte, die vorinstanzliche Verfügung sei aufzuheben und

es sei anzuerkennen, dass sie auch nach dem 1. August 2015 Anspruch auf eine ganze Rente habe, eventualiter sei die Sache erneut abzuklären.

Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen Einwände gegen das Gutachten und die Beurteilung durch Dr. E. \_\_\_\_\_ (Arzt des medizinischen Dienstes der IVSTA) vor und führte aus, die auf Beschwerdeebene eingereichten Unterlagen (27 teilweise bereits bei den vorinstanzlichen Akten liegende Arztberichte von Dr. F. \_\_\_\_\_ und Dr. G. \_\_\_\_\_ aus den Jahren 2014 und 2015 [vgl. IV-act. 236-248]) würden bestätigen, dass die medizinische Einschätzung der Vorinstanz nicht annehmbar sei und sich ihr Gesundheitszustand seit dem 20. August 2010 ständig verschlechtert habe.

#### **E.**

Mit Verfügung vom 19. August 2015 (act. 4) setzte das Bundesverwaltungsgericht der Beschwerdeführerin Frist zur Bezahlung eines Kostenvorschusses an, welcher fristgerecht geleistet wurde (act. 7).

#### **F.**

Mit ihrer Vernehmlassung vom 10. November 2015 (act. 10) beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und verwies auf eine Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 22. Oktober 2015 (IV-act. 257).

#### **G.**

Mit Replik vom 7. Dezember 2015 (act. 14) brachte die Beschwerdeführerin vor, sie befinde sich seit Langem bei den serbischen Spezialärzten in Behandlung. Beim MEDAS-Gutachter Dr. H. \_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) sei sie hingegen nur kurz gewesen und Dr. E. \_\_\_\_\_ habe sie gar nie gesehen. Sämtliche Beurteilungen dieser Spezialärzte seien daher inakzeptabel. Zudem reichte sie zwei Zeitungsbeziehungsweise Zeitschriftenartikel zu den Akten (GIAN ANDREA SCHMID, „IV: Einseitige Auswahl der Gutachter“ plädoyer 6/15 S. 14 f.; ANDREA FISCHER, „Die bevorzugten Gutachter“, Tages Anzeiger vom 27. November 2015) und merkte an, die darin aufgezählten Beanstandungen träfen auch auf die Vorinstanz und die beiden genannten Fachärzte zu.

#### **H.**

Die Vorinstanz reichte am 21. Januar 2016 (act. 16) eine Stellungnahme von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 5. Januar 2016 zu den Akten und hielt fest, sie habe dieser nichts hinzuzufügen. Diese Eingabe wurde der Beschwerdeführerin am 27. Januar 2016 zur Kenntnis gebracht (act. 17).

**I.**

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

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

**1.1** Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

**1.2** Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gestützt auf Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG findet dieses Gesetz in Sozialversicherungssachen jedoch keine Anwendung, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist, was gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG für die Invalidenversicherung (Art. 1a-26<sup>bis</sup> und 28-70) zutrifft, soweit das IVG nicht ausdrücklich davon abweicht.

**1.3** Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 60 ATSG und Art. 50 Abs. 1 sowie 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressatin der angefochtenen Verfügung (IV-act. 56) ist die Beschwerdeführerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ergibt sich, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

**1.4** Das Bundesverwaltungsgericht prüft im vorliegenden Verfahren die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des

Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

## **2.**

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

**2.1** Die Beschwerdeführerin ist Staatsangehörige der Republik Serbien und hat dort ihren Wohnsitz, weshalb das im Verhältnis zur Republik Serbien bis heute gültige Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) zur Anwendung kommt (vgl. BGE 139 V 263 E. 3). Nach Art. 2 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 keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach beantwortet sich die Frage, ab wann die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine ganze schweizerische Invalidenrente hat, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 4 des Sozialversicherungsabkommens).

**2.2** Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat.

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren

Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (so auch Art. 8 Bst. e des Sozialversicherungsabkommens). Vorbehaltlich einer – hier nicht vorliegenden – abweichenden staatsvertraglichen Regelung entsteht bei Versicherten im Ausland der Rentenanspruch folglich nur dann, wenn sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 50% arbeitsunfähig gewesen sind und der Invaliditätsgrad nach Ablauf der Wartezeit mindestens 50% beträgt (vgl. BGE 121 V 264 E. 5 und 6; 130 V 253).

**2.3** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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; Art. 86<sup>ter</sup>-88<sup>bis</sup> der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den – den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden – Tatsachen. Eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 [Urteil 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013] E. 6.1.3 m.H.). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11).

Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht, und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (vgl. BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.).

**2.4** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195 f.).

Im Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 40 des Bundesgesetzes vom 4. Dezember 1947 über den Bundeszivilprozess [BZP, SR 273] i.V.m. Art. 19 VwVG). Dies bedeutet, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 137 V 210 E. 6.2.2, 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a).

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht der Richter bei Gutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Verwaltung und der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Eine abweichende Beurteilung kann etwa gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 f. m.w.H.). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern

sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei sind, und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 353 f.).

### 3.

Anfechtungsobjekt des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet die Verfügung vom 19. Juni 2015, mit welcher die Vorinstanz die seit September 2002 ausgerichtete Rente per 1. August 2015 aufhob. Streitig und zu prüfen ist primär, ob die Voraussetzungen für eine Rentenrevision gegeben waren. In Frage steht insbesondere, ob die IVSTA aufgrund des eingeholten MEDAS-Gutachtens zu Recht davon ausgegangen ist, dass eine massgebliche Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten ist, die der Beschwerdeführerin die Aufnahme einer der Behinderung angepassten Tätigkeit im Umfang von 80% zumutbar macht, wodurch sich im Einkommensvergleich zwar ein Invaliditätsgrad von 40% ergibt, aufgrund des ausländischen Wohnsitzes aber kein Anspruch mehr auf Ausrichtung einer Invalidenrente besteht.

Die Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung (Verfügung vom 27. Juni 2005) bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen, angefochtenen Verfügung.

**3.1** Ihren rentenzusprechenden Entscheid vom 27. Juni 2005 stützte die IV-Stelle auf einen Arztbericht von Dr. I. \_\_\_\_\_ (Allgemeinmediziner, Hausarzt der Beschwerdeführerin) vom 27. September 2002 (IV-act. 5) sowie im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Zentralschweiz vom 24. März 2005 (Dr. J. \_\_\_\_\_ [Chefarzt], Dr. K. \_\_\_\_\_ [Gutachter], rheumatologisches Konsilium von Dr. L. \_\_\_\_\_ [Facharzt FMH Rheumatologie und Innere Medizin], psychiatrisches Konsilium von Dr. M. \_\_\_\_\_ [Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie FMH]).

**3.1.1** Dem Gutachten der MEDAS Zentralschweiz vom 24. März 2005 (IV-act. 23) sind folgende Diagnosen zu entnehmen:

Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit:

- Mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom unter Therapie
- Posttraumatische Belastungsstörung

- Chronifiziertes panvertebrales Schmerzsyndrom mit Entwicklung zu einem linksbetonten Ganzkörperschmerzsyndrom als Ausdruck einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung
  - Fehlhaltung/Fehlform der Wirbelsäule mit muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung
  - Status nach thorakolumbalem Morbus Scheuermann
  - leichte Segmentdegeneration L5/S1, Chondrose L4/5

#### Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit:

- Sturzneigung multifaktorieller Genese
- Anämie
  - Status nach anämisierender Gastrointestinalblutung unter NSAR resp. Nachweis eines Ulcus duodeni im Frühling 2002: Heliobacter pylori positiv 2002.
  - DD (Differenzialdiagnose): Hypermenorrhoe
- Übergewicht (BMI 27kg/m<sup>2</sup>)

Aus rheumatologischer Sicht wurde festgehalten, das diagnostizierte Schmerzsyndrom könne nicht mit einem morphologischen Korrelat am Bewegungsapparat respektive einer anderweitigen Systemkrankheit erklärt werden. Bei der Untersuchung sei ein extremes Schmerzverhalten aufgefallen, das sich auch im Vorhandensein sämtlicher fünf Waddellzeichen gezeigt habe. Insgesamt sei der Eindruck von Aggravation und Selbstlimitierung entstanden, allerdings vor dem Hintergrund typischer psychosozialer Risikofaktoren, die nicht selten zum „Syndrom der erschöpften Batterien“ respektive zum eigentlichen Systemcrash führten. Nach der Einschätzung des Rheumatologen betrug die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit 50%, für eine körperlich leichte, wechselbelastend ausgeübte Tätigkeit 100%. Im psychiatrischen Konsilium wurde ausgeführt, die Kriterien für eine Depression seien klinisch und testpsychologisch erfüllt. Gewisse Symptome wie Schlafstörungen und Ermüdbarkeit könnten sowohl bei einer Depression wie bei chronischen Schmerzen auftreten. Würden diese in den Depressionsskalen nicht mitgezählt, würden die Werte im Bereich einer mittelgradigen Depression liegen. Für die Diagnose sei die klinische Beurteilung entscheidend, wo eine mittelgradige Depression vorliege. Die Angstsymptome bildeten einen Teil der Depression. Differenzialdiagnostisch seien die Diagnosen anhaltende somatoforme Schmerzstörung und posttraumatische Belastungsstörung zu erwägen. Im Moment könne die Versicherte aufgrund der psychischen Störungen zeitlich nur wenig eingeschränkt arbeiten. Möglich wäre eine Präsenzzeit von 80%. Die Leistungsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht um etwa 50% eingeschränkt. Daher

könne aus psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von etwa 60% ausgegangen werden für eine an die Schmerzen angepasste Tätigkeit.

Insgesamt wurde im Gutachten die Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Mitarbeiterin in einer Fleischfabrik auf 40% geschätzt. Limitierend seien die psychopathologischen mehr als die rheumatologischen Befunde. Für den eigenen Haushalt wurde die Arbeitsfähigkeit auf 60% geschätzt. Eine körperlich leichte, wechselbelastend ausgeübte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin ebenfalls zu 40% zumutbar. Limitierend seien hier nur die psychopathologischen Befunde. Die therapeutischen Massnahmen seien ausgeschöpft respektive adäquat; berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt. Die Prognose sei ungewiss.

**3.1.2** Die IV-Stelle stellte daraufhin fest, die Beschwerdeführerin sei aus medizinischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit wie auch in einer körperlich leichten, wechselbelasteten Tätigkeit zu 40% arbeitsfähig. Aus dem Einkommensvergleich ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 60% seit dem 18. September 2002. Demnach habe sie ab dem 1. September 2002 Anspruch auf eine halbe und ab dem 1. Januar 2004 (Inkrafttreten der 4. IV-Revision) auf eine Dreiviertelsrente (vgl. IV-act. 25-26).

**3.2** Die vorliegend angefochtene Verfügung stützt sich in medizinischer Hinsicht auf das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS Bern vom 13. Oktober 2014 (IV-act. 218). Im Übrigen wurden Stellungnahmen des RAD vom 18. November 2014, 12. Januar 2015 und 11. Februar 2015, und des medizinischen Dienstes vom 10. Dezember 2014 und vom 27. Mai 2015 (IV-act. 222, 224, 226, 228, 250) berücksichtigt.

**3.2.1** Die Beschwerdeführerin wurde am 9. und 10. Juli 2014 von den Gutachtern Dr. N.\_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Neurologie), Dr. O.\_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Physikalische Medizin), Dr. P.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. Q.\_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) und Dr. R.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Innere Medizin) untersucht und befragt. Das Gutachten stützt sich auf eine Analyse der vorbestehenden medizinischen Akten sowie eine eingehende Untersuchung (inkl. Labor) samt Anamnese, und beinhaltet eine interdisziplinäre Würdigung aller beteiligten Gutachter.

Unter Berücksichtigung aller Fachgebiete sind dem Gutachten folgende Diagnosen zu entnehmen:

### Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (angestammte Tätigkeit):

- Chronisches, therapieresistentes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
  - Fehlhaltung der Wirbelsäule
  - mässiggradige Osteochondrose L5/S1
  - Spondarthrose leichtgradig L4/5 und fortgeschritten L5/S1
  - deutliche muskuläre Dysbalance
  - Status nach lumbalem Morbus Scheuermann
  - fehlende Hinweise auf radikuläre Symptomatik
- Chronische Zervikobrachialgie rechtsbetont beidseits
  - deutliche Fehlhaltung, leichte degenerative Veränderungen
  - muskuläre Dysbalance
  - keine radikuläre Symptomatik
- Dysthymie (ICD-10: F34.1)

### Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit:

- Arthralgie an Ellbogen und Handgelenken unklarer Genese
- Gonalgie beidseits
  - muskuläre Dysbalance, Überlastung durch Übergewicht
  - pseudoradikuläre Symptomatik
- Vorfussbeschwerden
  - leichter Senk-/Spreizfuss beidseits mit Überlastung des Vorfusses durch Übergewicht und muskulärer Dysbalance
- Status nach Ulcus Duodeni Krankheit, ED 06/2012
- Zustand nach Helicobacter Pylori Eradikation
- Rez. Auftretende vasovagale Synkopen, ED 2002
- Adipositas Grad I, BMI 31,25 kg/m<sup>2</sup>
- Episodische Spannungskopfschmerzen
- Anamnestisch vasovagale Synkopen ohne Hinweis für primäre neurogene Genese
- Blasenentleerungsstörung, wahrscheinlich pharmakogen
- Hinweise für suboptimales Anstrengungsverhalten und Aggravation, wahrscheinlich teilweise auch mit nicht authentischer Symptompräsentation

Dazu wurde insbesondere festgehalten, neurologisch ergebe sich aus den gestellten Diagnosen eine reduzierte Rückenbelastbarkeit. Vorrangig für die Bewertung für eine Verweistätigkeit bleibe die Beurteilung auf psychiatrischem Fachgebiet, wobei sich in Überschneidung dazu auch im Rahmen des neurologischen Gutachtens erhebliche Verhaltensauffälligkeiten

mit deutlichen Befundinkonsistenzen beobachten liessen, welche in erheblicher Weise Zweifel an der Validität der von der Versicherten angegebenen schweren Ausprägung ihrer Gesundheitsleiden und Einschränkungen aufkommen lasse. Eine differenzialdiagnostisch zu diskutierende schwere depressive Störung, dessen Ausdruck sie prima vista scheinbar vermittele, wäre mit Sicherheit mit erheblicher kognitiver Beeinträchtigung verbunden. Diese könne im klinisch-neuropsychologischen Aspekt sicher nicht bestätigt werden. Vielmehr liessen sich auch in den durchgeführten Symptomvalidierungstests stark auffällige Resultate beobachten, welche mit einem suboptimalen Anstrengungsverhalten vereinbar seien; auch hier zeige sich die Ausführung in einer aufgesetzt wirkenden übermässig expressiv-angestregten Art. Betrachte man die zuletzt vorgelegten Berichte der behandelnden Psychiater aus der Heimat, so würden gerade in den letzten Jahren lediglich die Diagnosen F32.0 (leichte depressive Episode) bis F32.1 (mittelgradig depressive Episode) vergeben. In keinem der Berichte sei von einer schwergradigen Depression gesprochen worden. Umso mehr verwundere die hochgradige psychopharmakologische Polypragmasie und die hohe Dosierung. Ähnlich wie im neurologischen Gutachten könne sich auch der psychiatrische Gutachter nicht davon überzeugen, dass bei der Versicherten ein versicherungsmedizinisch relevantes psychiatrisches Zustandsbild bestehe. Wohl aber seien deutliche wirtschaftliche und psychosoziale Belastungsfaktoren eruierbar. Für die von der Versicherten angegebene persönliche Überzeugung der Arbeitsunfähigkeit ergebe sich aus psychiatrischer Sicht letztlich keine Diagnose, welche die Überwindbarkeit ihrer Gesundheitsleiden so einschränken würde, dass diese eine Arbeitsfähigkeit gänzlich verhindern würde. Insbesondere auch die im Vorgutachten 2005 diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung finde gemäss der aktuellen Begutachtung kein entsprechendes Korrelat, respektive kein geeignetes Trauma, und demgemäss auch keine entsprechende Symptomatik, um dieses auch in der Vergangenheit annehmen zu können. Zusammenfassend könne aus psychiatrischer Sicht allenfalls die Diagnose Dysthymie gestellt werden. Maximal liessen sich hieraus zusammen mit einer gewissen Dekonditionierung eine gegenwärtig reduzierte Durchhaltetätigkeit, jedoch sonst keine weiteren Einschränkungen der psychischen Fähigkeiten begründen.

Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wurde mit 0% angegeben, jene in einer Verweistätigkeit mit 80% (volles Zeitpensum, Leistungsfähigkeit 80%). Zum Fähigkeitsprofil wurde festgehalten, zumutbare Arbeitstätigkeiten müssten körperlich leicht und wechselbelastend sein, nicht rein statisch stehend. Rückenzwangshaltungen seien zu vermeiden,

ebenso der Einfluss von Kälte und Nässe. Aus neurologischer Sicht sollten allenfalls aus Vorsichtsgründen aufgrund der in den Akten ehemals aufgetretenen, wenngleich unklaren Ohnmachtszustände, Tätigkeiten mit Gefahrenpotenzial im Falle unerwarteter Bewusstseinstörung oder Bewusstlosigkeit vermieden werden, respektive seien erdferne Tätigkeiten oder Arbeiten an Maschinen mit Gefährdungspotenzial ungeeignet. Diese Einschätzung gelte auch retrospektiv mindestens seit Anfang 2006.

**3.2.2** Der RAD Rhône (Dr. S. \_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin) hielt mit Stellungnahme vom 18. November 2014 (IV-act. 222) fest, es müsse geklärt werden, ob sich der Gesundheitszustand seit 2005 verändert habe. Dr. T. \_\_\_\_\_ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie, RAD-Arzt) habe am 30. Juli 2013 (im Rahmen des Beschwerdeverfahrens B-6810/2010) ausgeführt, der psychische Gesundheitszustand sei unverändert (vgl. IV-act. 166). Gemäss dem MEDAS-Gutachten habe aber spätestens ab Anfang 2006 eine zumutbare Arbeitsfähigkeit bestanden. Der medizinische Dienst der IVSTA (Dr. E. \_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie) führte diesbezüglich am 10. Dezember 2014 (IV-act. 224) aus, Dr. T. \_\_\_\_\_ habe die Beurteilung von Dr. M. \_\_\_\_\_ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie) aus dem MEDAS-Gutachten vom 24. März 2005 übernommen; er habe aber die Möglichkeit offen gelassen, dass eine Verbesserung des psychischen Zustands denkbar wäre. Effektiv hätten die am 4. Februar 2009 eingereichten Befunde nicht ausgereicht, um eine mittelgradig depressive Episode zu rechtfertigen. Das aktuelle MEDAS-Gutachten sei mit der angedeuteten Verbesserung vereinbar. Das Gutachten entspreche den Qualitätsansprüchen; der dortigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit könne aus psychiatrischer Sicht gefolgt werden.

Mit ergänzender Stellungnahme vom 12. Januar 2015 (IV-act. 226) bestätigte der RAD Rhône ab dem 10. Juli 2014 eine Arbeitsunfähigkeit der Versicherten von 100% für die angestammte und eine solche von 20% für eine angepasste Tätigkeit. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Verbesserung des Gesundheitszustands. Falls diese zum Zeitpunkt der Beurteilung durch Dr. T. \_\_\_\_\_ noch nicht signifikant gewesen sei, so sei sie es jedenfalls aktuell; es bestehe gemäss dem MEDAS-Gutachten lediglich noch eine Dysthymie. Mit weiterem Bericht vom 11. Februar 2015 (IV-act. 228) hielt der RAD korrigierend fest, in der angestammten Tätigkeit bestehe lediglich eine Arbeitsunfähigkeit von 60% (statt 100%) seit dem 10. Juli 2014.

Zu den im Rahmen des Einwands gegen den Vorbescheid eingereichten Arztberichten von Dr. F. \_\_\_\_\_ und Dr. G. \_\_\_\_\_ hielt der medizinische

Dienst am 27. Mai 2015 (IV-act. 250) fest, der Schweregrad der festgestellten „Depression“ werde unterschiedlich angegeben. Entsprechende Befunde dazu würden fehlen. Die am 8. April 2015 (erstmalig) beschriebene „schwere depressive Episode“ sei durch den angegebenen Befund (Schlaflosigkeit, schlechte Laune, Weinen, Appetitlosigkeit, Unfähigkeit, die Hausarbeit zu verrichten; neurologischer Status: unauffälliger Befund der Hirnnerven, eingeschränkte Bewegungsfähigkeit des Nackens, keine Lateralisation, Biceles negativ, Lasègue-Lazarevic-Zeichen als hochgradig bezeichnet, Zehen-Fersen-Gang wird ausgeführt, depressiv) nicht nachvollziehbar. Die im Gutachten diagnostizierte Dysthymie hingegen basiere auf klar erhobenen Befunden. Die eingereichten Arztberichte vermöchten die Schlussfolgerungen des Gutachtens nicht zu widerlegen.

**3.3** Die Vorinstanz schliesst gestützt auf die genannten Unterlagen auf eine massgebliche Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin seit dem 10. Juli 2014. Dazu führt sie im Wesentlichen aus, aus dem eingeholten Gutachten ergebe sich ein schlüssiges und zweifelsfreies Bild der vorliegenden Leiden, aufgrund dessen die Gutachter auch Aussagen zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsunfähigkeit hätten machen können. Die Ärzte des RAD und des medizinischen Dienstes hätten sich den Schlussfolgerungen des Gutachtens vorbehaltlos angeschlossen. Die bei der Rentenzusprache attestierte mittelgradig-schwere Depression könne nicht mehr nachgewiesen werden. Die Stimmungslage der Beschwerdeführerin sei vorwiegend ausgeglichen. Eine Verschlechterung des Zustandsbilds im Vergleich zu früher lasse sich nicht darstellen. Vielmehr erscheine die damalige Diagnosestellung nicht nachvollziehbar. Eine wichtige Rolle würden gemäss den Experten wirtschaftliche und psychosoziale Belastungsfaktoren spielen. Diese würden sich jedoch nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken und auch eine berufliche Integration nicht verunmöglichen. Die mit dem Einwand eingereichten medizinischen Unterlagen enthielten keine neuen Elemente. Der Schweregrad der „Depression“ werde in den medizinischen Unterlagen aus Serbien unterschiedlich angegeben; entsprechende Befunde dazu würden fehlen; die Berichte seien aus diesem Grund nicht aufschlussreich und nachvollziehbar. Dagegen sei im MEDAS-Gutachten eine klare Diagnose gestellt worden, die auf klar erhobenen Befunden basiere. Für die psychiatrische Teilbegutachtung sei der Interviewleitfaden AMDP benutzt worden, aufgrund welchem das Gutachten in professioneller Hinsicht korrekt sei und den an ein Gutachten gestellten Qualitätsanforderungen entspreche, in sich schlüssig und nachvollziehbar sei. Da die Gesundheitsbeeinträchtigungen genügend dokumentiert seien,

würden sich weitere medizinische Untersuchungen erübrigen. Mit Stellungnahme vom 22. Oktober 2015 (IV-act. 257) habe der medizinische Dienst unter Berücksichtigung der im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichte seine Einschätzung erneut bestätigt.

Die gemachten Feststellungen liessen darauf schliessen, dass noch eine Gesundheitsbeeinträchtigung bestehe, die zu Funktionseinschränkungen führe. Es seien dies abwechselnde Arbeitshaltung (stehend/sitzend) und Vermeiden von diversen Einflüssen wie Lärm, Staub, Feuchtigkeit, Kälte, Wärme und Rauch. Die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin betrage 60%, jene in einer angepassten Tätigkeit 20%. Der Einkommensvergleich habe eine Erwerbseinbusse von 40% ab dem objektivierbaren Datum der Begutachtung ergeben. Da Renten unter einem Invaliditätsgrad von 50% grundsätzlich nicht an Versicherte im Ausland ausgerichtet würden, sei die Auszahlung des Anspruchs auf eine Viertelsrente zu Recht einbehalten worden.

**3.4** Die Beschwerdeführerin wendet unter Hinweis auf ihre Vorbringen im Einwand gegen den Vorbescheid der IVSTA ein, das eingeholte Gutachten sei nicht schlüssig, nicht nachvollziehbar und nicht hinreichend begründet. In Anbetracht der sehr ausführlichen spezialärztlichen Dokumentation aus Serbien sei die im Gutachten festgestellte Arbeitsunfähigkeit inakzeptabel. Dies beziehe sich insbesondere auf die Beurteilung durch den Gutachter Dr. Q.\_\_\_\_\_, bei dem sie sich nur kurz zur Untersuchung aufgehalten habe. Das psychiatrische Teilgutachten entspreche den geforderten Qualitätsansprüchen nicht. Dr. E. \_\_\_\_\_ habe sie sodann gar nie gesehen. Die Einschätzung dieser beiden Ärzte sei daher inakzeptabel. In Anbetracht der Befunde der serbischen Psychiater, des Konsiliums von Dr. M. \_\_\_\_\_ im Gutachten vom 24. März 2005 und der bisherigen psychiatrischen Befunde sei eine (weitere) stationäre psychiatrische Untersuchung in der Schweiz durchzuführen.

#### **4.**

Nach umfassender Prüfung der Akten kommt das Bundesverwaltungsgericht zu nachstehenden Schlussfolgerungen:

**4.1** Die Beschwerdeführerin moniert, dem eingeholten Gutachten komme keine Beweiskraft zu. Damit macht sie eine ungenügende Feststellung des Sachverhalts geltend.

**4.1.1** Diese Rüge erweist sich als unbegründet. Das Gutachten, das in den vorliegend relevanten Fachbereichen erstellt worden ist, gibt umfangreiche Vorakten wieder, fusst auf persönlichen Befundungen, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden, diskutiert die festgehaltenen Diagnosen und ist in seinen Schlussfolgerungen zur gesundheitlichen Situation und deren Auswirkungen überzeugend. Ihm ist daher volle Beweiskraft zuzumessen.

**4.1.2** Die Schlüssigkeit des Gutachtens wird auch durch die weiteren erhobenen Einwände nicht infrage gestellt.

**4.1.2.1** Dr. H.\_\_\_\_\_ konnte sich im Rahmen der Begutachtung und durch die Analyse der Akten ebenso wie die weiteren beteiligten Fachärzte ein hinreichendes Bild der bei der Beschwerdeführerin vorliegenden Befunde machen. Substantiierte Einwände gegen seine Einschätzung bringt die Beschwerdeführerin denn auch nicht vor.

**4.1.2.2** Die vorgenommene Einschätzung durch den Arzt des medizinischen Dienstes weicht vom Gutachten nicht ab und ist nicht zu beanstanden. Auch die Würdigung der auf Beschwerdeebene eingereichten Arztberichte ist nachvollziehbar. Die diesbezüglichen Einwände der Beschwerdeführerin erweisen sich als haltlos.

**4.1.2.3** Soweit geltend gemacht wird, die beigebrachten serbischen Arztberichte von Dr. G.\_\_\_\_\_ (Urologe) und Dr. F.\_\_\_\_\_ (Ärztin Abteilung Neurologie) würden ein anderes Bild der Beschwerden der Beschwerdeführerin zeichnen, ist darauf hinzuweisen, dass diese in psychiatrischer Hinsicht vornehmlich eine leichte bis mittelschwere depressive Störung mit körperlichen Beschwerden diagnostizieren. Im Bericht von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 26. Juni 2014 wird eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome diagnostiziert; im Folgebericht vom 21. August 2014 und den weiteren Berichten wurde wieder eine mittelgradige, ab dem 8. Dezember 2014 eine leichte depressive Episode festgestellt. Am 8. April 2015 und 29. Juni 2015 diagnostizierte Dr. F.\_\_\_\_\_ wiederum – unterbrochen von der Diagnose mittelgradig depressive Episode am 12. Mai und 12. Juni 2015 – eine schwere depressive Episode. Mit Bericht vom 1. Juli 2015 hielt sie insbesondere fest, der Befund habe sich in den vergangenen Jahren nicht verbessert. Die Patientin klagt beständig über Indisponiertheit, Weinerlichkeit, schlechten Schlaf, Schmerzen im Kreuz und den Muskeln, Unfähigkeit, die tägliche Hausarbeit zu erledigen, bei fortgesetzter herrschender depressiver Symptomatik sowie ständigen Schmerzen im Knochen-

und Muskelsystem. Sie sei emotional und somatisch instabil, da sie gegen jede meteorologische Veränderung empfindlich sei. Jeder geringste Stressfaktor führe zu einer intensiven Verschlechterung. Sie sei depressiv/weinerlich, habe die Initiative verloren, sei adynamisch, ohne Motivation, unfähig sich zu bewegen und die allergewöhnlichsten häuslichen Dinge zu verrichten. Die ständigen Schmerzen hätten sie auch zu jeder körperlichen Arbeit unter häuslichen Bedingungen unfähig gemacht. Bei ständig fortschreitender Therapie habe sie in den letzten Jahren im selben Zustand verharrt. Die Arbeitsfähigkeit sei um mindestens 60 bis 70% von der Gesamtarbeitsfähigkeit verringert.

Wie im Gutachten und durch den medizinischen Dienst zutreffend festgehalten, wird die Diagnose der schweren depressiven Episode nicht durch entsprechende, nachvollziehbare Befunde gestützt und zusätzlich mit fachfremden – insbesondere neurologischen und orthopädischen – Diagnosen kombiniert (vgl. IV-act. 281/45, 281/49, 257). Der medizinische Dienst äußerte sich dazu am 22. Oktober 2015 (IV-act. 257) dahingehend, dass Dr. F.\_\_\_\_\_ sich eindeutig widerspreche, wenn sie am 1. Juli 2015 behauptete, dass keinerlei psychische Verbesserungen zu verzeichnen gewesen seien, da sie solche beispielsweise am 13. Januar 2014, 25. März 2014 und 12. Mai 2015 beschrieben habe. Die psychiatrische Diagnose laute in der Regel mittelgradig depressive Episode. Die entsprechenden Befunde bleibe die Ärztin schuldig. Nach dem Gesagten ist die Aussagekraft der Berichte gering (vgl. dazu auch IV-act. 281/56). Das fundierte Gutachten, mit welchem die seitens der serbischen Ärzte gestellten, insbesondere psychiatrischen Diagnosen nicht bestätigt werden konnten, wird durch die eingereichten Berichte nicht erschüttert. Es ergeben sich auch keine stichhaltigen Hinweise darauf, dass sich der Gesundheitszustand zwischen der Begutachtung und dem Erlass der angefochtenen Verfügung wesentlich verändert hätte.

**4.1.3** Eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes der Vorinstanz kann demnach nicht festgestellt werden. Aus den Akten ergibt sich auch keine Notwendigkeit einer weiteren Begutachtung.

**4.2** Aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen ergibt sich aus orthopädischer und rheumatologischer Sicht ein seit Erstattung des Gutachtens vom 24. März 2005 weitgehend unveränderter Gesundheitszustand (vgl. auch IV-act. 218/37, 218/43). Die Neu Beurteilung hat sich daher auf eine massgebliche Veränderung des psychischen Gesundheitszustands abzustützen. Diesbezüglich kann aktuell lediglich eine Dysthymie diagnostiziert

werden, die in der Regel nicht invalidisierend ist (vgl. etwa das Urteil 8C\_806/2013 des Bundesgerichts vom 6. März 2014, E. 6.2), während 2005 von einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom ausgegangen worden war. Die damals ebenfalls als Diagnose genannte posttraumatische Belastungsstörung wurde durch Dr. M. \_\_\_\_\_ lediglich differenzialdiagnostisch in Erwägung gezogen. Gemäss dem Gutachten besteht die Verbesserung des Gesundheitszustands retrospektiv seit 2006. Diese Einschätzung ist für das Gericht nicht hinreichend überprüfbar. Es ist jedoch mindestens ab dem 10. Juli 2014, dem Datum der Untersuchung der Beschwerdeführerin durch die Gutachter, eine wesentliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands im Vergleich zur letzten materiellen Beurteilung festzustellen. Eine schwere depressive Störung, wie sie in einigen der heimatlichen Arztberichte diagnostiziert wird, schliesst das Gutachten aufgrund fehlender kognitiver Beeinträchtigungen und auffälliger Resultate in den Symptomvalidierungstests nachvollziehbar aus. Selbst wenn weiterhin eine schwere psychische Störung vorliegen würde, so würde diese nur dann als invalidisierend geltend, wenn sie therapeutisch nicht mehr angegangen werden könnte (vgl. das Urteil 8C\_566/2016 des Bundesgerichts vom 12. Dezember 2016, E. 3.2.2).

**4.3** Zu beanstanden ist die Einschätzung der Vorinstanz, die Beschwerdeführerin sei hinsichtlich der angestammten Tätigkeit lediglich zu 60% in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Im Gutachten wird von einer vollen Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit ausgegangen. Weshalb der RAD Rhône diese Einschätzung mit letzter Stellungnahme vom 11. Februar 2015 (IV-act. 228) nicht (mehr) teilt und die IVSTA diese Beurteilung in der Verfügung übernommen hat, wird nicht begründet und ist nicht nachvollziehbar. Es besteht kein Grund, von der Einschätzung gemäss Gutachten abzuweichen. Der Beschwerdeführerin ist somit per Datum der Untersuchung im Rahmen der Begutachtung eine Arbeitsunfähigkeit von 100% für die angestammte Tätigkeit zu attestieren. Für eine ihrem Fähigkeitsprofil angepasste Verweistätigkeit ist die Beschwerdeführerin hingegen bei einer vollzeitigen Tätigkeit zu 80% leistungsfähig.

**4.4** Bei einer Rentenrevision ist der Einkommensvergleich auf den Zeitpunkt hin durchzuführen, auf den die laufende Rente frühestens verändert werden kann (vgl. Urteil des BGer 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1). Hier ist der Zeitpunkt des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats massgebend (Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 Bst. a IVV), vorliegend der 1. August 2015.

Die Vorinstanz hat die Verminderung der Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin bezogen auf das Jahr 2012 berechnet (vgl. IV-act. 229). Um eine Verzerrung des Einkommensbetrags durch die vielfache Indexierung des monatlichen Lohns von 3'150.- im Jahr 2003 (IV-act. 17) für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin in einer Lebensmittelfabrik zu vermeiden, stellte sie zur Ermittlung des hypothetischen Valideneinkommens auf den Durchschnittslohn der Branche „Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln; Getränkeherstellung (10-11\*)“ im Kompetenzniveau 1 gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012, Frauen, von Fr. 4'111.- bei einer 40-Stunden-Woche ab. Hochgerechnet auf die übliche Anzahl Arbeitsstunden der Branche im Jahr 2012 von 42.2 Stunden pro Woche ergibt sich ein Monatslohn von Fr. 4'337.11. Zur Ermittlung des Invalideneinkommens bezog sich die IVSTA auf einen monatlichen Lohn von Fr. 3'833.21, was dem auf 42.1 Wochenstunden hochgerechneten Durchschnittslohn von Fr. 3'642.- der Branche „Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen (ohne 78) (77-82\*)“, Kompetenzniveau 1, Frauen, entspricht. Angesichts der persönlichen und beruflichen Umstände des Falls berücksichtigte die Vorinstanz ausserdem einen leidensbedingten Abzug von 15%, weshalb schliesslich unter Berücksichtigung eines 80%-Pensums ein Invalideneinkommen von Fr. 2'606.58 ( $\text{Fr. } 3'833.21 \cdot 0.85 \cdot 0.8$ ) berechnet wurde. Insgesamt stellte die Vorinstanz eine Erwerbseinbusse von 40% fest ( $[(4337.11 - 2'606.58) \cdot 100] : 4337.11 = 39.90\%$ ).

Diese Berechnungsweise ist plausibel und wird von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet, weshalb grundsätzlich darauf abzustellen ist. Bezogen den massgeblichen Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung ergibt sich ausgehend von einem hypothetischen monatlichen Valideneinkommen von Fr. 4'234.23 (errechnet aus dem Durchschnittslohn in der Branche „Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln; Getränkeherstellung (10-11\*)“ im Kompetenzniveau 1, Frauen, unter Berücksichtigung von 42.3 Wochenarbeitsstunden) und einem monatlichen Invalideneinkommen von Fr. 2'686.02 (errechnet aus dem Durchschnittslohn in der Branche „Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen (ohne 78) (77-82\*)“, Kompetenzniveau 1, Frauen, bei 42.1 Wochenstunden abzüglich einem leidensbedingten Abzug von 15% unter Berücksichtigung eines 80%-Pensums) eine Verminderung der Erwerbsfähigkeit von lediglich 36.56% ( $[(4'234.23 - 2'686.02) \cdot 100] : 4234.23$ ), der keinen Anspruch auf eine Rente begründet.

Im Ergebnis hat die Vorinstanz zu Recht festgestellt, dass seit dem 1. August 2015 kein Anspruch mehr auf Rente besteht.

**4.5** Zusammenfassend ist die durch die Vorinstanz revisionsrechtlich vorgenommene Leistungskorrektur zu schützen. Die IVSTA hat zu Recht festgehalten, dass die Voraussetzungen zur Gewährung einer Invalidenrente nicht mehr erfüllt sind. Die Rügen der Beschwerdeführerin dringen nach dem Gesagten nicht durch, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

## **5.**

**5.1** Die Beschwerdeführerin hat als unterliegende Partei die Verfahrenskosten zu tragen (vgl. Art. 63 Abs. 1 VwVG), welche auf Fr. 400.- festzusetzen sind (Art. 63 Abs. 4<sup>bis</sup> VwVG sowie Art. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Zur Begleichung dieses Betrags wird der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss verwendet.

**5.2** Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario). Der obsiegenden Vorinstanz als Bundesbehörde ist ebenfalls keine Entschädigung auszurichten (vgl. Art. 7 Abs. 3 VGKE).

(Dispositiv: nächste Seite)

## **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Die Verfahrenskosten von Fr. 400.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Zu deren Bezahlung wird der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss verwendet.

**3.**

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

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

Die vorsitzende Richterin:

Die Gerichtsschreiberin:

Viktoria Helfenstein

Simona Risi

## **Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).