

# **BVGer A-1638/2012 vom 26. Juni 2014**

Bundesverwaltungsgericht, 2014-06-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_A-1638\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_A-1638_2012)

FR: TAF A-1638/2012 du 26 juin 2014

IT: TAF A-1638/2012 del 26 giugno 2014

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Nach Art. 31 des Bundesgesetzes über das Bundesverwaltungsgericht vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinn von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 3 Bst. dbis des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) findet das VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG finden die Vorschriften des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a bis 26bis IVG und Art. 28 bis 70 IVG) Anwendung, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

### **E. 1.3**

Die Beschwerdeführerin ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass sie im Sinn von Art. 59 ATSG (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG) beschwerdelegitimiert ist.

### **E. 1.4**

Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 ATSG und Art. 52 VwVG) ist daher einzutreten.

### **E. 1.5**

Die Beschwerdeführerin kann im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

### **E. 2.1**

Vorliegend ist strittig und zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin über den 1. April 2012 hinaus weiterhin einen Anspruch auf die bisherige halbe Invalidenrente hat. Dazu sind im Folgenden vorab die im vorliegenden Verfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

### **E. 2.1.1**

Die Beschwerdeführerin ist Staatsangehörige des Kosovo und hat dort seit dem Jahr 2009 ihren Wohnsitz. Im vorliegenden Verfahren stellt sich die Frage, ob das Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; im Folgenden: Sozialversicherungsabkommen) sowie die Verwaltungsvereinbarung vom 5. Juli 1963 betreffend die Durchführung dieses Abkommens (SR 0.831.109.818.12) auf Bürger des Kosovo weiterhin anwendbar sind. Der Bundesrat teilte mit diplomatischer Note vom 18. Dezember 2009 an den Kosovo mit, dass die Schweiz das Sozialversicherungsabkommen und die Verwaltungsvereinbarung mit dem Kosovo mit Wirkung ab 1. Januar 2010 bzw. in Beachtung der Kündigungsvorschriften ab 1. April 2010 nicht mehr weiterführe (ausführlich dazu Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C 3220/2012 vom 23. Oktober 2013 E. 2.1.1). Das Bundesgericht hat erkannt, dass die ehemals serbische Provinz und heutige Republik Kosovo mit ihrer Sezession eine völkerrechtlich wirksame Änderung herbeigeführt hat und die Nichtweiteranwendung des Sozialversicherungsabkommens durch die Schweiz auf die neue Gebietskörperschaft ab dem 1. April 2010 rechtmässig ist (BGE 139 V 263 E. 3 ff., insbesondere E. 8). In einem weiteren Entscheid erkannte es, laufenden Renten würden demgegenüber gemäss Art. 25 des Sozialversicherungsabkommens den Besitzstand geniessen (BGE 139 V 335 E. 6; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2808/2012 vom 4. November 2013 E. 3).

### **E. 2.1.2**

Vorliegend steht die Aufhebung einer halben Rente in Frage, welche der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 1. August 1999 und damit sowohl vor der Unabhängigkeitserklärung der serbischen Provinz Kosovo am 17. Februar 2008 als auch vor dem 1. April 2010 zugesprochen wurde. Auch im Licht der zuletzt genannten Rechtsprechung durfte sich die Beschwerdeführerin demnach auf den Besitzstand der laufenden (schweizerischen) Invalidenrente berufen. Der Rentenanspruch bestimmt sich gemäss Art. 4 des (bis zu diesem Zeitpunkt anwendbaren) Sozialversicherungsabkommens ausschliesslich nach dem internen schweizerischen Recht.

### **E. 2.1.3**

Gemäss Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens sind Angehörige der Vertragsstaaten in den Rechten und Pflichten aus der Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung einander gleichgestellt, soweit in diesem Abkommen und seinem Schlussprotokoll nichts Abweichendes bestimmt ist. Mangels einer einschlägigen abkommensrechtlichen Regelung sind die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich Sache der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 253 E. 2.4). Daraus folgt, dass die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin grundsätzlich nach den Regeln des schweizerischen Rechts zu beurteilen haben.

### **E. 2.2.1**

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 138 V 475 E. 3.1, 132 V 215 E. 3.1.1 und 131 V 9 E. 1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den

neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

### **E. 2.2.2**

Vorliegend erfolgte die letzte materielle Würdigung des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung ihres Gesundheitszustandes am 3. Juni 2005, als die IV-Stelle des Kantons Z. \_\_\_\_\_ letztmals feststellte, bei der Überprüfung des IV-Grades des Beschwerdeführers habe sie keine Änderung festgestellt, die sich auf die Rente auswirke (IV-act. 76; Sachverhalt Bst. C). Die vorliegend angefochtene Verfügung der IVSTA wurde am 17. Februar 2012 erlassen und bezieht sich auf einen Rentenanspruch (bzw. dessen Aufhebung) ab dem 1. April 2012 (Sachverhalt Bst. E). Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ist demnach im vorliegenden Fall für den Zeitraum vom 3. Juni 2005 bis 31. Dezember 2007 ein allfälliger Rentenanspruch nach dem Recht gemäss den am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Änderungen (4. IV-Revision; IVG in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837] und IVV in der Fassung vom 21. Mai 2003 [AS 2003 3859]) zu beurteilen. Ab dem 1. Januar 2008 bis zum 31. Dezember 2011 ist ein solcher Rentenanspruch nach dem Recht gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; IVG in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129] und IVV in der Fassung vom 28. September 2007 [AS 2007 5155]) zu beurteilen. Für den Zeitraum danach ist auf die Fassung gemäss den am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Änderungen (erster Teil der 6. IV-Revision; IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]) abzustellen.

### **E. 2.3**

Die sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Bundesgerichts stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 17. Februar 2012) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 und 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis).

### **E. 2.4.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

### **E. 2.4.2**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens setzt namentlich eine fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus. Eine solche lege artis gestellte Diagnose ist zwar notwendige, jedoch noch nicht hinreichende Voraussetzung für die Annahme einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit

bzw. Invalidität (vgl. BGE 139 V 547 E. 5.2, 130 V 396 E. 6.3 und 127 V 294 E. 4c). Nach der Rechtsprechung vermögen Störungen, die zu den sogenannten pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gehören (namentlich somatoforme Schmerzstörungen, Fibromyalgie, Neurasthenie, Chronic Fatigue Syndrom, sogenanntes Schleudertrauma [ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle] und nichtorganische Hypersomnie), grundsätzlich keine Invalidität zu begründen, indem die Vermutung besteht, dass solche Störungen oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind (BGE 130 V 352 E. 2.2.1 siehe auch: BGE 137 V 64 E. 1.2 und 4.2 f., 131 V 49 E. 1.2, 132 V 65; kritisch zu dieser Vermutung JÖRG PAUL MÜLLER, Zur medizinischen und sozialrechtlichen Beurteilung von Personen mit andauernden somatoformen Schmerzstörungen und ähnlichen Krankheiten im Verfahren der Invalidenversicherung, in: Jusletter vom 28. Januar 2013, Rz. 26 ff., 61 ff., insb. 69 f., 72, 74 ff.). Ein Abweichen von diesem Grundsatz fällt nur in jenen Fällen in Betracht, bei denen das festgestellte pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage nach Einschätzung des Arztes eine derartige Schwere aufweist, dass der versicherten Person die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt bei objektiver Betrachtung und unter Ausschluss von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, welche auf aggravatorisches Verhalten zurückzuführen sind, sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder dies für die Gesellschaft gar untragbar ist (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3 zur somatoformen Schmerzstörung; vgl. zur entsprechenden Rechtslage bei anderen pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage: BGE 136 V 279 E. 3.2.3).

### **E. 2.4.3**

Das Bundesgericht hielt dazu fest, die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setze das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus. So sprächen unter Umständen (1) chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, (2) ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, (3) ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn [«Flucht in die Krankheit»]) oder schliesslich (4) unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person für die ausnahmsweise Unüberwindlichkeit der somatoformen Schmerzstörung (sog. Foerster-Kriterien; BGE 130 V 352 E. 2.2.3 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 139 V 547 E. 2.2.1.2). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1, 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen Urteil des Bundesgerichts I 682/06 vom 29. August 2007, in: SVR 2008 IV Nr. 23 S. 72 E. 2.1). Diese Rechtsprechung, wonach von der Vermutung auszugehen ist, dass mit zumutbarer Willensanstrengung trotz der Schmerzen eine leidensangepasste Tätigkeit ausgeübt werden

kann, kommt insbesondere dann zur Anwendung, wenn zwar gewisse somatische Befunde erhoben wurden, diese die geklagten Schmerzen jedoch nur zu einem kleineren Teil erklären können (vgl. beispielsweise Urteil des Bundesgerichts 8C\_591/2009 vom 27. November 2009 E. 4.2).

### **E. 2.5**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 und 128 V 29 E. 1).

### **E. 2.6**

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (seit 1. Januar 2008 Abs. 2) geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente. Viertelrenten werden allerdings gemäss Art. 28 Abs. 1ter IVG (seit 1. Januar 2008 Art. 29 Abs. 4 IVG) nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Sinn von Art. 13 ATSG in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme ist vorliegend nicht gegeben, bestätigt doch Art. 8 Bst. e des Sozialversicherungsabkommens diese Regelung. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG, heute: Bundesgericht) stellt Art. 29 Abs. 4 IVG eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (vgl. BGE 121 V 264 E. 5b und 6c noch zum alten Art. 28 Abs. 1ter IVG).

### **E. 2.7.1**

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird eine Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad des Rentenbezügers erheblich verändert hat. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (vgl. BGE 135 V 201 E. 6.1, BGE 112 V 371 E. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine

Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 135 V 201 E. 6.1 mit Hinweisen, BGE 115 V 308 E. 4a/bb).

### **E. 2.7.2**

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4). Eine Verfügung ist jedoch verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74ter Bst. f IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_46/2009 vom 14. August 2009 E. 3.1).

### **E. 2.7.3**

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, die anspruchsbeflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6, 126 V 353 E. 5b).

### **E. 2.7.4**

Die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente erfolgt mit dem ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung (Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV). Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Rente bei Wegfall der Invalidität im Normalfall erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der anspruchserheblichen Veränderung aufzuheben (vgl. BGE 134 V 20 E. 3.2.1; Urteil des Bundesgerichts I 569/06 vom 20. November 2006 E. 3.3 mit Hinweisen).

### **E. 2.8.1**

Auf den 1. Januar 2012 sind mit dem ersten Massnahmepaket der 6. IV-Revision die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 (im Folgenden: Schlussbestimmungen) in Kraft getreten. Bst. a Ziff. 1 Schlussbestimmungen hält zur Überprüfung der Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, fest, diese seien innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung zu überprüfen. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG (E. 2.4.1) nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG (E. 2.7.1) nicht erfüllt sind.

### **E. 2.8.2**

Das Bundesgericht erachtet es aus Gründen der Rechtsgleichheit als geboten, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare

organische Grundlage den gleichen Anforderungen zu unterstellen, und hat in der Folge die im Bereich der anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen entwickelte «Schmerz-Rechtsprechung» (BGE 130 V 352) bei verschiedenen verwandten Diagnosen, so bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgie, Chronic Fatigue Syndrome oder Neurasthenie, dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, der dissoziativen Bewegungsstörung, einer spezifischen HWS-Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle (HWS- oder Schleudertrauma) wie auch bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zur Anwendung gebracht (BGE 136 V 279 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_483/2012 vom 4. Dezember 2012 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 2.8.3**

Bei der Überprüfung und Neubeurteilung von laufenden Renten, welche gestützt auf eine in Bst. a Schlussbestimmungen genannten Diagnosen gesprochen wurden, stellen sich die gleichen Fragen, wie wenn ein erstmaliges Leistungsgesuch zu beurteilen ist. Es geht somit darum, aus heutiger Sicht zu beurteilen, ob die Voraussetzungen für einen Rentenbezug nach Art. 28 f. IVG i.V.m. Art. 7, 8 und 16 ATSG im Zeitpunkt der Überprüfung - und nicht zum Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache - erfüllt sind oder nicht, was insbesondere eine vollständige Abklärung des medizinischen - d.h. psychiatrischen und bei entsprechenden Anhaltspunkten auch somatischen - Sachverhalts erfordert. Die der ursprünglichen Rentenzusprache zugrundeliegende Diagnose dient lediglich dazu festzustellen, ob ein Sachverhalt überhaupt in den Anwendungsbereich der Schlussbestimmung fällt und somit gestützt darauf eine Neubeurteilung des laufenden Rentenanspruchs erfolgen kann oder ob nur eine revisionsweise Überprüfung unter den (restriktiveren) Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG möglich ist.

### **E. 2.8.4**

Das Bundesgericht hat festgestellt, dass die genannte Schlussbestimmung (E. 2.8.1) verfassungs- und EMRK-konform ist (BGE 139 V 547 E. 2-10). Konkret müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein, damit eine Überprüfung der Rente nach den Schlussbestimmungen eingeleitet werden kann und eine Revision möglich ist, ohne dass die Bedingungen von Art. 17 ATSG erfüllt sind (BGE 139 V 547 E. 10.1): (1) Die Rentenzusprache erfolgte ausschliesslich auf Grund der Diagnose eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage; (2) auch im Revisionszeitpunkt liegt ausschliesslich ein unklares Beschwerdebild vor; zu klären ist ferner, ob sich der Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache allenfalls verschlechtert hat und ob neben den nicht objektivierbaren Störungen anhand klinischer psychiatrischer Untersuchungen nunmehr nicht klar eine Diagnose gestellt werden kann; (3) zu prüfen ist, ob die «Foerster-Kriterien» (E. 2.4.3) als erfüllt zu betrachten sind und eine Validitätseinbusse auf diese Weise - trotz des hinsichtlich der invalidisierenden Folgen nicht objektivierbaren Beschwerdebildes - nachweisbar ist. An dieser Stelle erübrigt es sich, auf die an den Schlussbestimmungen in Lehre und Praxis geäusserte Kritik einzugehen, liegt doch mittlerweile der soeben genannte höchstrichterliche Entscheid vor, der sich mit dieser Kritik eingehend befasst.

### **E. 2.9.1**

Um zuverlässig beurteilen zu können, ob der Invaliditätsgrad des Versicherten seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung eine anspruchsbegründende Änderung erfahren hat

oder nicht bzw. ob ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild vorliegt, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 und 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002, S. 62, E. 4b/cc).

### **E. 2.9.2**

Bezüglich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten, wobei die Aufstellung von Richtlinien für die Beweiswürdigung als zulässig erachtet wird (BGE 134 V 231 E. 5.1, vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

### **E. 2.9.3**

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee, mit Hinweisen).

### **E. 2.9.4**

Auf Stellungnahmen der RAD kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (BGE 137 V 210 E. 1.2.1; Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird (Urteil des Bundesgerichts 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteile des Bundesgerichts 9C\_9/2010 vom 29. September 2010 E. 3.3, 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1, 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1).

### **E. 2.9.5**

Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C 168/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2.2).

### **E. 3.1**

Streitig und damit zu prüfen ist vorliegend, ob die Vorinstanz zu Recht mit Verfügung vom 17. Februar 2012 die halbe Invalidenrente der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. April 2012 aufgehoben hat.

### **E. 3.2**

Hinsichtlich der erheblichen zeitlichen Anknüpfungspunkte hat im vorliegenden Fall als letztmaliger, das Ergebnis einer rechtsgenügenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs darstellender Rechtsakt die Mitteilung der IV-Stelle des Kantons Z. \_\_\_\_\_ vom 3. Juni 2005 (IV-act. 53) zu gelten, mit welcher oppositionslos weiterhin die mit ursprünglicher Verfügung vom 11. Juli 2000 (IV-act. 58 S. 7 und 9-10) zugesprochene halbe Invalidenrente bestätigt worden war. Zu beurteilen ist daher, ob zwischen der Mitteilung vom 3. Juni 2005 - auf welche hin die Beschwerdeführerin keine Verfügung verlangt hatte - und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 17. Februar 2012 eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten war, die geeignet war bzw. ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch in rentenrelevanter Weise zu beeinflussen.

### **E. 3.3**

Da die Bestätigung der Rente jeweils aufgrund knapper Berichte und mit der Begründung erfolgte, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich nicht geändert, erscheint es geboten, auf die Aktenlage bis zur rentenbestätigenden Mitteilung vom 3. Juni 2005 einzugehen. Diese stellt sich wie folgt dar:

#### **E. 3.3.1**

Die Zusprache einer halben Rente im Jahre 2000 (Sachverhalt Bst. B) erfolgte gestützt auf die Abklärungen der IV-Stelle und den Abklärungsbericht der BEFAS [...] vom 21. Januar 2000 (IV-act. 36; E. 3.3.1.12), welchen Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zusammen mit F. \_\_\_\_\_, Berufsberaterin, und G. \_\_\_\_\_, Berufsabklärerin, erstellt hatte (vgl. IV-act. 81 S. 2; IV-act. 114 S. 1 und IV-act. 129 S. 1). Nachfolgend werden die relevanten Aussagen in den (auch vorausgegangenen) Berichten zusammengefasst.

##### **E. 3.3.1.1**

In einem Bericht von Dr. H. \_\_\_\_\_, Arzt für innere Medizin und Angiologie FMH, an Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Arzt für allgemeine Medizin FMH, vom 17. Dezember 1996 (IV-act. 1) hielt Dr. H. \_\_\_\_\_ als Diagnose ein leichtes Lymphödem des linken Fusses mit noch unklarer Genese, ein lumbospondylogenes Syndrom links sowie ein intaktes oberflächliches und tiefes Leitvenensystem am linken Bein fest. Er empfahl gelegentlich eine weitergehende Abklärung zum Ausschluss einer Grundkrankheit für das Lymphödem.

##### **E. 3.3.1.2**

Dr. J. \_\_\_\_\_, Arzt für innere Medizin FMH, Spezialist für Rheumatologie, berichtete Dr. I. \_\_\_\_\_ am 8. September 1997. Er stellte die Diagnose chronisches Lumbovertebralsyndrom mit spondylogem Syndrom links, wahrscheinlich vor allem im Rahmen einer funktioneller Störung des linken Iliosakralgelenks (IV-act. 4 S. 1).

#### **E. 3.3.1.3**

Auf einem Fragebogen, den die IV-Stelle Y. \_\_\_\_\_ Dr. I. \_\_\_\_\_ am 24. September 1997 zusandte, antwortete dieser am 21. Oktober 1997, dass der Gesundheitsschaden seit Januar 1996 bestehe und die Beschwerdeführerin einer Physiotherapie, eines Chiropraktors und Medikamente bedürfe. Als Diagnose hielt er ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit spondylogem Syndrom links, ein Handgelenkganglion dorsal radikal links, ein leichtes Lymphödem des linken Fusses, eine sekundäre Sterilität bei Status nach Tubarabort sowie eine Sactosalpinx rechts und massive tubäre Adhäsionen links nach mehrfachen Adnexitiden fest. Seit Januar 1996 bestehe eine leichtgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Näherin wegen des Rückenleidens im Ausmass von höchstens 20-25 %, welche wohl weiterhin bestehen würde. Bei einer Wechselbelastung für den Rücken mit abwechslungsweise Sitzen, Stehen und Gehen könnte wohl eine Arbeitsfähigkeit von 100 % erreicht werden. Das Heben schwerer bis mittelschwerer Lasten solle vermieden werden. Das Rückenleiden werde wohl fortbestehen. Bei angepasster Arbeit scheine ihm die Prognose bezüglich Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit günstig (IV-act. 9).

#### **E. 3.3.1.4**

Dr. K. \_\_\_\_\_, Chiropraktor SCG/ECU, hält in seinem Bericht an Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 23. Oktober 1997 die Diagnose linksseitiges Lumbosakralsyndrom bei Gefügelockerung im linken Iliosakralgelenk (ISG) und ein akutes Lumbodorsalsyndrom fest. Im Befund steht, die Beschwerdeführerin weise einen Beckentiefstand rechts mit anschliessender achsensgerechter Lenden- und Brustwirbelsäule (LWS und BWS) auf. Bei der Flexion der Lendenwirbelsäule trete ein Ausweichen des Oberkörpers nach rechts auf. Es gebe einen deutlichen muskulären Hartspann zwischen L4-S1 links sowie in der linken Glutaealmuskulatur. Die Behandlung habe keinen Erfolg gezeigt. Ein Szintigramm sei wohl der nächste diagnostische Schritt (IV-act. 10).

#### **E. 3.3.1.5**

In seiner Überweisung an Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Rheumatologe, Leitender Arzt der Rheumatologie am [Spital Ba. \_\_\_\_\_], schrieb Dr. J. \_\_\_\_\_ am 17. November 1997, sämtliche durchgeführten Bilder bildgebender Verfahren seien nicht schlüssig; teils werde eine ISG-Arthropathie erwogen, teils wieder nicht (IV-act. 12).

#### **E. 3.3.1.6**

Am 5. Dezember 1997 schrieben Dr. L. \_\_\_\_\_, Leitender Arzt, und Dr. M. \_\_\_\_\_, Assistenzarzt, an Dr. J. \_\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin weise einen Beckentiefstand rechts 8 mm mit kompensatorischer rechtskonvexer LWS-Skoliose auf. Das Aufrichten [nach Beugung] sei inkonstant mit analgischem Stopp, lumbosakral, keine Ausweichskoliose. Die Seitenneigung von Brust- und Lendenwirbelsäule sei zu je 1/3 eingeschränkt. Weiter werden verschiedene Schmerzen beschrieben. Die Röntgenbefunde seien unauffällig. Die Ärzte fanden trotz umfangreich durchgeführter Untersuchung keine kausale Erklärung für die [zum damaligen Zeitpunkt] seit ca. eineinhalb Jahren bestehenden Lumbosakralgien mit Ausstrahlungen ins linke Bein. Sie fanden aber Weichteilveränderungen mit schmerzhaften Myogelosen und insbesondere auch

Druckdolenz im Piriformisbereich. Bei positivem Menell-Zeichen links, ansonsten jedoch unauffälliger ISG-Untersuchung sei eine linksseitige ISG-Arthritis sehr unwahrscheinlich, wenn auch nicht mit letzter Sicherheit auszuschliessen. Differentialdiagnostisch sei ein (entzündlicher) Prozess im kleinen Becken weiterhin zu erwägen, insbesondere in Anbetracht der positiven Anamnese rezidivierender Salpingitiden, der offenbar dokumentierten passageren, aktuell jedoch klinisch nicht fassbaren Beinschwellung links (womöglich im Rahmen eines primären Lymphödems bei Abfluss-Störung im kleinen Becken) sowie der zurzeit leicht erhöhten Blutsenkungsreaktion bei Mikrozytose (IV-act. 13).

#### **E. 3.3.1.7**

Am 12. Mai 1998 kamen Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Chefarzt des Röntgeninstituts des [Spitals Ba.\_\_\_\_\_] , und Dr. med. B. Czermak, Stellvertretender Oberarzt, nach einer Magnetresonanztomographie (MRI) des Beckens zum Schluss, es werde die bekannte Sactosalpinx dargestellt. Verglichen zur rechten Seite seien linksseitig die Lymphknoten etwas grösser und etwas vermehrt, eine eindeutige pathologische Vergrösserung könne jedoch nicht nachgewiesen werden. Es gebe keinen Beckentumor. Die Darstellung der ISG-Gelenke sei unauffällig. Insbesondere gebe es keine Hinweise für eine ISG-Arthritis (IV-act. 17).

#### **E. 3.3.1.8**

Am 9. März 1999 forderte die IV-Stelle Y.\_\_\_\_\_ von Dr. I.\_\_\_\_\_ einen Arztbericht an, um den Anspruch auf berufliche Massnahmen prüfen zu können. Dr. I.\_\_\_\_\_ antwortete am 23. März 1999 mittels des Fragebogens. Er bescheinigte eine Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, welche schwer abzuschätzen sei, möglicherweise um die 30 % betrage. In den täglichen Verrichtungen im Haushalt sei die Beschwerdeführerin eingeschränkt. Die Diagnose lautete auf ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit spondylothem Syndrom links, Handgelenksganglion dorsal radial links, leichtes Lymphödem am linken Fuss, sekundäre Sterilität bei Status nach Tubarabort 1989, rezidivierende Bauchschmerzen bei Verdacht auf Verwachsungsbauch bei Sactosalpinx rechts und massiver tubärer Adhäsionen links nach mehrfachen Adnexitiden, chronische obstruktive Lungenerkrankung bei Nikotinabusus. Er stellte persistierende Schmerzen fest. Der Arzt empfahl eine Beurteilung durch die MEDAS oder Rheumatologie (IV-act. 22).

#### **E. 3.3.1.9**

Dr. L.\_\_\_\_\_ und Dr. O.\_\_\_\_\_, Assistenzarzt, schrieben am 22. Juli 1999 an Dr. I.\_\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin wirke leicht depressiv. Es gebe eine rechtskonvexe BWS-Skoliose, Druckdolenz auf T5 und L4 sowie auf die Spina iliaca posterior superior links, eine schmerzhaftige Seitenneigung der LWS nach links und LWS-Extension. Insgesamt sei die Beweglichkeit der Wirbelsäule gut. Es gebe einen Triggerpunkt im Glutaeus medius und Piriformismuskulatur mit Ausstrahlung der Beschwerden in den dorsalen Oberschenkel bis zum Knie. Im Übrigen war der Befund unauffällig. Die radiologische Untersuchung stehe noch aus. Die Beurteilung der Ärzte fiel dahingehend aus, dass die Beschwerden subjektiv und objektiv konstant geblieben seien. Für das Prozedere wurde unter anderem festgehalten, ISG-Veränderungen seien radiologisch wiederholt festgestellt und anderweitig interpretiert worden. Obwohl ein MRI im Mai 1998 unauffällig ausgefallen sei, würde eine Computertomographie des ISG veranlasst, damit der Verlauf beobachtet und eine allfällige ISG-Arthritis diagnostiziert oder definitiv ausgeschlossen werden könne (IV-act. 29).

#### **E. 3.3.1.10**

Am 23. Juli 1999 stellte Dr. P. \_\_\_\_\_, leitender Arzt am Röntgeninstitut des [Spitals Ba. \_\_\_\_\_], bei einer Zweiphasenskelettszintigraphie der LWS und beider ISG einen unauffälligen Befund, keine Hinweise für Sacrolitis oder Spondylitis sowie keine entzündlichen Veränderungen fest (IV-act. 30).

#### **E. 3.3.1.11**

Die Dres. L. \_\_\_\_\_ und O. \_\_\_\_\_ befanden im Rahmen einer Nachkontrolle am 21. Dezember 1999, der Fersengang löse einen Flankenschmerz links aus. Es sei eine leicht verminderte, aber weitgehend indolente Wirbelsäulenbeweglichkeit in Flexion feststellbar. Die LWS-Extension sei um 1/3 vermindert. Weiter stellten sie verschiedene Schmerzen, vor allem Druckdolenzen, linksbetont fest. Insbesondere hielten sie ein positives Waddel-Zeichen fest: Die axiale Kompression des Kopfes löse einen lumbalen Schmerz aus, wobei die Beschwerdeführerin mit dem linken Knie einnicke. Den neurologischen Befund beurteilten die Ärzte bis auf eine nicht streng dermatomgebundene Hypästhesie des lateralen Vorfusses rechts als unauffällig. Er entspreche weiterhin einem myofascialen Syndrom im Beckengürtelbereich links, wobei die vermehrte Weichteilempfindlichkeit am linken Hemikörper auf eine Generalisierung hindeute. Die von der Beschwerdeführerin bezeichneten Schmerzareale wiesen ebenfalls auf diese linksbetonte Generalisierung hin. Es lägen weiterhin weder anamnestiche noch klinische Zeichen einer chronisch-entzündlichen Erkrankung vor. Die Ärzte stellten fest, dass die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht weiterhin für leichte Arbeiten mindestens teilweise arbeitsfähig sei (IV-act. 34).

#### **E. 3.3.1.12**

Im BEFAS-Bericht vom 21. Januar 2000 wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei in der Lage, leichte wechselnd belastende Tätigkeiten auszuüben. Die Arbeitsfähigkeit solle mit 50 % aufgenommen werden und sei im Laufe von drei bis sechs Monaten in Absprache mit dem Hausarzt auf 70 bis 80 % steigerbar. Der BEFAS-Arzt diagnostizierte einen Verdacht auf eine intermittierende lumboradikuläre Reizung L5/S1 links, ferner ein generalisiertes Schmerzsyndrom, ähnlich einem Fibromyalgie-Syndrom. Die Beschwerdeführerin habe gegen Abschluss der BEFAS-Abklärung erschöpft und ermüdet gewirkt. Sie habe vermehrt Schmerzen angegeben. Das Gangbild habe sich stark verschlechtert und sie habe sich steif mit blockierter Wirbelsäule bewegt. Die Beschwerdeführerin habe ein schwer einzuschätzendes generalisiertes lumbales Schmerzsyndrom mit Exazerbation und fraglicher Irritation der Wurzel L5 und S1 links gezeigt. Die Experten hatten den Eindruck, dass sie in erheblichem Mass auch durch ihre psychosoziale Situation (unerfüllter Kinderwunsch, Heimweh, Verlust eines selbst geschaffenen Heims im Krieg) stark beeinträchtigt werde (IV-act. 36 S. 1 und 4 f.).

#### **E. 3.3.1.13**

Beim psychologischen Abklärungsgespräch durch den Psychologen Q. \_\_\_\_\_, Rheuma- und Rehabilitationsklinik Bb. \_\_\_\_\_, Fachklinik für Neurologische Rehabilitation, erschien die Beschwerdeführerin als offen und kommunikativ. Sie habe einen unterschwellig bedrückten Eindruck gemacht. Sie bringe ihre momentan körperlichen Probleme mit der als stark überfordernd erlebten Arbeit als Näherin in Zusammenhang und scheine im Augenblick sozial isoliert zu sein (IV-act. 40 S. 1 f.).

#### **E. 3.3.1.14**

Am 31. Mai 2000 schrieben Dr. med. R. \_\_\_\_\_, leitender Arzt an der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Bb. \_\_\_\_\_, Fachklinik für Neurologische Rehabilitation, und Dr. med. S. \_\_\_\_\_, Assistenzarzt, an Dr. I. \_\_\_\_\_, die Beschwerden der Beschwerdeführerin seien in Kenntnis der klinischen und bildgebenden Befunde im Rahmen eines myofascialen Syndroms zu erklären. Aufgrund der psychologischen Beurteilung lägen Hinweise auf eine unterschwellig depressive Verstimmung infolge einer psychosozialer Konfliktsituation vor. Beim Austritt aus der Klinik habe die Arbeitsfähigkeit als Näherin 0 %, eine solche in leichten bis mittelschweren Arbeiten ohne Positionsmonotonien bis zu 70 % betragen.

### **E. 3.3.2**

Im Rahmen des im Jahre 2000 durchgeführten, die halbe Invalidenrente bestätigenden erstmaligen Revisionsverfahrens (vgl. IV-act. 45) wurden folgende medizinische Berichte erstattet:

#### **E. 3.3.2.1**

Dr. R. \_\_\_\_\_ gab in seinem Bericht vom 28. August 2000 zuhanden der IV-Stelle Y. \_\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an: therapieresistentes myofaszielles Schmerzsyndrom im Beckengürtelbereich links mit Generalisierungstendenz, bestehend seit ca. sechs Jahren, und eine depressive Verstimmung. Es sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Näherin bis auf Weiteres vorhanden. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Stärker körperlich belastende Tätigkeiten seien nicht mehr möglich. Andere Tätigkeiten in Form leichter bis mittelschwerer Arbeiten ohne Positionsmonotonien seien bis zu 70 % zumutbar. Ob eine Steigerung möglich sei, müsse vom weiteren Verlauf abhängig gemacht werden. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden (IV-act. 43).

#### **E. 3.3.2.2**

Dr. I. \_\_\_\_\_ berichtete der IV-Stelle Y. \_\_\_\_\_ am 27. November 2000, der Gesundheitszustand sei stationär. Die Diagnose sei unverändert. Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe ein therapieresistentes myofaszielles Syndrom, seit Oktober 1997 zu ca. 30 % und seit August 1999 zu ca. 50 % (entsprechend der Beurteilung der IV-Stelle Y. \_\_\_\_\_). Die Prognose erscheine aufgrund des bald vierjährigen Verlaufs der Rückensymptomatik nicht gut (IV-act. 44).

#### **E. 3.3.3**

Die im Jahre 2002 erfolgte revisionsweise Bestätigung der halben Invalidenrente (IV-act. 47 und 50) hatte allein einen medizinischen Bericht von Dr. I. \_\_\_\_\_ vom 18. Februar 2002 (IV-act. 48) zur Grundlage. Darin schrieb Dr. I. \_\_\_\_\_ der IV-Stelle Y. \_\_\_\_\_, der Gesundheitszustand sei stationär. Die Diagnose sei unverändert. Das therapieresistente myofaszielle Syndrom beeinflusse die Arbeitsfähigkeit. Dieser Einfluss sei gegenüber dem Bericht vom 27. November 2000 unverändert. Aufgrund des Verlaufs der Rückensymptomatik im Sinn eines Panvertebralsyndroms erscheine die Prognose schlecht.

#### **E. 3.3.4.1**

Als Entscheidungsgrundlage der Mitteilung vom 3. Juni 2005 (IV-act. 76), in der die Rente wiederum bestätigt wurde, diente der IV-Stelle des Kantons Z. \_\_\_\_\_ der Bericht von Dr. med. T. \_\_\_\_\_ vom 23. Mai 2005 (IV-act. 54 S. 1-2; signiert von Dr. med. U. \_\_\_\_\_),

welchen Dr. T.\_\_\_\_\_ zu ihren Händen erstellt hatte. Dr. T.\_\_\_\_\_ diagnostizierte darin eine Lumbalgie und ein depressives Zustandsbild. Der Gesundheitszustand sei stationär. Seit dem 23. Januar 2004 bestehe bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerdeführerin leide weiterhin an einem rezidivierenden lumbovertebralen Schmerzsyndrom mit Verschlechterungen und habe seit mehr als einem Jahr depressive Stimmungen. Bei den starken chronischen invalidisierenden Schmerzen, dem depressiven Zustandsbild und der Unmöglichkeit der Schmerzverarbeitung könne man von der Beschwerdeführerin die Aufnahme einer Arbeit nicht erwarten.

#### **E. 3.3.4.2**

Dr. med. V.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, hatte am 23. Mai 2005 an Dr. T.\_\_\_\_\_ einen Bericht geschrieben, wonach sich aufgrund des klinischen Bildes sowie der durchgeführten Zusatzuntersuchungen die Diagnose Zerviko-Thorako-Vertebralsyndrom (muskuläre Dysbalance, Triggerpunkte, segmentale Funktionsstörungen, Haltungsanomalie), Lumbovertebralsyndrom (Triggerpunkte, muskuläre Dysbalance) und Periarthritis-humeroscapularis-Syndrom tendinotica simplex beidseits ergebe. Differentialdiagnostisch ergäben sich keine Hinweise für eine Systemaffektion oder ein radikuläres Reizsyndrom. Die Beschwerden seien mechanisch-statisch bedingt (IV-act. 54 S. 3 f.).

#### **E. 3.4**

In der angefochtenen Verfügung vom 17. Februar 2012 stützte sich die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht insbesondere auf die rheumatologische Expertise des Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 22. Juni 2011 (IV-act. 108), das psychiatrische Gutachten des Dr. B.\_\_\_\_\_ vom 28. Juni 2011 (IV-act. 106), ihre interdisziplinäre Beurteilung vom 21. Juli 2011 (IV-act. 109) und den Schlussbericht der Ärztin des RAD Rhone, Dr. D.\_\_\_\_\_, vom 8. November 2011 (IV-act. 114). Sie begründet ihre rentenaufhebende Verfügung im Wesentlichen damit, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit dem 3. Juni 2005 verbessert. Die im Jahr 2000 festgestellte Einschränkung der Lendenwirbelsäule sowie der rechten und linken Hüfte sei klinisch nicht mehr nachweisbar. Die depressive Verstimmung bestehe nicht mehr. Es sei keine Gesundheitsbeeinträchtigung mehr vorhanden. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Näherin sowie andere, leichte bis mittelschwere angepasste Tätigkeiten seien zumutbar. Somit bestehe eine Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit von 0 %. In ihrer Vernehmlassung bringt die Vorinstanz vor, das rheumatologische und psychiatrische Gutachten seien voll beweiskräftig. An der Schlussfolgerung der RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 13. September 2012 hätten auch die beschwerdeweise neu vorgetragenen orthopädischen, kardiologischen und psychiatrischen Berichte nichts zu ändern vermocht. Es bleibe insofern bei der Einschätzung, dass die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit als Näherin, in leidensangepassten Verweisungstätigkeiten wie auch im Haushalt seit dem 3. Juni 2005 keine Arbeitseinschränkung mehr erleide. In ihrer Eingabe vom 27. November 2012 weist die Vorinstanz darauf hin, dass sich aus der Replik keine neuen Sachverhaltselemente ergäben. Die dieser Einschätzung zugrunde liegenden medizinischen Dokumente sind nachfolgend - nebst weiteren - zusammengefasst wiederzugeben und zu würdigen.

##### **E. 3.4.1.1**

Dr. C.\_\_\_\_\_ hielt in seinem rheumatologischen Gutachten vom 22. Juni 2011 (IV-act. 108) fest, Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden keine (S. 14).

Folgende Diagnosen wirkten sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus (S. 14 f.): - ausgedehntes myofasiales Schmerzsyndrom, bestehend seit dem Jahr 1997 bzw. 2007; - Nacken, Schultergürtel, Oberarme, Thorax; - gesamter Rücken; - Gesäss, Oberschenkel, Waden; - altersnormale Klinik und altersnormale Radiologie; - Calcaneodynie links, anamnestisch seit 10 bis 15 Jahren vorhanden; - anamnestisch primäres Lymphödem linkes Bein (Ersterwähnung 1996), deutlich linksbetonter Senk-Spreizfuss; - anamnestisch Hypertonie (im Jahr 2005 diagnostiziert); - Zustand nach multiplen abdominalen/gynäkologischen Eingriffen. Es liessen sich keine relevanten körperlichen Beeinträchtigungen objektivieren. In der früheren Tätigkeit als Näherin sei die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht arbeitsfähig. Im Haushalt sei die Beschwerdeführerin arbeitsfähig und sei es gewesen. Die bei der Rentenzusprache erwähnten angepassten Tätigkeiten seien weiterhin zumutbar. Insgesamt seien alle Arbeiten, die dem Alter und der Konstitution entsprächen, zumutbar. Wegen der zwischenzeitlich eingetretenen Dekonditionierung sei aber nur ein schrittweiser Wiedereintritt ins Erwerbsleben möglich. Da die Beschwerdeführerin am 3. Juni 2005 arbeitsfähig gewesen sei, sei keine Veränderung der Arbeitsfähigkeit erkennbar (S. 16). Als Näherin und in einer dem Alter und der Konstitution angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin nach Überwinden der Dekonditionierung aus rein somatischer Sicht zurzeit arbeitsfähig (S. 17). Rein organisch sei die Prognose günstig. Eine weitere Ausdehnung der Schmerzen auf den ganzen Körper im Sinn einer Panalgie sei aber durchaus denkbar (S. 15).

#### **E. 3.4.1.2**

Diese Expertise entspricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens (E. 2.9.2). Dr. C.\_\_\_\_\_ führte allseitige klinische Untersuchungen durch und klärte die Beschwerdeführerin eingehend in rheumatologischer Hinsicht ab. Der Experte berücksichtigte die geklagten Beschwerden und setzte sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. So fiel Dr. C.\_\_\_\_\_ insbesondere auf, dass sich aus dem Spontanverhalten und den spontanen Bewegungen keine körperliche Einschränkung erkennen liess (S. 7) und die klinische Untersuchung weitgehend altersnormale Verhältnisse im Bereich des Bewegungsapparates ergab (S. 15). Der Experte nahm detailliert Kenntnis von den Klagen der Beschwerdeführerin - unter anderem der von ihr vorgebrachten, im Jahre 2007 eingetretenen weiteren Schmerzgeneralisierung (S. 15) - und würdigte diese Klagen entsprechend. Er gelangte dabei zur Überzeugung, dass dem Beschwerdebild extrasomatische Ursachen zugrunde lägen und die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung die Beschwerden gut erklären würde (S. 15). Ferner kannte der Gutachter die Vorakten. Entsprechend bemerkte er, dass der Verlust des Arbeitsplatzes vor der Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit erfolgt sei, dass die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit durch die Rheumaklinik Bb. \_\_\_\_\_ angesichts der von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben zu ihrer Tätigkeit nicht nachvollziehbar sei (S. 16) und dass alle bisherigen Behandlungen ohne positive Auswirkung auf die Beschwerden geblieben seien (S. 5). Dr. C.\_\_\_\_\_ stützte sich auch in seiner Beurteilung in der Diagnosestellung auf die Vorakten ab. Diesbezüglich ist zu berücksichtigen, dass sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss Beweisschwierigkeiten ergeben. Deshalb wird im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind. Die Schmerzangaben müssen also einer zuverlässigen medizinischen Feststellung und Überprüfung zugänglich sein (BGE 130 V 396 E. 5.3.2,

Urteil des Bundesgerichts 8C\_285/2009 vom 7. August 2009 E. 3.2). Solche Befunde fand Dr. C.\_\_\_\_\_ nicht. Er konnte einzig feststellen, dass die im Jahr 2000 vorhandene Einschränkung der LWS, der rechten und der linken Hüfte nicht mehr nachweisbar sei (S. 17). Chronische Schmerzen jedoch heben das funktionelle Leistungsvermögen grundsätzlich nicht auf (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 994/06 vom 29. August 2007 E. 3.3). Das Gutachten [von] Dr. C.\_\_\_\_\_ leuchtet daher in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein, und die Schlussfolgerungen des rheumatologischen Experten sind nachvollziehbar begründet.

#### **E. 3.4.2.1**

Dr. B.\_\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 28. Juni 2011 (IV-act. 106) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.4. Im Übrigen sei der psychische Gesundheitszustand unauffällig (S. 6). Die in Bb.\_\_\_\_\_ angeführten Befunde - unterschwellige depressive Verstimmungen infolge psychosozialer Konfliktsituation - hätten angesichts der mässigen Ausprägung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verursachen können. Es habe auch später keine Hinweise für relevante depressive Verstimmungen gegeben. Seit Jahren sei die Beschwerdeführerin psychisch gesund (S. 7). Die Schmerzproblematik sei progredient und chronifiziert. Dr. C.\_\_\_\_\_ habe keine Befunde festgestellt, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten. Es treffe damit eines der verlangten Kriterien zu, dies jedoch nicht in einem derartigen Ausmass, dass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt wäre. Zu dieser Beurteilung führe insbesondere die Tatsache, dass keine psychische Komorbidität bestehe (S. 8). Auf der psychischen Ebene bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die psychosomatischen Beschwerden könnten überwunden werden. Die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrisch-psychosomatischer Sicht nach Juni 2005 nie arbeitsunfähig geworden. Alle bisher ausgeübten Tätigkeiten seien aus psychiatrisch-psychosomatischer Sicht voll zumutbar (S. 9). Die Arbeitsfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Es werde voraussichtlich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entstehen (S. 10). Die psychosomatischen Beschwerden verursachten keine krankheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 11). Die Prognose sei günstig (S. 8).

#### **E. 3.4.2.2**

Das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_\_ beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen. Die Beschwerdeführerin wurde in psychiatrischer Hinsicht klinisch untersucht. Dr. B.\_\_\_\_\_ berücksichtigte die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden, namentlich ihre Schmerzklagen. Dabei fiel dem Experten auf, dass die Beschwerdeführerin ihren Aussagen nach nie psychische Probleme gehabt habe, die über das Ausmass einer gewöhnlichen Lebenskrise hinausgegangen seien (S. 4), und die Beschwerdeführerin angab, dass es ihr im Kosovo psychisch gut gehe (S. 4 f.). Die Expertise setzt sich mit den geklagten Beschwerden sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin umfassend auseinander. So bemerkte Dr. B.\_\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin affektiv auf die Schmerzen fixiert war, hypochondrische Befürchtungen äusserte und eine Schmerzausdehnung zeigte (S. 5 f.). Für den Experten waren deshalb Tendenzen einer psychosomatischen Überlagerung erkennbar, soweit die Schmerzen organisch nicht erklärt werden könnten (S. 6). Das Gutachten wurde sodann in Kenntnis der Vorakten abgegeben, wobei es sich auch mit den darin enthaltenen Aussagen auseinandersetzte. Der Experte stellte daher fest, dass die Beschwerdeführerin in der Schweiz strenge und relativ schlecht bezahlte Arbeiten im Akkord durchgeführt habe, was

sie vermutlich frustriert habe. Damals habe sich eine Rückenschmerzkrankheit entwickelt, welche eine Weiterarbeit verunmöglicht habe (S. 6). Zudem bemerkte Dr. B.\_\_\_\_\_, dass seit vielen Jahren keine relevanten medizinischen Massnahmen oder Eingliederungsmassnahmen stattfänden (S. 10). Der Gutachter konnte feststellen, dass keine psychischen Beschwerden bestünden (S. 5) und die Beschwerdeführerin psychisch gesund sei, die prämorbid Persönlichkeitsstruktur nicht auffällig gewesen sei, die soziale Integration nicht verloren gegangen sei (S. 8) und kein sozialer Rückzug vorliege sowie kein verfestigter innerseelischer Verlauf bestehe (S. 10). Zudem war dem Experten bekannt, dass Dr. C.\_\_\_\_\_, keine Befunde hatte feststellen können, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkten, obgleich die Schmerzproblematik progredient und chronifiziert sei (S. 8). Eine Komorbidität der somatoformen Schmerzstörung war für Dr. B.\_\_\_\_\_, entsprechend zu Recht nicht ersichtlich. Insbesondere lag kein anderes selbstständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes Leiden im Sinn einer psychischen Komorbidität vor, welches eine Schmerzüberwindung seitens der Beschwerdeführerin verunmöglichen würde. Das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_\_, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein. Zudem sind die Schlussfolgerungen des Experten - insbesondere, dass die Beschwerdeführerin in psychiatrischer bzw. psychosomatischer Hinsicht seit Juni 2005 in der Arbeitsfähigkeit in allen bisher ausgeübten Tätigkeiten nicht eingeschränkt sei (vgl. E. 5.4.2.1 hiervor) - in nachvollziehbarer Weise begründet. Das ärztliche Gutachten erfüllt daher die praxisgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. 2.9.2) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

#### **E. 3.4.3.1**

In ihrer interdisziplinären Beurteilung vom 21. Juli 2011 (IV-act. 109) zuhanden der Vorinstanz schrieben Dr. C.\_\_\_\_\_, und Dr. B.\_\_\_\_\_, zusammenfassend, aus rheumatologischer Sicht fänden sich heute (21. Juli 2011) keine organischen Veränderungen, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen könnten. Psychiatrischerseits könne bestätigt werden, dass in den letzten Jahren zusätzliche psychosomatische Überlagerungen des ausgedehnten Schmerzbildes entstanden seien. Angesichts des Fehlens einer psychischen Komorbidität ergebe sich dadurch aber keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die interdisziplinäre Beurteilung zeige keine Einschränkung der Zumutbarkeit der bisherigen oder einer angepassten beruflichen Tätigkeit.

#### **E. 3.4.3.2**

Diese zusammenfassende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit entspricht den von Dr. C.\_\_\_\_\_, und Dr. B.\_\_\_\_\_, erstellten fachärztlichen Einzelgutachten, in denen somatischerseits alle dem Alter und der Konstitution gemässen Arbeiten zumutbar erachtet werden, wobei diese Arbeitsfähigkeit seit Juni 2005 unverändert bestehe (E. 3.4.1.1), und auch in psychiatrisch-psychosomatischer Hinsicht seit Juni 2005 keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wird (E. 3.4.2.1). Mangels konkreter Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen, ist den Gutachteraussagen von Dr. C.\_\_\_\_\_, und Dr. B.\_\_\_\_\_, somit volle Beweiskraft zuzuerkennen (vgl. E. 2.9.2).

#### **E. 3.4.4.1**

In ihrem Schlussbericht vom 8. November 2011 (IV-act. 114) kam die RAD-Ärztin Dr. D.\_\_\_\_\_, zum Schluss, gegenüber dem Gesundheitszustand im Jahr 2005 sei eine

objektive Verbesserung eingetreten. Dr. V. \_\_\_\_\_ habe noch ein Cevicthorakovertebralsyndrom mit segmentalen Funktionsstörungen und muskulärer Dysfunktion festgehalten sowie eine Periarthropatia humeroscapularis beidseits. Diese Befunde seien nun klinisch nicht mehr nachweisbar. Auch seien die lebensbelastenden Faktoren von 2005 verschwunden. Dres. T. \_\_\_\_\_ und U. \_\_\_\_\_ hätten am 23. Mai 2005 ein depressives Zustandsbild festgehalten. Dr. B. \_\_\_\_\_ habe festgehalten, dass diese Beurteilung nicht gemäss ICD-10-Kriterien erfolgt sei und die Problematik im Rahmen einer normalen Krisensituation zu werten gewesen sei. Dr. C. \_\_\_\_\_ halte fest, dass die Beschwerdeführerin gemäss den in den Akten verzeichneten objektiven Veränderungen und den heutigen Untersuchungsergebnissen am 3. Juni 2006 arbeitsfähig gewesen sei. Die RAD-Ärztin stellt als Hauptdiagnose eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nach ICD F45.4 und als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Operation eines benignen serösen Zystadenoms Ovar rechts und ein rezidivierendes primäres Lymphödem am linken Bein sowie rezidivierende Adnexitiden fest. In der bisherigen Tätigkeit ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab spätestens April 2000, eine solche von 0 % ab dem 3. Juni 2005, in einer angepassten eine solche von 50 % spätestens ab dem 21. Januar 2000, eine solche von 30 % ab dem 5. Mai 2000 und seit dem 3. Juni 2005 eine solche von 0 %. Der Beschwerdeführerin sei eine ganztägige Beschäftigung zuzumuten, wobei sie Gewichte von höchstens 15 kg heben dürfe und keine schweren Arbeiten verrichten solle. Gemäss der Beurteilung der RAD-Ärztin zeigt sich eine objektivierbare Verbesserung des Gesundheitszustandes, obwohl die Schmerzsymptomatik persistiere und die Situation laut Angaben der Beschwerdeführerin aufgrund einer Schmerzzunahme schlechter geworden sei. Die Schmerzausweitung ermögliche es nun, die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung ohne organisches Korrelat zu stellen. Die Zumutbarkeiten seien mit jenen der Voruntersuchungen übereinstimmend. Die Zumutbarkeit einer Arbeit als Näherin sei divergierend attestiert worden, wobei bei jenen Ärzten, die eine Arbeitsunfähigkeit attestiert hätten noch organisch nachweisbare Limitationen der LWS, der Hüften und der Schultern dokumentiert worden seien, welche nun nicht mehr nachweisbar seien. Im «Fragebogen bei anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen» gibt die RAD-Ärztin an, die Beschwerdeführerin verfüge objektiv über die notwendigen psychischen Ressourcen zur Überwindung der Schmerzen und zur Eingliederung in den Arbeitsprozess. Die Beschwerdeführerin leide an einer psychischen oder geistigen Krankheit, wobei die gestellte Diagnose auf Kriterien eines anerkannten Klassifikationssystems beruhe. Die Krankheit wirke sich nicht in erheblicher Art aus. Die Schwere sei nicht erheblich, jedoch sei sie konstant. Aufgrund des Fragekatalogs kommt die Ärztin sinngemäss zum Schluss, die Foerster-Kriterien (E. 2.4.3) seien nicht erfüllt. Namentlich handle es sich nicht um chronische körperliche Begleiterkrankungen und einen mehrjährigen Krankheitsverlauf ohne längerfristige Remission; es liege kein sozialer Rückzug vor; es handle sich nicht um einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung; es seien keine Behandlungen empfohlen worden, denen sich die Beschwerdeführerin hätte unterziehen können. Die Schmerzüberwindung und der Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess, so die Schlussfolgerung, könnten der Beschwerdeführerin zugemutet werden.

#### **E. 3.4.4.2**

Dieser Bericht stimmt mit den Feststellungen und Schlussfolgerungen der beiden Experten Dr. C. \_\_\_\_\_ und Dr. B. \_\_\_\_\_ überein. Widersprüche sind keine ersichtlich und es

bestehen auch keine Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Aussagen der RAD-Ärztin sprechen. Sie setzt sich auch mit den weiteren Vorakten auseinander und würdigt diese nachvollziehbar. Ihrem Bericht vom 8. November 2011 kommt damit ebenfalls uneingeschränkter Beweiswert zu (E. 2.9.2 und 2.9.4).

### **E. 3.5.1**

Wie die RAD-Ärztin nachvollziehbar und gestützt auf die Unterlagen darlegt, hat sich der körperliche Zustand der Beschwerdeführerin gebessert. Sämtliche Experten gehen nunmehr davon aus, dass keine körperlichen Beschwerden (mehr) nachweisbar sind, während frühere Berichte solche Beschwerden noch zumindest vermuteten. Der Beschwerdeführerin wird eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit attestiert. Sofern eine Verschlechterung der somatoformen Schmerzstörung geltend gemacht wird, kommt dem im vorliegenden Fall keine entscheidende Relevanz zu. Für sich allein genommen, kann eine solche Schmerzstörung keine Rente begründen, denn es wird davon ausgegangen, dass solche Störungen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind (E. 2.4.2). Dass dem auch im konkreten Fall so ist, ergibt sich aus den Expertenberichten und dem Bericht der RAD-Ärztin (E. 3.4.1.1, 3.4.2.1 und 3.4.3.1).

### **E. 3.5.2**

Wenn nun davon ausgegangen würde, dass die halbe Rente der Beschwerdeführerin einzig aufgrund der somatoformen Schmerzstörung zugesprochen wurde (weil körperliche Ursachen nie mit Sicherheit festgestellt werden konnten), somit keine tatsächliche Besserung ihrer Beschwerden eingetreten ist und mithin eine Revision gestützt auf Art. 17 ATSG nicht möglich ist, wäre zu prüfen, ob die Rente aufgrund der Schlussbestimmungen zum 1. Massnahmepaket der 6. IV-Revision aufzuheben wäre (E. 2.8.1). Dies wäre zu bejahen, weil auch hier alle Bedingungen erfüllt wären (E. 2.8.4): Die Rente wurde aufgrund einer somatoformen Schmerzstörung zugesprochen und aus heutiger Sicht würde keine Rente mehr zugesprochen, weil ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage vorliegt, welches grundsätzlich als überwindbar gilt, und weil die Foerster-Kriterien - wie zuvor festgestellt (E. 3.4.4.1) - nicht erfüllt sind.

### **E. 3.5.3**

Demnach wäre die revisionsweise Streichung der Rente mit Blick auf die Schlussbestimmung Bst. 1 Ziff. 1 rechtens, selbst wenn im Übrigen davon auszugehen wäre, dass sich die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin nicht verbessert hat.

### **E. 3.6**

Nun ist auf die Einwände der Beschwerdeführerin einzugehen.

#### **E. 3.6.1**

Die Beschwerdeführerin lässt ausführen, sie leide an diversen Krankheiten, wovon einige schwer zu diagnostizieren seien. Insbesondere leide sie an einem Schwächesyndrom. Sie habe zweimal gynäkologisch operiert werden müssen. Dass sie gesundheitlich am Ende sei, sei auch visuell erkennbar. Sie sei nicht fähig, einfachste Verrichtungen im Haushalt zu tätigen, und könne kaum eine Stelle finden. Auf die gesundheitliche Situation gingen die Gutachter Dres. C. \_\_\_\_\_ und B. \_\_\_\_\_ ausführlich ein. Ein Schwächesyndrom stellten sie nicht fest, wobei auch ein solches grundsätzlich als überwindbar zu gelten hätte (E.

2.4.2). Die gynäkologischen Operationen haben keine Auswirkungen auf die hier massgebliche Arbeitsfähigkeit. Sie wurden anamnestisch ebenfalls berücksichtigt. Dass gesundheitliche Probleme visuell erkennbar sein sollen, ergibt sich aus keinem der Gutachten. Diese legen solches auch nicht nah. Die psychische Erscheinung der Beschwerdeführerin wird als «freundlich und umgänglich» (Dr. C. \_\_\_\_\_; IV-act. 108 S. 7) bzw. sinngemäss als unauffällig (Dr. B. \_\_\_\_\_, IV-act. 106 S. 5) beschrieben. Physische Auffälligkeiten werden nicht angegeben. Was die Arbeit im Haushalt anbelangt, hält Dr. B. \_\_\_\_\_ zu den aktuellen Beschwerden der Beschwerdeführerin (von dieser selbst angegeben) fest, sie sei beim Staubsaugen, Fensterputzen und anderem behindert (IV-act. 108 S. 6). Der Arzt stellt diesbezüglich jedoch Arbeitsfähigkeit fest (IV-act. 108 S. 15). Gegenüber Dr. C. \_\_\_\_\_ erklärte die Beschwerdeführerin, sie betätige sich im Haushalt und gehe mit ihrem Mann einkaufen (IV-act. 106 S. 4). Zwar wird die genaue Art der Haushaltstätigkeiten nicht spezifiziert, doch geht Dr. C. \_\_\_\_\_ von einer vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin - also auch im Haushalt - aus (IV-act. 106 S. 9). Für die von Dr. B. \_\_\_\_\_ erwähnten ungünstigen krankheitsfremden Faktoren - langjährige Ausübung einer belastenden und frustrierenden Arbeit, ein voll invalider Ehegatte, eine fehlende Motivation zur Wiederaufnahme einer beruflichen Leistung und eine kinderlos gebliebene Ehe, welche bis ungefähr dem Jahr 2005 eine Belastung dargestellt habe (S. 7) - hat die schweizerische Invalidenversicherung grundsätzlich nicht einzustehen. Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren sind mittelbar invaliditätsbegründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen (BGE 127 V 294 E. 5a; vgl. BGE 139 V 547 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_776/2010 vom 20. Dezember 2011, in: SVR 2012 IV Nr. 32 S. 127 E. 2.3.3). Dass dies hier der Fall wäre, wird weder geltend gemacht, noch ergibt es sich aus den Akten.

### **E. 3.6.2**

In ihrer Replik hält die Beschwerdeführerin fest, dass das Gutachterteam subjektiv entschieden habe. Die Ärzte hätten im Hinblick darauf, dass zwischen der Schweiz und dem Kosovo kein Abkommen betreffend Sozialversicherungen bestehe, gegen die Beschwerdeführerin entschieden. Wie zuvor festgehalten wurde, wirkt sich der Umstand, dass das Sozialversicherungsabkommen nicht zwischen der Schweiz und dem Kosovo weitergilt, nicht zu Lasten der Beschwerdeführerin aus (E. 2.1.1). Im Übrigen handelt es sich beim Vorwurf, die Gutachter hätten subjektiv entschieden, um eine nicht belegte Behauptung. Aus dem Vorstehenden ergibt sich aber im Gegenteil, dass die Gutachter ihre Gutachten mit der nötigen Sorgfalt erstellten (E. 3.4.1.2 und 3.4.2.2).

### **E. 3.6.3**

Vor Bundesverwaltungsgericht reichte die Beschwerdeführerin zudem weitere Unterlagen ein.

#### **E. 3.6.3.1**

Dr. med. H.J. W. \_\_\_\_\_ hielt am 23. Mai 2005 als Diagnose ein Adnexektomiepräparat der rechten Seite mit multilokulärem serösem Zystadenom und mehreren, partiell luteinisierten und teils hämorrhagischen Follikelzysten des Ovarium. Es liess sich kein malignes neoplastisches Gewebe nachweisen (BB 12).

#### **E. 3.6.3.2**

Im Bericht (ohne Angabe des Datums) von Dr. X.\_\_\_\_\_, Abdominalchirurg und Proktologe an der Klinik Bc.\_\_\_\_\_, wurde als Diagnose eine Hernie der Pfannenstielnarbe festgehalten. Daher wurde am 14. Januar 2010 eine Abdominalplastik mit Netz und eine Korrektur der Hernie vorgenommen (BB 7 = IV-act. 121 S. 19 f.).

#### **E. 3.6.3.3**

Der Kardiologe Y.\_\_\_\_\_ stellte am 24. April 2010 Bluthochdruck, eine hypertensive Herzkrankheit und chronische Bronchitis fest (BB 9 = IV-act. 122 S. 3). Am gleichen Tag hielt derselbe Arzt insbesondere eine diastolische und ventrikuläre Dysfunktion links und eine konzentrische und ventrikuläre Hypertrophie links fest (BB 10 = IV-act. 122 S. 1).

#### **E. 3.6.3.4**

Der Physiotherapeut Z.\_\_\_\_\_ stellte am 29. Dezember 2011 die Diagnose Zervikal- und Lumbalsyndrom lateral links und ordnete Therapien (unter anderem Thermo- und Elektrotherapie) an (BB 5 = IV-act. 121 S. 14 f.).

#### **E. 3.6.3.5**

Am 30. Dezember 2011 hielt der Psychiater Dr. Aa.\_\_\_\_\_ ein ängstlich-depressives Syndrom ICD-10 F41.2 fest. Im Interview hätten sich Schlaflosigkeit, Angst, Lustlosigkeit und Verzweiflung ergeben (BB 6 = IV-act. 121 S. 16-18). Gleiches wurde am 17. Januar 2012 (BB 16 = IV-act. 121 S. 8 f), 7. Februar 2012 (BB 15 = IV-act. 121 S. 3 f.) und 5. März 2012 (BB 17 = IV-act. 121 S. 1 f.) festgehalten, hier allerdings jeweils ohne Angabe dessen, was die Befragung ergeben hat.

#### **E. 3.6.3.6**

Ebenfalls am 30. Dezember 2011 hielt Dr. Ab.\_\_\_\_\_ Bluthochdruck, vaskuläre Kopfschmerzen und Schwindel fest (BB 8 = IV-act. 121 S. 12 f.).

#### **E. 3.6.3.7**

Am 19. Januar 2012 schrieb der Neurologe der Klinik Bc.\_\_\_\_\_, Dr. Ac.\_\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin sei wegen Schmerzen im Rücken und Hals, Taubheitsgefühl im Arm und trockenem Husten gekommen. Die Symptome beständen seit einer Woche, begleitet von Fieber, Rückenschmerzen, Sekretabsonderung und Angstzuständen. Ausser einem positiven Romberg-Test bei geschlossenen Augen und einem positiven Lasègue-Test bei 80 % waren alle neurologischen Befunde innerhalb der Norm. Die Diagnose lautete auf ein Lumbalsyndrom, eine Zervikobrachalgie und Bluthochdruck. Der Arzt empfiehlt verschiedene Röntgenaufnahmen und diverse Tests. Zudem sollten ein Neurologe, ein Nephrologe, ein Kardiologe ein Pneumologe und ein Chirurg konsultiert werden (BB 23 = IV-act. 121 S. 10 f.; Übersetzung: IV-act. 126).

#### **E. 3.6.3.8**

Dr. med. Ad.\_\_\_\_\_, Radiologe an der Klinik Bc.\_\_\_\_\_, hielt am 23. Januar 2012 ebenfalls ein Lumbalsyndrom, eine Zervikobrachalgie und Bluthochdruck fest. Er stellte einzig eine leichte Torsionsskoliose der lumbalen Wirbelsäule fest (BB 13 = IV-act. 121 S. 5, Übersetzung: IV-act. 127 S. 5). Derselbe Arzt stellte am selben Datum beim Röntgen des Brustkorbes keine Zeichen einer Entzündung oder Ausdehnung der Lungen fest. Die Lungenhilfen waren leicht akzentuiert (BB 14 [entspricht inhaltlich BB 21] = IV-act. 121 S. 6, Übersetzung: IV-act. 127 S. 3). Im Bericht dieses Arztes wiederum vom selben Datum betreffend Röntgenbilder der Wirbelsäule wurden wiederum das Lumbalsyndrom, eine

Zervikobrachalgie und Bluthochdruck festgehalten. Von der Norm abweichend fand der Arzt leicht gewellte Wirbel, eine verminderte Zervikallordose und eine Akzentuierung der intravertebralen Knoten in der Gegend unterhalb der Halswirbelsäule. Er schloss auf eine reduzierte Zervikallordose. Es gäbe keine weiteren Änderungen (BB 22 = IV-act. 121 S. 7, Übersetzung: IV-act. 127 S. 1).

#### **E. 3.6.3.9**

Im Bericht von Dr. Ae.\_\_\_\_\_, Chirurg an der Klinik Bc.\_\_\_\_\_, vom 24. Januar 2012 wurden eine Verkalkung zwischen dem linken und dem rechten Leberlappen und eine leichte Vergrösserung der Bauchspeicheldrüse festgestellt. Die Diagnose lautete auf eine erhöhte Blutsenkung. Der Arzt empfahl verschiedene weitere Untersuchungen (BB 3 = IV-act. 122 S. 4, Übersetzung in IV-act. 125).

#### **E. 3.6.3.10**

Des Weiteren reichte die Beschwerdeführerin Ultraschallbilder (BB 4 = IV-act. 122 S. 5-12, BB 11 = IV-act. 122 S. 2) und eine Laboranalyse (BB 18 - 20 = IV-act. 123) ein.

#### **E. 3.6.4**

Diese Unterlagen wurden der RAD-Ärztin Dr. D.\_\_\_\_\_ wiederum vorgelegt, die am 13. September 2012 dazu Stellung nahm. Sie nahm von den meisten dieser Beilagen Kenntnis. Nicht aufgeführt sind insbesondere die Berichte von Dr. W.\_\_\_\_\_ (E. 3.6.3.1), Dr. X.\_\_\_\_\_ (E. 3.6.3.2), Z.\_\_\_\_\_ (E. 3.6.3.4) und Dr. Ab.\_\_\_\_\_ (E. 3.6.3.6). Dies ist insofern nicht zu beanstanden, als es sich bei der Eingabe des Physiotherapeuten Z.\_\_\_\_\_ nicht um einen Untersuchungsbericht zu handeln scheint, sondern nur um die Anordnung allgemein gehaltener Therapien. Dr. W.\_\_\_\_\_ äussert sich nicht zu den derzeit im Zentrum stehenden Rückenproblemen und Schmerzen. Gleiches gilt für Dr. X.\_\_\_\_\_ und Dr. Ab.\_\_\_\_\_. Die Folgerung der Ärztin, die Unterlagen, welche von Januar/Februar 2012 datiert seien, würden Konsultationen betreffen, welche aufgrund eines Infekts (am ehesten viral der oberen Luftwege) eingeleitet worden seien, ist nachvollziehbar. Dr. Ac.\_\_\_\_\_ hält neben den Schmerzen im Rücken, solche im Hals sowie ein Taubheitsgefühl im Arm, trockenen Husten und Fieber fest (E. 3.6.3.7). Diese letztgenannten Beschwerden haben jedenfalls keinen Zusammenhang mit den sonst geltend gemachten Schmerzen, insbesondere in der linken Körperhälfte. Ebenfalls nachvollziehbar ist die Aussage der Ärztin, auf den Röntgenbildern fänden sich keine degenerativen Veränderungen, die eine schwere Arthrose und langfristige Schmerzproblematik oder eine akute Verschlechterung zur früheren Expertise (E. 3.4.4.1) objektivieren könnten. In den Berichten der Ärzte finden sich nämlich höchstens Erwähnungen kleiner Veränderungen. Dass sie diesen weitere Bedeutung zumessen würden, ist nicht erkennbar. Zum Bericht des Kardiologen hält die Ärztin fest, die beschriebene diastolische Dysfunktion habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit im vorliegenden Kontext. Das beschriebene anxio-depressive Syndrom vermöge keine langfristige Arbeitsunfähigkeit zu begründen. In den neurologischen Berichten (E. 3.6.3.7) werde keine psychiatrische Anomalie und kein verminderter Antrieb beschrieben oder festgehalten. Ebenso wenig werde eine Therapie beim Psychiater vorgeschlagen, so dass nicht von einer relevanten langdauernden Störung ausgegangen werden könne, welche eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit begründen würde. Auch dies ist nachvollziehbar und stimmt mit den Akten überein.

#### **E. 3.6.5**

Die vor Bundesverwaltungsgericht eingereichten Unterlagen ändern somit nichts an der bisherigen Einschätzung.

### **E. 3.7**

Die Beschwerdeführerin erklärt, mittels einer multidisziplinären Untersuchung könne ein objektives Bild des Gesundheitszustands und der verbleibenden Erwerbsfähigkeiten festgestellt werden. Auf die Erstellung eines weiteren Gutachtens ist indes zu verzichten, weil die bisherigen Unterlagen ein klares Bild ergeben. Der Antrag, ein neues Gutachten erstellen zu lassen, ist damit abzuweisen.

### **E. 4**

Demgemäss konnte die vorherige ordentliche halbe Rente der Invalidenversicherung unter Berücksichtigung der Frist von Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV (E. 2.7.4) per 1. April 2012 revisionsweise aufgehoben werden. Die angefochtene Verfügung vom 17. Februar 2012 (IV-act. 117 = BB 2) ist somit zu schützen und die Beschwerde abzuweisen.

### **E. 5.1**

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Vorliegend werden die Verfahrenskosten, die sich aus der Gerichtsgebühr und den Auslagen zusammensetzen, unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache auf Fr. 400.-- festgesetzt (vgl. Art. 63 Abs. 4bis VwVG sowie Art. 1, Art. 2 und Art. 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]) und der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

### **E. 5.2**

Weder die unterliegende Beschwerdeführerin noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 und 3 VGKE).

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