



## Urteil vom 29. Januar 2016

---

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),  
Richter Michael Peterli, Richter Vito Valenti,  
Gerichtsschreiberin Susanne Flückiger.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Deutschland),  
vertreten durch lic. iur. Martin Keiser, Rechtsanwalt,  
Beschwerdeführerin,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenrevision;  
Verfügung der IVSTA vom 16. Oktober 2014.

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

Frau A.\_\_\_\_\_ (zuvor B.\_\_\_\_\_; nachfolgend Versicherte/Beschwerdeführerin), geboren am (...) 1960, Staatsangehörige der Schweiz, weilte von April 1983 bis Februar 2006 in der Schweiz und nahm danach Wohnsitz in Z.\_\_\_\_\_, Deutschland (Y.-act. 1 p. 3, 40). Von Oktober 1983 bis 15. Juli 2001 arbeitete sie als Serviceangestellte im Pub ihrer Schwester in Deutschland (Y.-act. 6) und ab Februar 1998 bis 15. Juli 2001 auf einem Landgasthof in X.\_\_\_\_\_, Schweiz (Y.-act. 5). Ihr wurden 225 Beitragsmonate der AHV/IV angerechnet (Y.-act. 29).

**B.**

**B.a** Am 02. November 2001 (Y.-act. 1) reichte die Versicherte eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen, Berufsberatung und Umschulung, aufgrund eines Schlaganfalls am 15. Juli 2001 mit Sprach- und Sehstörungen sowie Gehbeschwerden, ein.

**B.b** Am 21. Juli 2001 wurde die Versicherte aus der Behandlung im Kantonsspital W.\_\_\_\_\_ entlassen. Als Diagnosen hielten die Ärzte einen Verdacht auf kleinen Thalamusinsult rechtsdiencephal mit Sensibilitätsminderung der ganzen linken Körperhälfte sowie Dysarthrie (Sprechstörung) fest (Y.-act. 25 p. 9). Ihr seit 1989 behandelnder Hausarzt, Dr. C.\_\_\_\_\_, attestierte am 19. November 2001 (Y.-act. 7) einen zerebrovaskulären Insult im Thalamusgebiet rechts bei Empfindungsstörungen der linken Körperhälfte sowie massives Stottern und erwähnte visuelle Probleme ungeklärter Ursache. Dr. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Ophthalmologie, bestätigte am 27. Juni 2002 (Y.-act. 15; Befund Y.-act. 13) einen stationären Zustand bei Visusverminderung beidseits und Gesichtsfeldverminderung massiv beidseits, aber vor allem links. In seinem Verlaufsbericht vom 13. Oktober 2002 (Y.-act. 17) erwähnt der Hausarzt motorische Störungen (Gang), Stottern und v.a. eine Gesichtsfeldstörung. Im angestammten Beruf sei die Versicherte dauerhaft voll arbeitsunfähig, allenfalls wären einfache, leichte Tätigkeiten während eines halben Tages möglich. Die Augenärztin bestätigte mit Bericht vom 24. Oktober 2002 (Y.-act. 18) als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine ausgesprochene Gesichtsfeldeinschränkung beidseits und nannte als Diagnose ohne Auswirkungen einen hyperopen Astigmatismus beidseits. Sie empfahl die Konsultation einer spezialisierten Beratungsstelle für eine unbedingt anzustrebende Wiedereingliederung. Aufgrund einer "sehr starken" Einschränkung des Gesichtsfeldes und einer dadurch bedingten Beeinträchtigung beim Gehen sowie einer

leichten Ungeschicklichkeit im linken Bein erachtete der Hausarzt am 03. Januar 2003 (Y.-act. 19) die Verwendung von Stabilschuhen zur Unfallprophylaxe als indiziert.

**B.c** Am 16. Juni 2003 (Y.-act. 22) bewilligte die IV-Stelle Y.\_\_\_\_\_ die Kostenübernahme für orthopädische Spezialschuhe und am 03. Juli 2003 (Y.-act. 23) für eine Brille mit Kantenfilter. Am 13. August 2003 verfügte sie zudem eine ganze Rente ab Juli 2002 bei einem Invaliditätsgrad von 100% (Y.-act. 29), am 25. November 2004 rückwirkend (ab Juli 2002) ergänzt um eine Entschädigung wegen leichter Hilflosigkeit (Y.-act. 38-39).

### **C.**

Nach dem Wegzug der Versicherten aus der Schweiz übernahm die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA; nachfolgend Vorinstanz) das Dossier (Y.-act. 40; IV-act. 1) und verfügte am 17. Februar 2006, dass infolge Wegzugs ins Ausland ab März 2006 kein Anspruch auf Hilflosenentschädigung mehr bestehe (IV-act. 5). Am 01. November 2006 verfügte sie zudem, dass keine Kosten im Zusammenhang mit den zuvor bewilligten Hilfsmitteln mehr übernommen würden (IV-act. 7). Später lehnte sie auch die Kostenübernahme für neu beantragte Hilfsmittel ab (Verfügung vom 28. Juli 2011, IV-act. 62).

### **D.**

**D.a** Am 03. April 2009 (IV-act. 10) leitete die Vorinstanz eine amtliche Revision der Invalidenrente ein.

**D.b** Dr. E.\_\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Rhone sah mit Stellungnahme vom 30. April 2009 eine neurologische und ophthalmologische Untersuchung als geboten (IV-act. 11).

**D.c** Das entsprechende neurologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. August 2009 (IV-act. 28) führt als Diagnose eine Gesichtsfeldeingengung und Sehstörung bei Zustand nach Thalamusinfarkt auf. Zur Beurteilung der Auswirkungen werde auf das ophthalmologische Gutachten verwiesen. In neurologischer Hinsicht seien keine wesentlichen Pathologika festgestellt worden. Die Sehstörungen bedingten eine erhebliche Gangunsicherheit und allgemeine Unsicherheit. Ein Hinweis auf eine psychiatrische Erkrankung habe sich nicht ergeben.

**D.d** Das ophthalmologische Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_\_, Augenärztin, vom 08. Oktober 2009 (IV-act. 25) diagnostiziert eine hochgradige Sehmin-  
derung beidseits, eine hochgradige konzentrische Gesichtsfeldeinschrän-  
kung sowie Hyperopie, Astigmatismus und Presbyopie. Die Sprache sei  
normal und fließend, bei der Aufforderung zu lesen aber abgehakt und  
stotternd. Es bestehe der Verdacht auf eine zusätzliche Aggravation; eine  
zusätzliche Beurteilung in einer Augenklinik zur Erhärtung des Befundes  
und ein neurologisches Zusatzgutachten seien wünschenswert. Im ange-  
stammten Beruf sei eine Tätigkeit undenkbar; es verwundere hingegen,  
dass bisher keine Umschulung für Blinde und Sehbehinderte erfolgt sei.

Dr. H.\_\_\_\_\_, Ophthalmologin, bestätigte bereits am 19. Oktober 2006  
eine Einengung des Gesichtsfelds von aussen bis auf maximal 3-5 Grad;  
es bestehe kein Anhalt auf eine Aggravation (IV-act. 27).

**D.e** Dr. E.\_\_\_\_\_ des RAD hielt am 28. Januar 2010 fest, es bestünden  
keine Einschränkungen in neurologischer Hinsicht, ophthalmologisch be-  
stünden widersprüchliche Feststellungen. Er empfahl, der Empfehlung zur  
ergänzenden Abklärung an einer universitären Augenklinik zu folgen (IV-  
act. 32).

**D.f** Das Attest der Dres. I.\_\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_\_, Universitätsklinik in  
V.\_\_\_\_\_, vom 15. August 2010 (IV-act. 43) berichtet von einem unauf-  
fälligen morphologischen Augenbefund und dem Ausschluss eines Seh-  
bahnschadens durch eine elektrophysiologische Untersuchung. Im Gold-  
mann-Gesichtsfeld habe die Versicherte eine konzentrische Einengung  
rechts auf 50-55°/40°, links gegen unten auf 10-20° angegeben und der  
korrigierte Visus sei mit 0.5/0.1 herabgesetzt. Es werde empfohlen, die ein-  
zige Untersuchung mit einer Auffälligkeit (Elektroretinogramm) zu wieder-  
holen, anhand der objektiven Befunde sollte die Augenfunktion aber besser  
als angegeben sein.

Von der wiederholten Untersuchung in der Universitätsklinik in V.\_\_\_\_\_  
wurde am 07. April 2011 (IV-act. 61) mit einem unveränderten objektiven  
Befund berichtet, wobei der korrigierte Visus mit eigener Brille beidseitig  
noch schlechter sei.

**D.g** Am 13. Oktober 2011 schloss Dr. E.\_\_\_\_\_ des RAD (IV-act. 64),  
dass keinerlei objektive Erklärung für die Sehbehinderung habe gefunden  
werden können und das der ophthalmologischen Gutachterin (IV-act. 25)

aufgefallene Verhalten deshalb einer eindrucksvollen Simulation zuzuschreiben sei.

**D.h** Die Vorinstanz unterrichtete die Versicherte mit Vorbescheid vom 25. Oktober 2011 (IV-act. 65) über ihre Absicht, die Rente bei Verbesserung des Gesundheitszustands und einem neuen Invaliditätsgrad von 0% einzustellen.

**D.i** Die Versicherte erhob am 07. November 2011 (IV-act. 66) Einwand und erklärte, ihr Gesundheitszustand habe sich seit dem Schlaganfall nicht verbessert. Am 30. November 2011 (IV-act. 69) und 14. Februar 2012 (IV-act. 74) liess sie ergänzen, sie sei aufgrund eines komplexeren Beschwerdebildes verrentet worden, in welchem die Sehbehinderung nicht im Zentrum gestanden habe. Es stelle sich deshalb zur Revision die Frage, wie sich das ganze Beschwerdebild entwickelt habe. Es gehe nicht an, im Revisionsverfahren vermeidbare Nachlässigkeiten der Verwaltung zu korrigieren. Sie liess weiter verschiedene Atteste zu den Akten geben (D.j-D.m).

**D.j** Die bereits 2001 behandelnde Ophthalmologin (Dr. D. \_\_\_\_\_) berichtete am 15. November 2011 (IV-act. 75 p. 2), bereits anlässlich ihrer ersten Untersuchung wie auch vorheriger Hospitalisation hätten ein verminderter Visus und eine Gesichtsfeldeinschränkung vorgelegen. Der Visus habe sich bis 2004 dann weiter verringert und betrage anlässlich einer aktuellen Untersuchung 0.1 beidseitig. Die Gesichtsfeldeinschränkung sei der Ophthalmologin schon immer etwas suspekt gewesen, doch sei die Versicherte immer bei vielen Ärzten in Kontrolle gewesen und gebe über Jahre hinweg dieselben Werte an, weshalb nie ein Verdacht auf Aggravation entstanden sei. Es handle sich um einen komplexen Fall.

**D.k** In seinem Bericht vom 19. Dezember 2011 (IV-act. 75 p. 5) stellt PD Dr. K. \_\_\_\_\_ der Augenklinik des Universitätsspitals U. \_\_\_\_\_ fest, dass die visuelle Störung der Versicherten erstmals in einem auf vier Monate nach dem zerebralen Ereignis datierten Rehabilitations-Bericht erwähnt werde. Eine Pathologie der vorderen Sehbahnen liege (aktuell) nicht vor, allenfalls aber eine zentrale Störung der Raumwahrnehmung, wofür verschiedene Hinweise vorlägen; eine rein psychogene Erkrankung müsse eindeutig ausgeschlossen werden. Es stelle sich die Frage einer MRI-Untersuchung, wobei zuvor die Fragestellung für die verschiedenen möglichen zentralen Störungen geklärt werden müssten.

**D.i** Der bereits 2001 (vgl. Bericht vom 13. August 2001; erwähnt in IV-act. 25 p. 3) behandelnde Neurologe, Dr. L. \_\_\_\_\_, diagnostizierte am 30. Januar 2012 (IV-act. 75 p. 10) eine Sehstörung mit verzögerter visueller Verarbeitung, wahrscheinlich funktioneller Genese. Das früher diagnostizierte Hemisyndrom mache sich nicht mehr bemerkbar, die Sprache sei aber immer noch leicht stockend. Anlässlich seiner ursprünglichen Untersuchung hätten die beschriebenen Sehstörungen sicher nicht bestanden. Es sei auch schwierig, diese zu objektivieren; die Kognition scheine einigermaßen zu funktionieren, wobei die Versicherte eigenartige visomotorische Strategien entwickelt habe und ein gewisser Neglect bestehe. Allenfalls wäre eine Sehschulung zu empfehlen und es stelle sich die Frage, ob nicht auch die damalige Hemisymptomatik einen funktionellen Hintergrund gehabt habe. Auch wenn der Funktionsausfall psychisch bedingt sei, müsse aufgrund seines über Jahre derart refraktären Bestehens von einer Invalidisierung ausgegangen werden.

**D.m** Der Hausarzt, Dr. C. \_\_\_\_\_, berichtete am 07. Februar 2012 (IV-act. 75 p. 1) von starken Einschränkungen der Versicherten und verschiedenen, von ihm behandelten Sturzverletzungen, inkl. Radiusfraktur, Rippenquetschung sowie Distorsionen und Prellungen der oberen und unteren Extremitäten im Zeitraum von 2001 bis 2011. Es stehe für ihn ausser Zweifel, dass die Versicherte sehbehindert sei.

**D.n** Mit Stellungnahme vom 23. April 2012 (IV-act. 78 p. 6) empfahl Dr. M. \_\_\_\_\_ des RAD die Ergänzung der Aktenlage um ein psychiatrisches Gutachten. Dr. N. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz stellte am 01. Mai 2012 (IV-act. 81) fest, dass es sich jedenfalls nicht um eine Revision nach den Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision handle; trotzdem sei neben der psychiatrischen zusätzlich eine neurologische Begutachtung anzusetzen. Die Auswahl der Gutachter wurde, nach Widerspruch der Versicherten gegen den vorgesehenen psychiatrischen Gutachter vom 08. August 2012 (IV-act. 85), am 17. August 2012 (IV-act. 86) verfügt, nach Antrag des neurologischen Gutachters vom 28. März 2013 (IV-act. 89) aber um eine Universitätsklinik ergänzt.

**D.o** Im Rahmen der anberaumten Begutachtung finden sich in den Akten ein Bericht von O. \_\_\_\_\_, Logopädin, vom 11. September 2001 (IV-act. 99) über durchgeführte ambulante Logopädie und der Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik in T. \_\_\_\_\_ vom 14. November 2001 (IV-act. 94; inkl. neuropsychologischem und psychologischem Teilbericht, siehe IV-

act. 95-96). Beide berichten von Einschränkungen der Sprech- und Gedächtnisleistung sowie von Gangstörungen, die die kooperative und motiviert an der Therapie teilnehmende Versicherte allerdings zunehmend überwinde. Im Bereich der visuellen Wahrnehmung berichtet einzig die Rehabilitationsklinik von einem selbst berichteten, gelegentlichen Blendgefühl, Schwierigkeiten in der Distanzschätzung und 'Verrutschen in der Zeile'. Die Prüfung der Augenbewegung und des Gesichtsfelds habe zu keinen signifikanten Ergebnissen geführt und die visuellen Probleme seien neuropsychologisch nicht erklärbar.

**D.p** Im neuropsychologischen Teilgutachten der Dres. Prof. P.\_\_\_\_ und PD Q.\_\_\_\_, Unispital S.\_\_\_\_, vom 9. August 2013 (IV-act. 104 p. 33) werden multiple körperliche und visuelle Beschwerden mit schweren Beeinträchtigungen von Aktivitäten des alltäglichen Lebens bei dringendem Verdacht auf psychogen-funktionelle Ursache diagnostiziert. Es bestehe keine Störung der visuellen Wahrnehmung und keine zentrale Störung der Raumwahrnehmung. Es bestehe der Verdacht auf eine funktionelle Ursache für die Sehstörungen, dies sei jedoch in den Fachdisziplinen Psychiatrie und/oder Psychosomatik zu klären.

**D.q** Das Gutachten von Dr. R.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, S.\_\_\_\_, erfolgte am 30. September 2013 (IV-act. 103) und diagnostiziert einen Verdacht auf dissoziative Störung (Sensibilitäts- und Empfindungsstörung/Sehstörung, F44.6); eine Depression könne hingegen nicht objektiviert werden. Da innerseelische Konflikte oft erst nach langjährigen, intensiven Psychotherapien aufgedeckt würden, könne die dissoziative Diagnose derzeit nicht validiert werden – die Frage nach einer Simulation/Aggravation müsse deshalb offenbleiben. Die früher vom Bundesgericht entwickelte Überwindbarkeitsrechtsprechung (Foerster-Kriterien) lasse keine Unüberwindbarkeit der Beschwerden feststellen, weshalb eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht attestiert werden könne.

Dem Gutachten liegen berücksichtigte Atteste von Dr. S.\_\_\_\_, Psychotherapeutin, vom 03. April 2013 (IV-act. 103 p. 27) betreffend ihre Behandlung bis 2011 und des behandelnden Neurologen Dr. L.\_\_\_\_ vom 12. März 2013 (IV-act. 103 p. 29) betreffend eine akute, periphere, wahrscheinlich idiopathische Facialisparesie rechts bei.

**D.r** Das neurologische Gesamtgutachten von Dr. T.\_\_\_\_, R.\_\_\_\_, vom 17. Oktober 2013 (IV-act. 104) diagnostiziert eine Sehstörung ohne organisches Korrelat, eine Sensibilitätsstörung im linken Unterschenkel,

eine einfache Migräne, akut eine periphere Facialisparese und eine leichte Schwerhörigkeit. Es sei bei der Sehstörung von einem funktionellen, nicht organischen Geschehen auszugehen, wobei neurologisch nicht beurteilt werden könne, wie bewusstseinsnah dieses liege.

Beigelegt und referenziert wurde das neuropsychologische Teilgutachten vom 09. August 2013 (Sachverhalt D.p).

**D.s** Dr. U. \_\_\_\_\_ des RAD Rhone schloss am 26. November 2013 (IV-act. 107) anhand der eingeholten Gutachten auf eine psychogene Sehstörung. Allerdings sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit keine wesentliche Änderung des klinischen Bildes eingetreten, weshalb entgegen der gutachterlichen Feststellungen an der früher attestierten vollen Arbeitsunfähigkeit festgehalten werden müsse.

**D.t** In einem ersten Rapport der Vorinstanz mit Ärzten ihres medizinischen Dienstes vom 20. März 2014 (IV-act. 111) wurde festgehalten, dass die ursprüngliche Rentenzusprache nicht aus psychiatrischen Gründen erfolgt sei. Trotz Begutachtung seien (aber) keine physischen Probleme festgestellt worden, und keine psychiatrische Störung rechtfertige die subjektiven Einschränkungen. Die anwesende Neurologin weise daraufhin, dass ein Thalamusinfarkt rechts keine *beidseitige* Sehstörung bewirken könne. Vorliegend werde zudem – erfahrungswidrig – eine *progressive* Entwicklung der Sehstörung beschrieben. Die ursprünglich rentenbegründenden Beschwerden seien nicht psychiatrischer Natur gewesen; die Stellungnahme des RAD vom 26. November 2013 sei daher nicht entscheidend. Im Zeitpunkt der Begutachtung hätten die rentenbegründenden Beschwerden nicht mehr bestanden.

**D.u** Mit Vorbescheid vom 05. Mai 2014 (IV-act. 112) unterrichtete die Vorinstanz die Versicherte von ihrer Absicht, die Rente einzustellen.

**D.v** Gegen den Vorbescheid liess die Versicherte am 13. Juni 2014 (IV-act. 116; ergänzt am 14. und 23. Juli 2014, siehe IV-act. 118 und 121) unter Beilage einer Stellungnahme des behandelnden Neurologen, Dr. V. \_\_\_\_\_, vom 07. Juli 2014 (IV-act. 119) Einwand erheben und die weitere Ausrichtung ihrer Rente beantragen. Sie rügte, es sei übereinstimmend ein unveränderter Zustand attestiert worden und ein organischer Kern werde immerhin noch für möglich gehalten. Mindestens aber seien die neueren MRI-Bilder aus dem Jahre 2013 einem erfahrenen Neuroradi-

ologen vorzulegen. Das psychiatrische Gutachten sei widersprüchlich, indem es trotz Festhaltens an der voraktlich konstatierten Absenz einer psychischen Störung eine ebensolche Verdachtsdiagnose aufstelle und diese Differenz nicht diskutiere. Der behandelnde Hausarzt, Dr. C. \_\_\_\_\_, stellt im beigelegten Brief vom 09. Juli 2014 (IV-act. 122) fest, dass eine schauspielerische Leistung keine über Jahre konstanten Defizite angeben könne. Er erachte die Beschwerden als konstant und die Versicherte zeige im persönlichen Kontakt offensichtliche Defizite. Sie sei voll arbeitsunfähig, die Einschätzung der Gutachter abstrus und in keiner Weise nachvollziehbar.

**D.w** In einem zweiten Rapport der Vorinstanz mit den Ärzten ihres medizinischen Dienstes vom 21. August 2014 (IV-act. 124) wurde festgehalten, dass die erstmals im Jahre 2002 dokumentierte Sehstörung bei der Begutachtung im Jahre 2011 keinem organischen Substrat entspreche, es liege ein subjektives Geschehen vor. Mangels spezifischer Abklärungen im Zeitpunkt der Rentenzusprache könne heute aber nicht mehr nachgewiesen werden, dass damals keine organische Grundlage vorgelegen habe oder wann eine solche hinter nicht-organische Grundlagen zurückgetreten wäre. Einzig verschiedene kleine Läsionen (im Gehirn) könnten die neurologischen und ophthalmologischen Symptome erklären; solche Läsionen seien in den erstellten MRI nie beschrieben worden. In den MRI-Berichten von 2010 und 2013 beschriebene kleine, unspezifische Hyperintensitäten vermöchten die Sehstörung nicht zu begründen. Die MRI-Bilder aus dem Jahre 2013 lägen nicht vor, doch könne eine organische Grundlage alleine aufgrund der Berichte ausgeschlossen werden. Das psychiatrische Gutachten sei überzeugend, insbesondere auch in Bezug auf die Überwindbarkeit der subjektiv empfundenen Schmerzen (*recto* Beschwerden), und es könne keine psychiatrisch begründete Invalidität anerkannt werden.

**D.x** Mit Verfügung vom 16. Oktober 2014 (IV-act. 128) hob die Vorinstanz die Rente per Dezember 2014 auf.

## **E.**

**E.a** Gegen die rentenaufhebende Verfügung liess die Versicherte am 19. November 2014 (act. 1) Beschwerde ans Bundesverwaltungsgericht erheben und ihre Aufhebung bei Weiterausrichtung der ganzen Rente beantragen. Sie rügt, selbst der neurologische Gutachter gehe von einer lediglich differierenden Beurteilung eines unveränderten Sachverhalts aus; eine Revision anhand der Übergangsbestimmungen (*recto* Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision) falle ausser Betracht, da 2001 irgendetwas

Neurologisches vorgefallen sei. Das psychiatrische Gutachten sei in Teilen manipulativ und spekulativ, bezüglich der Aussage, dass alle dissoziativen Störungen zur Remission neigen würden, gar falsch und hinsichtlich der Überwindbarkeit, nach 14-jähriger Chronifizierung sowie Entkopplung des Geschehens vom Bewusstsein der Beschwerdeführerin, nicht nachvollziehbar. Die aufgestellte Verdachtsdiagnose einer dissoziativen Sensibilitätsstörung werde weder verifiziert noch falsifiziert.

**E.b** Die Vorinstanz schloss mit Vernehmlassung vom 17. Februar 2015 (act. 6) auf Abweisung der Beschwerde und stellte fest, dem psychiatrischen Gutachten komme volle Beweiskraft zu.

**E.c** Die Beschwerdeführerin widersprach in ihrer Replik vom 25. Februar 2015 den Ausführungen der Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung und hält an ihren Anträgen fest (act. 8).

**E.d** Der Instruktionsrichter schloss den Schriftenwechsel am 03. März 2015 (act. 9).

**E.e** Ein Kostenvorschuss von CHF 400.– wurde am 24. November 2014 (act. 2) verfügt; sein Eingang konnte am 01. Dezember 2014 (act. 4) verbucht werden.

## **F.**

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

## **Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

### **1.**

**1.1** Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich im Wesentlichen nach den Vorschriften des Bundesgesetzes über das Bundesverwaltungsgericht vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (VwVG, SR 172.021, vgl. auch Art. 37 VGG) sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1, vgl. auch Art. 3 lit. d<sup>bis</sup> VwVG).

**1.2** Das Bundesverwaltungsgericht beurteilt Beschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 5 VwVG von gesetzlich definierten Vorinstanzen, sofern kein Ausnahmesachverhalt gegeben ist (Art. 31, 33, 32 VGG).

**1.3** Zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht ist legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung besonders berührt ist, ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung und am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen hat (Art. 59 ATSG, Art. 48 Abs. 1 VwVG).

**1.4** Eine Beschwerde muss schriftlich, unterschrieben sowie unter Angabe von Begehren und Begründung (Art. 52 Abs. 1 VwVG) innert einer Frist von 30 Tagen eingereicht werden (Art. 60 Abs. 1 ATSG; Fristenstillstand gemäss Art. 38 Abs. 3 ATSG). Bei kostenpflichtigen Verfahren ist zudem ein Vorschuss in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (Art. 63 Abs. 4 VwVG).

## **2.**

**2.1** Bei Versicherten mit ausländischem Wohnsitz ist die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA) für die Verfügung von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) zuständig (Art. 40 Abs. 1 lit. b der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV, SR 831.201]). Die Beschwerdeführerin ist in Deutschland domiziliert. Die angefochtene Verfügung vom 16. Oktober 2014 wurde also zu Recht von der IVSTA erlassen.

**2.2** Die Vorinstanz gehört zum gesetzlichen Kreis derjenigen, deren Entscheide an das Bundesverwaltungsgericht weitergezogen werden können (Art. 33 lit. d VGG, explizit auch Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Es liegt auch kein gesetzlich von der Zuständigkeit ausgenommener Sachverhalt vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist demzufolge zur Beurteilung der Beschwerde zuständig.

**2.3** Als Adressat ist die Beschwerdeführerin durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse; sie hat auch am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen. Die Beschwerde wurde zudem form- und fristgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss geleistet, weshalb auf sie eingetreten werden kann.

### **3.**

**3.1** Am 1. Juni 2002 ist das Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) in Kraft getreten.

**3.2** Die Vertragsparteien wenden nach dem Beschluss 1/2012 des gemischten Ausschusses vom 31. März 2012 (ABl. L 103/51 vom 13. April 2012) ab 01. April 2012 untereinander insbesondere die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (nachfolgend: Verordnung 883/2004, ABl. L166/1 vom 30. April 2004) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 284/1 vom 30. Oktober 2009) an (Art. 8, 15, Anhang II Art. 1 Abs. 1 FZA i.V.m. Anhang II Abschnitt A FZA).

**3.3** Personen, für die das europäische Koordinationsrecht gilt, haben die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates (Art. 4 Verordnung 883/2004). Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als Mitgliedstaat im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Anhang II Art. 1 Abs. 2 FZA).

**3.4** Das europäische Koordinationsrecht erklärt jeweils nur das nationale Recht eines einzigen Mitgliedstaates als anwendbar (Art. 11 Abs. 1 Verordnung 883/2004). Für Erwerbstätige und Selbständige ist dies das Recht des Arbeitsorts (Abs. 3 lit. a), wenn nicht eine zwischenstaatliche Vereinbarung ausnahmsweise eine andere Regelung im Interesse bestimmter Personengruppen trifft (Art. 16 Abs. 1 Verordnung 883/2004).

**3.5** Soweit das FZA bzw. die auf dieser Grundlage anwendbaren Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, ist mangels einer einschlägigen gemeinschaftsrechtlichen bzw. abkommensrechtlichen Regelung die Ausgestaltung des Verfahrens sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen in der Sozialversicherung grundsätzlich Sache der anwendbaren innerstaatlichen Rechtsordnung.

### **3.6**

**3.6.1** Die Beschwerdeführerin besitzt die Staatsangehörigkeit der Schweiz und ist in Deutschland domiziliert, einem Mitgliedsstaat gemäss FZA (Präambel FZA; Art. 2 Verordnung 883/2004). Der persönliche Geltungsbereich der Verordnung 883/2004 ist damit erstellt.

**3.6.2** Sie begehrt Leistungen aus der Invalidenversicherung, welche unter den europarechtlichen Begriffen Leistungen bei Invalidität oder allenfalls Leistungen bei Krankheit in den sachlichen Geltungsbereich der Verordnung 883/2004 fallen (Art. 3 Abs. 1 lit. a und c Verordnung 883/2004).

**3.6.3** Die angefochtene Verfügung vom 16. Oktober 2014 wurde nach Inkrafttreten der Verordnung 883/2004 für die Schweiz am 01. April 2012 erlassen. Ihre zeitliche Anwendbarkeit ist damit zweifelsohne erstellt.

**3.6.4** Die Beschwerdeführerin hat ihre Ansprüche gegenüber der Invalidenversicherung durch ihre Erwerbstätigkeit in der Schweiz erworben, weshalb koordinationsrechtlich Schweizer Recht anwendbar ist. Das Konventionsrecht enthält keine materiellen Bestimmungen zu Anspruch und Revision einer Rente. Der Vorgang beurteilt sich deshalb, unter Berücksichtigung konventionsrechtlicher Schranken, allein aufgrund schweizerischer Rechtsvorschriften.

### **4.**

**4.1** In materiell-rechtlicher Hinsicht ist auf jene Bestimmungen des IVG und des ATSG abzustellen, die für die Beurteilung jeweils relevant waren und in Kraft standen.

Vorliegend ist die am 16. Oktober 2014 verfügte Rentenaufhebung per Dezember 2014 strittig, weshalb insbesondere das IVG in der Fassung vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; AS 2011 5659) und die IVV in der entsprechenden Fassung massgebend sind. Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar.

**4.2** Aufgrund der Untersuchungsmaxime prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserhebli-

chen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss (u.v. URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, §21 m.w.H.). Das Risiko der Nicht-Beweisbarkeit, also die objektive Beweislast, trägt für leistungsbegründende Tatsachen die versicherte Person (BGE 139 V 547 E. 8.1), für anspruchshindernde oder -aufhebende Tatsachen hingegen die IV-Stelle (MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, N 1538).

**4.3 Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die kumulativ (Art. 28 Abs. 1 IVG):**

- ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;
- während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) waren; und
- nach Ablauf dieses Jahres weiterhin zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Ab einem Invaliditätsgrad von 40% wird eine Viertelsrente, ab 50% eine halbe Rente, ab 60% eine Dreiviertelsrente und ab 70% eine ganze Rente ausgerichtet (Art. 28 Abs. 2 IVG).

**4.4 Die spätere Revision einer gesprochenen Rente kann auf Begehren des Rentenempfängers oder von Amtes wegen erfolgen (Art. 17 Abs. 1 ATSG).**

**4.4.1 Eine Anpassung des Invaliditätsgrades im Revisionsverfahren setzt eine erhebliche und anhaltende Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus.**

**4.4.1.1 Zeitlicher Ausgangspunkt dieser Beurteilung ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; wenn keine Verfügung verlangt wurde, ist auch eine einfache Mitteilung über die Nicht-Anpassung des Invaliditätsgrads**

nach amtlicher Revision zu beachten, vgl. Urteil BGer 9C\_46/2009 vom 14. August 2009 E. 3.1).

**4.4.1.2** Ferner muss die Veränderung der Verhältnisse erheblich, das heisst hinsichtlich des resultierenden Invaliditätsgrad geeignet sein, Auswirkungen auf die Rente zu zeitigen. Diese Änderung kann den Gesundheitszustand, erwerbliche Auswirkungen oder auch die anwendbare Methode betreffen (BGE 130 V 343 E. 3.5). Unter revisionsrechtlicher Perspektive ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts allerdings unerheblich (BGE 112 V 371 E. 2.b m.w.H.; Sozialversicherungsrecht – Rechtsprechung [SVR] 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3.a). Ist eine erhebliche Veränderung gegeben, wird die Rente anschliessend nicht nur in Bezug auf diese, sondern in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig geprüft (BGE 117 V 198 E. 4.b).

**4.4.2** Eine amtliche Revision wird eingeleitet, wenn Tatsachen bekannt oder Massnahmen angeordnet werden, die eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrads als möglich erscheinen lassen. Sie kann aber auch bereits mit der vorhergehenden Entscheidung, im Hinblick auf eine mögliche erhebliche Änderung, auf einen bestimmten Termin in Aussicht genommen werden (Art. 87 Abs. 1 IVV). Mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision wurden Bestimmungen ins Gesetz übernommen, wonach Renten, die im Zusammenhang mit pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innert dreier Jahre nach Inkrafttreten der neuen Bestimmungen (am 01. Januar 2012) anhand der neueren Rechtspraxis überprüft und auch bei unverändertem Gesundheitszustand angepasst werden (lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 IVG). Dabei wird nicht vorausgesetzt, dass die ursprüngliche Rentenzusprache ausschliesslich aufgrund solcher Beschwerden erfolgte (BGE 140 V 197 E. 6.2.3 und 6.3). Die ansonsten verlangte Voraussetzung einer tatsächlichen und erheblichen Sachverhaltsänderung (vgl. E. 4.4.1.2) findet unter diesen Umständen ausnahmsweise keine Anwendung.

## **5.**

**5.1** Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens können die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids gerügt werden (Art. 49 Abs. 1 VwVG).

**5.2** Auch das Beschwerdeverfahren ist von der Untersuchungsmaxime beherrscht, weshalb das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je m.w.H.) und der Rügemaxime, wonach der angefochtene Akt nicht auf sämtliche denkbaren Mängel hin zu untersuchen ist, sondern das Gericht sich nur mit jenen Einwänden auseinandersetzen muss, die in der Beschwerde thematisiert wurden (vgl. AUER, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], Zürich 2008, Art. 12 Rz. 12).

**5.3** Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt dieser Anforderung nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5.b und BGE 125 V 195 E. 2, je m.w.H.).

**5.4** Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie einzelne Beweismittel zu würdigen sind; für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach hat die Behörde Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, sind objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 E. 3.a).

**5.5** Führen die vorgenommenen Abklärungen bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten zusätzliche Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, muss nicht weiter untersucht werden. Der Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise stellt diesfalls keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör dar (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 und BGE 124 V 90 E. 4.b).

## 6.

**6.1** Die vorliegend zu beurteilende Rentenrevision stellt die erste Revision nach der ursprünglichen Rentenzusprache im Jahre 2003 dar. Der rentenrelevante Sachverhalt im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Revisionsverfügung vom 16. Oktober 2014 ist deshalb mit demselben im Zeitpunkt der Rentenzusprache am 13. August 2003 zu vergleichen (E. 4.4.1.1).

**6.2** Im Vergleichszeitpunkt (Sachv. B.c) klagte die Beschwerdeführerin vor allem über Visusverminderung und Gesichtsfeldeinschränkung beidseits; weiter über eine "Ungeschicklichkeit" im linken Bein. Ein zuvor noch festgestelltes, "massives Stottern" wurde von der Rehabilitationsklinik in T.\_\_\_\_\_ bereits im November 2001 (Sachv. D.o) als "stockender Sprachfluss" beschrieben; ebenso zeigte sie bereits zu dieser Zeit ein unauffälliges, wenn auch noch unsicheres Gangbild. Der Hausarzt stellte am 13. Oktober 2002 (Sachv. B.b) die Sehstörung klar in den Vordergrund und auch die Vorinstanz sieht noch heute die gewährte Arbeitsunfähigkeit in den Sehstörungen begründet (IV-act. 128 p. 3-5). Zurückgeführt wurden die beschriebenen Leiden auf einen in der Nacht auf den 15. Juli 2001 erlittenen Thalamus-Insult rechts. Diese Sachlage wird im Feststellungsblatt zur Rentenverfügung (Y.-act. 26) korrekt wiedergegeben und war demnach Grundlage für die Verfügung vom 13. August 2003 (Sachv. B.c).

**6.3** Im Rahmen der vorliegenden Revision wurde festgestellt, dass keinerlei neurologische Schädigung objektivierbar sei (so Sachv. D.r); auch ophthalmologisch seien keine objektiven Beeinträchtigungen feststellbar (Sachv. D.e). Hingegen sei der Sprachfluss der Beschwerdeführerin immer noch leicht stockend (Sachv. D.l) und leide sie weiterhin unter einer Sensibilitätsstörung im linken Unterschenkel (Sachv. D.r). Trotzdem hält die Beschwerdeführerin an ihrer Darstellung einer massiven Sehstörung fest, welche auch von verschiedenen Fachärzten diagnostiziert wurde (Sachv. D.c, D.e, D.j).

Statt eines Thalamus-Insults wird nun ein psychogenes Geschehen als Ursache für die Sehstörung vermutet, genannt wird ein Verdacht auf dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (Sachv. D.p). Im gemeinsamen Rapport des medizinischen Dienstes mit der Vorinstanz wird auch betont, die beidseitige Sehstörung könne keinesfalls auf einen einseitigen Insult rechts zurückzuführen sein (IV-act. 111 p. 1, 124 p. 2).

## 6.4

**6.4.1** Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erweist sich bezüglich der funktionellen Einschränkungen im Revisions- gegenüber dem Vergleichszeitpunkt im Grundsatz als unverändert: nach wie vor besteht eine starke Sehstörung, jedoch mit umstrittener Genese. Am ursprünglich diagnostizierten organischen Geschehen, dem Thalamus-Insult, könne heute nicht mehr festgehalten werden, was eine Verbesserung des Gesundheitszustands darstelle. Dabei wird im Rapportprotokoll einerseits beschrieben, es bestehe wohl gar keine Sehstörung, andererseits wird ein Übergang von organisch begründeten zu organisch nicht begründeten Beschwerden beschrieben (Sachv. D.w). Es bleibt deshalb unklar, ob eine Simulation in den Raum gestellt werden sollte, wie sie der RAD in seiner Stellungnahme vom 13. Oktober 2011 nach den ersten Untersuchungen der deutschen Gutachter noch sah (Sachv. D.g).

**6.4.2** Die zuerst konsultierte Ophthalmologin, Dr. G.\_\_\_\_\_, bemerkte in ihrem Gutachten vom 08. Oktober 2009 Widersprüche zwischen dem unauffälligen Spontanverhalten der Beschwerdeführerin und ihren Problemen bei visuellen Aufgaben, wollte aber bis zu einer totalen Sicherheit über die Glaubwürdigkeit von voller Arbeitsunfähigkeit ausgehen. Dr. D.\_\_\_\_\_, langjährig behandelnde Ophthalmologin, (Sachv. D.j) legt in ihrem Bericht vom 15. November 2011 dar, sie habe keinen Verdacht auf Aggravation gehegt, da sie jeweils über Jahre hinweg dieselben Werte gemessen habe. Dr. C.\_\_\_\_\_, behandelnder Hausarzt, wiederum konstatierte am 07. Februar 2012, für ihn sei die Beschwerdeführerin zweifelsohne sehbehindert, und führte insbesondere verschiedene Stürze der vergangenen Jahre darauf zurück (Sachv. D.m). Im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung vom 9. August 2013 (Sachv. D.r) werden schliesslich Testergebnisse beschrieben, die am ehesten für eine psychisch-funktionelle Grundlage statt Simulation sprechen. Der psychiatrische Gutachter, Dr. R.\_\_\_\_\_ attestiert denn in seinem Gutachten vom 30. September 2013 (Sachv. D.p) auch verdachtsweise eine dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung, wobei die Diagnose wohl nur nach langjähriger, intensiver Psychotherapie definitiv bestätigt werden könne.

Nachdem sich kein bedeutsames Indiz für eine Simulation der Beschwerdeführerin, hingegen verschiedene konkrete Hinweise für ein psychogenes Geschehen finden liessen, muss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, die Beschwerdeführerin nehme ihre Sehstörung tatsächlich als solche wahr. Sie sind deshalb als Teil des Gesundheitszustands zu berücksichtigen.

**6.4.3** Im Rapport des RAD mit der Vorinstanz vom 21. August 2014 (Sachv. D.w) wird dargelegt, die Progredienz und Beidseitigkeit der Störung sowie ihr Auftreten mit deutlicher Verzögerung zum vermuteten, einseitigen Insult, schliessen einen Zusammenhang mit diesem aus. Eine (organische) Ätiologie hätte aber im Zeitpunkt der Rentenzusprache vorliegen können und wäre dann zu einem späteren Zeitpunkt hinter die nicht-organischen Beschwerden zurückgetreten. Genauere Abklärungen dazu seien heute allerdings nicht mehr durchführbar. Der behandelnde Neurologe, Dr. L. \_\_\_\_\_ bestätigt in seinem Bericht vom 30. Januar 2012 die unklare Aktenlage für den Zeitpunkt der Rentenzusprache, indem er heute neben der Sehstörung auch die Hemisymptomatik in einen ursprünglich funktionellen Zusammenhang stellt (Sachv. D.l).

**6.4.4** Nach diesen Erwägungen kann eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin nicht als überwiegend wahrscheinlich erwiesen angesehen werden. Weitere Abklärungen sind heute – bezüglich der Vergleichszeitpunkts – nicht mehr möglich oder aber versprechen gegenüber den aktuellen, sehr ausführlichen Untersuchungen keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn. Es ist deshalb in antizipierter Beweiswürdigung (E. 5.5) und zulasten der Vorinstanz (E. 4.2) von einem unveränderten Gesundheitszustand auszugehen.

**6.5** Eine ordentliche Rentenrevision ist bei diesem Ergebnis, da sie eine erhebliche Sachverhaltsänderung voraussetzte (E. 4.4.1), ausgeschlossen.

**6.6** Die ursprüngliche Rentenzusprache erfolgte ohne Bezug auf pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage (so explizit auch Sachv. D.n), obwohl die heute beschriebenen Unvereinbarkeiten mit einem einseitigen Insult als Auslöser (E. 6.4.3) bereits damals bekannt gewesen sein mussten. Nach heutigen Erkenntnissen liegt mit einer dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung verdachtsweise ein solches Beschwerdebild vor (vgl. Urteil BGer I 9/07 vom 09. Februar 2007 E. 4 in fine).

Eine Revision nach den Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision, bei der ausnahmsweise auf das Erfordernis eines veränderten Sachverhalts verzichtet werden kann (E. 4.4.2), ist nach bundesgerichtlicher Praxis nur möglich, wenn schon die Rentenzusprache aufgrund der Diagnose eines solchen Beschwerdebilds erfolgte (BGE 139 V 547 E. 10.1.1; zur Einschränkung der Ausschliesslichkeit siehe E. 4.4.2). Da dies vorliegend

nicht der Fall ist, kann die Rente nicht auf dieser Grundlage in Revision gezogen werden. Hinzu kommt, dass die angeordnete Rentenaufhebung aus heutiger Sicht vom Bundesverwaltungsgericht nicht bestätigt werden könnte, da für die von Dr. R. \_\_\_\_\_ in seinem Gutachten und im zweiten Rapport der IV-Stelle und des medizinischen Dienstes festgehaltene Überwindbarkeit der Schmerzen (recte: Beschwerden) nicht nach den Standardindikatoren gemäss neuester bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (BGE 141 V 281) geprüft worden ist.

## **7.**

Nachdem die Rente der Beschwerdeführerin mangels einer Veränderung ihres Gesundheitszustands nicht ordentlich und mangels Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen nicht anhand der Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision revidiert werden kann, fehlt es an einer alternativen gesetzlichen Grundlage. Die angefochtene Verfügung vom 16. Oktober 2014 ist deshalb aufzuheben. Eine Erörterung der verbleibenden Rügen der Beschwerdeführerin erübrigt sich.

## **8.**

**8.1** Die Verfahrenskosten sind in der Regel der unterliegenden Partei aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Der Vorinstanz werden allerdings keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Der obsiegenden Beschwerdeführerin werden keine Verfahrenskosten auferlegt; der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.– wird nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihr bekanntzugebendes Konto zurückerstattet.

**8.2** Die Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz für die ihr erwachsenen notwendigen Kosten (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2). Ihr Rechtsvertreter hat keine Honorarnote eingereicht, weshalb das Gericht auf Grundlage der Akten (Art. 14 Abs. 2 VGKE) eine Parteientschädigung von CHF 2'000.– (inkl. Auslagen, exkl. MwSt.) festlegt.

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird gutgeheissen. Die angefochtene Verfügung vom 16. Oktober 2014 wird aufgehoben.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der geleistete Kostenvorschuss wird nach Rechtskraft dieses Urteils auf ein von der Beschwerdeführerin bekannt zu gebendes Konto zurückerstattet.

**3.**

Der Beschwerdeführerin wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von CHF 2'000.– zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Susanne Flückiger

**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).

Versand: