

BVGer A-3470/2013 vom 7. November 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-11-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_A-3470_2013

FR: TAF A-3470/2013 du 7 novembre 2014

IT: TAF A-3470/2013 del 7 novembre 2014

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021), soweit das Bundesgesetz vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 172.32) nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Auf Verfahren in Sozialversicherungssachen findet das VwVG jedoch keine Anwendung, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist (Art. 3 Bst. dbis VwVG). Das ist hier gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) der Fall, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.2

Gemäss Art. 19 Abs. 3 VGG sind die Richterinnen und Richter des Bundesverwaltungsgerichts zur Aushilfe in anderen Abteilungen verpflichtet. Die Abteilung I des Bundesverwaltungsgerichts hat das vorliegende Beschwerdeverfahren im Zuge einer - auf einer abteilungsübergreifenden Zusammenarbeit basierenden - Entlastungsmassnahme gegenüber der Abteilung III übernommen. Die ursprüngliche Verfahrensnummer C 3470/2013 wurde daher auf A-3470/2013 geändert.

E. 1.3

Nach Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinn von Art. 32 VGG liegt nicht vor, weshalb das Bundesverwaltungsgericht für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig ist. Da die Beschwerdeführerin als Adressatin des angefochtenen Entscheids vom 22. Mai 2013 beschwerdelegitimiert ist (Art. 59 ATSG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 1.4

Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung

des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG). Die Beschwerdeführerin rügt im Wesentlichen die unvollständige Feststellung des Sachverhalts.

E. 2

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

E. 2.1

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen materiellen 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). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1). Es finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung in Kraft standen. Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft gesetzt waren, sind insoweit massgebend, als sie für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Anspruchs von Belang sind. Vorliegend erfolgte die letzte materielle Würdigung des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung ihres Gesundheitszustandes am 12. Juli 2002, als ihr erstmals eine Rente zugesprochen wurde (kant.-act. 24; Sachverhalt Bst. C; vgl. auch E. 2.4.2). Dagegen wurde am 29. Juni 2005 nur festgestellt, bei der Überprüfung des IV-Grades der Beschwerdeführerin sei keine Änderung festgestellt worden (kant.-act. 28; Sachverhalt Bst. C). Der dieser Mitteilung zugrunde liegende Arztbericht ist sehr knapp gehalten, beschreibt insbesondere keine Untersuchungen, sondern beschränkt sich auf die Feststellung von Beschwerden (kant.-act. 27; vgl. auch E. 3.1.7). Die vorliegend angefochtene Verfügung der IVSTA wurde am 22. Mai 2013 erlassen (Sachverhalt Bst. L). Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (SR 831.201, IVV) ist demnach im vorliegenden Fall auf die Fassungen gemäss den mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Änderungen des IVG und der IVV (IV-Revision 6a; IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]) abzustellen. Soweit sich der Sachverhalt vor diesem Zeitpunkt ereignet hat, ist für die Zeit vom 12. Juli 2002 bis zum 31. Dezember 2003 auf die Fassung gemäss der 3. IV-Revision (in Kraft seit dem 1. Januar 1992; IVG in der Fassung vom 22. März 1991, AS 1991 2377) abzustellen. Für die Zeit vom 29. Juni 2005 bis zum 31. Dezember 2007 ist die Fassung 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]) anwendbar. Für die Zeit ab dem 1. Januar 2008 bis zum 31. Dezember 2011 ist der Sachverhalt 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. 2.2

Die Beschwerdeführerin ist türkische Staatsangehörige, weshalb das Abkommen vom 1. Mai 1969 zwischen der Schweiz und der Republik Türkei über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.763.1; nachfolgend: Abkommen) Anwendung findet. Nach Art. 2 Abs. 1 des Abkommens sind die Staatsangehörigen der einen Vertragspartei in ihren Rechten und Pflichten aus der Gesetzgebung der anderen Vertragspartei - wozu auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört (vgl. Art. 1 lit. B Abs. 1 Bst. b des Abkommens) - einander gleichgestellt, soweit nichts anderes bestimmt ist. Insbesondere steht türkischen Staatsangehörigen bei anwendbarem Schweizer Recht ein Anspruch auf ordentliche Invalidenrenten unter den gleichen Voraussetzungen wie Schweizer Bürgern zu (Art. 10 Abs. 1 des Abkommens). Vorbehalten bleibt die Regelung, dass ordentliche Renten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, türkischen Staatsangehörigen, welche die Schweiz endgültig verlassen, nicht ausgerichtet werden können (Art. 10 Abs. 2 Satz 1 des Abkommens). Weitere, im vorliegenden Verfahren relevante Abweichungen vom Gleichbehandlungsgrundsatz finden sich weder im Abkommen selbst noch in der dazugehörigen Verwaltungsvereinbarung vom 14. Januar 1970 (SR 0.831.109.763.11). Demnach bestimmt sich der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung nach schweizerischem Recht, insbesondere dem IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.201).

E. 2.3.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Die Arbeitsunfähigkeit wird zunächst definiert als die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 Satz 1 ATSG). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 Satz 2 ATSG).

E. 2.3.2

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und gegebenenfalls inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu

prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1).

E. 2.3.3

Der Grad der Invalidität wird nach Art. 16 ATSG bemessen. Demnach 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

E. 2.3.4

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin mit türkischer Staatsbürgerschaft die Schweiz definitiv verlassen, weshalb ihr eine Invalidenrente erst ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % ausgerichtet werden kann (Art. 10 Abs. 2 Satz 1 des Abkommens; siehe E. 2.2).

E. 2.4.1

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 134 V 131 E. 3, BGE 130 V 343 E. 3.5 je 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 112 V 371 E. 2b mit Hinweisen; Sozialversicherung Rechtsprechung [SVR] 2006 IV Nr. 45 E. 2; 2004 IV Nr. 5 E. 3.3, 3.4; 1996 IV Nr. 70 S. 104 E. 3a; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Art. 17 Rz. 16 ff.). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 135 V 201 E. 6.1.1 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 115 V 308 E. 4a/dd).

E. 2.4.2

Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung; vorbehalten bleibt die

Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). Eine Verfügung ist 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. 2.4.3

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 andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E. 3c/aa mit Hinweisen).

E. 2.4.4

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 (vgl. Urteile des Bundesgerichts I 583/05 vom 15. März 2006 E. 2.3.2, I 444/04 vom 11. Januar 2005 E. 5.3.2 und I 486/04 vom 14. Dezember 2004 E. 3.1) ist eine Rente bei Wegfall der Invalidität im Normalfall erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der anspruchserheblichen Veränderung aufzuheben (BGE 119 V 98 E. 4a und Urteil des Bundesgerichts I 569/06 vom 20. November 2006 E. 3.3).

E. 2.5.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann (BGE 125 V 351 E. 3a; vgl. auch BGE 134 V 231 E. 5.1).

E. 2.5.2

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, so dass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; Susanne Leuzinger-Naef, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 411 ff., 413 f.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (örtlich zuständigen) IV-Stelle (Art. 54-56 i.V.m. Art. 57 Abs. 1 IVG). Was den für die Invaliditätsbemessung (Art. 16 ATSG und Art. 28 ff. IVG) erforderlichen medizinischen Sachverstand angeht, kann die IV-Stelle sich hierfür auf den RAD (Art. 59 Abs. 2 und 2bis IVG), die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (Art. 28 Abs. 3 ATSG) oder auf externe medizinische Sachverständige wie die medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) stützen (Art. 59 Abs. 3 IVG).

E. 2.5.3

Ständiger und damit wichtigster medizinischer Ansprechpartner in der täglichen Arbeit sind für die IV-Stellen die RAD, welche ihnen nach Art. 59 Abs. 2bis IVG zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruches zur Verfügung stehen (Satz 1); die RAD setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Satz 2); sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Satz 3; vgl. auch die Ausführungsbestimmungen in den Art. 47-49 IVV, insbesondere die Anforderung, wonach die RAD von den IV-Stellen in personeller Hinsicht getrennt sein müssen). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten (BGE 125 V 351 E. 3b/bb) vergleichbar, sofern sie den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (SVR 2009 IV Nr. 56 S. 174, Urteil des Bundesgerichts 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.2). Die IV-Stellen werden aber stets externe (meist polydisziplinäre) Gutachten einholen, wenn der ausgeprägt interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der RAD nicht über die fachlichen Ressourcen verfügt, um eine sich stellende Frage beantworten zu können, sowie wenn zwischen RAD-Bericht und allgemeinem Tenor im medizinischen Dossier eine Differenz besteht, welche nicht offensichtlich auf unterschiedlichen versicherungsmedizinischen Prämissen (vgl. SVR 2007 IV Nr. 33 S. 117, I 738/05 E. 5.2) beruht (zum Ganzen: BGE 137 V 210 E. 1.2.1).

E. 2.5.4

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). Auch aus dem Ausland stammende Beweismittel unterstehen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute: Bundesgericht] vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts A 2552/2012 vom 21. Juli 2014 E. 3.1).

E. 2.6

Die sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Bundesgerichts stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; statt vieler: Urteile des Bundesverwaltungsgerichts B 3321/2012 vom 28. März 2014 E. 3.2, C 6213/2012 vom 18. Dezember 2013 E. 2.1; vgl. Michel Valterio, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI]*, Genf/Zürich/Basel 2011, Rz. 3080; Thomas Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, 3. Aufl., Bern 2003, S. 489 § 74 Rz. 20).

E. 3

Nunmehr ist zu beurteilen, ob die Vorinstanz im vorliegenden Fall zu Recht davon ausgeht, der Zustand der Beschwerdeführerin habe sich seit der Zusprechung einer Rente in einem Mass gebessert, dass ihr keine Rente mehr zusteht. Zu diesem Zweck ist der Zustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt, in dem die Rente aufgrund einer rechtsgenügenden Untersuchung zugesprochen wurde, vorliegend also dem 12. Juli 2002, mit jenem im Zeitpunkt, in dem festgestellt wurde, es bestehe kein Anspruch mehr auf eine Rente, also dem 22. Mai 2013, zu vergleichen (E. 2.1 und E. 2.4.2). Dazu werden nachfolgend die Akten zusammengefasst, die der Zusprechung der Rente vom 12. Juli 2002 sowie der Rentenbestätigung vom 29. Juni 2005 zugrunde lagen (E. 3.1) und anschliessend jene, auf welche sich die Verfügung vom 22. Mai 2013 stützt (E. 3.2). Daraufhin wird beurteilt, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgegangen ist, dass sich die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin dermassen verbessert hat, dass sie keinen Anspruch mehr auf eine Rente hat (E. 3.3).

E. 3.1

Vorwegzunehmen ist, dass damals kein Gutachten erstellt wurde.

E. 3.1.1

Den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin an beiden Augen wegen grauen Stars operiert wurde (vgl. kant.-act. 6). Augenprobleme wurden jedoch einzig im Antrag auf eine IV-Rente erwähnt (Sachverhalt Bst. B), danach nicht mehr.

E. 3.1.2

Nicht weiter einzugehen ist auf einen Operationsbericht vom 28. November 2001 über eine laparoskopische Cholezystektomie und laparoskopische Adhäsiolektomie (kant.-act. 11 S. 6). Wiederum wird dies einzig im Antrag auf eine IV-Rente erwähnt, spielt dann aber keine Rolle mehr, weshalb davon auszugehen ist, dass die Operation keine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Folgen hatte (vgl. auch E. 3.1.5).

E. 3.1.3

Vom 20. März 2001 bis zum 10. Mai 2001 hielt sich die Beschwerdeführerin im Psychiatrie-Zentrum [...] auf, in welches sie freiwillig eingetreten war (Bericht vom 23. Mai 2001, unterzeichnet von der Oberärztin med. pract. D. _____; kant.-act. 11 S. 3-5). In der persönlichen Anamnese wurde wiedergegeben, die Beschwerdeführerin sei seit einem Jahr aufgrund der depressiven Entwicklung krankgeschrieben. Betreffend die aktuelle Situation wurde von Eheschwierigkeiten mit phasenweise exzessivem Alkoholkonsum des Ehemannes und wiederholter Gewaltanwendung durch ihn berichtet. Die Beschwerdeführerin habe sich im März 2001 von ihm getrennt. Zum Somatostatus wurden

Lumbago, Kniearthrose rechts, Ödem am linken Fuss bei Status nach Varikosisoperation, postprandiales Magenbrennen und arterielle Hypertonie festgehalten. Im Übrigen waren die Befunde, bis auf einen akzentuierten 2. Ton beim Herzschlag, normal. Beim Psychostatus wurde neben unauffälligen Befunden festgehalten, die Beschwerdeführerin habe Gedankenkreisen beklagt, welches auf die Trennung bezogen sei, Schlafschwierigkeiten, episodische Dysphorie und schlechte Belastbarkeit. Die Beschwerden träten meistens reaktiv bei Kontakten mit dem Ehemann auf. Sie habe latente Suizidgedanken, wobei aktuell eine klare Distanzierung von Suizidideen bestehe. Zu Therapie und Verlauf wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin wirke entlastet durch den Abstand zu der konfliktgeladenen, angespannten Situation zu Hause. Sie habe beschlossen, zum Ehemann zurückzukehren. Die Entwicklung der Beziehung mit dem Ehemann sei erfreulich erschienen und habe einen stabilisierenden Effekt gehabt. Zunehmend habe die Beschwerdeführerin somatische Beschwerden wie Kopfschmerzen, Müdigkeit und Schlafstörungen vorgeschoben und gegen Austritt Angstzustände bis zu ausgeprägten Angstattacken mit starken Kopfdruckdolenzen und subjektiv erlebter Lähmung des linken Armes und der linken Gesichtshälfte erlebt. Objektiv hätten weder im Anfall noch danach Anzeichen einer Parese festgestellt werden können. Der Blutdruck sei jeweils bis auf 185/115 mmHg gestiegen. Die Schlussdiagnose lautete auf Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) und Thorakolumbovertebral-Syndrom bei Fehlhaltung mit degenerativen Veränderungen (diesbezüglich wurde auf den Einweisungsbericht von Dr. B._____ verwiesen).

E. 3.1.4

Am 15. Januar 2002 stellte Dr. med. E._____, Arzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, zuhanden von Dr. B._____ gestützt auf eine Untersuchung vom Vortag folgende Diagnosen (kant.-act. 11 S. 7): 1) Generalisierte Tendomyopathie mit den typischen Druckpunkten und grossflächigen muskulären Schmerzen sowohl im Schulter- als auch im Beckengürtel, 2) Verdacht auf beginnende rechtsbetonte Gonarthrosen bei Status nach medialer Menishektomie vor ca. 4 Jahren, 3) Epicondylopathia humeri radialis rechts mit isometrisch resistiver Abschwächung sowohl der Hand- und Fingerextensoren als auch des Supinators, 4) Knick-Senk-Füsse mit Arthralgien, 5) beginnendes Carpalunnelsyndrom (CTS) rechts und 6) Status nach CTS-Operation links.

E. 3.1.5

Im Arztbericht für Erwachsene (kant.-act. 11 S. 1 f.) stellte Dr. B._____ die Diagnose (mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) depressive Störung mit Angstzuständen, Weichteilbeschwerden, Thorakolumbovertebralsyndrom, CTS rechts. Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit waren Status nach laparoskopischer Cholezystektomie und laparoskopische Adhäsioolyse. Er ging von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab April 1999 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit aus. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei stationär. Die entsprechenden Fragen nach einer Verbesserungsmöglichkeit der Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen, Notwendigkeit beruflicher Massnahmen und von Hilfsmitteln, das angewiesen Sein auf die Hilfe von Drittpersonen bei alltäglichen Lebensverrichtungen verneinte er ebenso wie die Notwendigkeit weiterer medizinischer Abklärungen. Bei der Prognose hielt er fest, die bisherigen therapeutischen Bemühungen hätten die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht bessern können. Die Prognose sei ungünstig. Eine IV-Rente sei angesichts der Chronifizierung der Beschwerden, der schlechten Ausbildung und der

fehlenden sprachlichen Kenntnisse unumgänglich.

E. 3.1.6

Zusammenfassend kann damit festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin bei der Zusprechung der Rente unter einer depressiven Störung mit Angstzuständen, Weichteilbeschwerden, einem Thorakolumbovertebralsyndrom, einer Gonarthrose, Epicondylopathie, Arthralgien und einem CTS litt.

E. 3.1.7

Die Bestätigung der Rente am 29. Juni 2005 stützte sich - wie erwähnt (E. 2.1) - einzig auf den Verlaufsbericht von Dr. B. _____ (Sachverhalt Bst. C; kant.-act. 27). In diesem Verlaufsbericht steht, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei stationär und es habe sich keine Änderung der Diagnose ergeben. Eine chronische Depression mit multiplen somatischen Beschwerden habe einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Verlauf sei sehr wechselhaft mit zeitweiser Exazerbation der Schmerzen und des depressiven Zustandes bei minimalen körperlichen oder geistigen Anforderungen/Anstrengungen. Es gehe bei der Beschwerdeführerin um die Begleitung und Unterstützung im Alltag. Für eine ausserhäussliche Erwerbstätigkeit sei sie nicht geeignet (kant.-act. 27).

E. 3.2

Die Verfügung der Vorinstanz vom 22. Mai 2013, die nunmehr zu beurteilen ist, stützt sich vor allem auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. C. _____, der seiner Beurteilung insbesondere das Gutachten des MZR zugrunde legte, aber auch von der Beschwerdeführerin eingereichte Unterlagen einbezog. Nachfolgend wird daher - nach einem Überblick über eingereichte Unterlagen (E. 3.2.1) - zuerst das Gutachten des MZR zusammengefasst (E. 3.2.2), danach auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes eingegangen (E. 3.2.3) und anschliessend geprüft, ob die Stellungnahmen des Arztes nachvollziehbar sind oder ob aufgrund der Unterlagen andere Schlüsse zu ziehen wären (E. 3.2.4).

E. 3.2.1

Vorwegzunehmen ist, dass das Gutachten neben den unter E. 3.1 genannten Unterlagen weitere, vom türkischen Versicherungsträger und von der Beschwerdeführerin eingereichte Unterlagen sowie Stellungnahmen des RAD-Arztes einbezog. Letztere werden hier nicht wiedergegeben, denn wie sich bereits aus dem Sachverhalt ergibt, hielt der Arzt dort nur fest, dass ein Gutachten zu erstellen sei, weil die vorhandenen Unterlagen zur Beurteilung des Falles nicht ausreichten (IV-act. 13 und 60).

E. 3.2.1.1

Was die weiteren eingereichten Unterlagen angeht, finden sich darin viele Labortests, die hier nicht wiedergegeben werden (IV-act. 27-31, 33 f.).

E. 3.2.1.2

In einem Bericht der Radiologie des Y. _____ vom 28. Juni 2007 (ohne Unterschrift) steht, im mittleren Teil des rechten Temporallappens sei eine zystische Verletzung von 3 mm Durchmesser beobachtet worden, was als neurologische Zyste interpretiert worden sei. Weiter wurde eine Retentionszyste in der linken Kieferhöhle festgestellt sowie eine minimale Schleimhautverdickung in den Siebbeinzellen beidseitig. Im Übrigen waren die Befunde normal (IV-act. 32, Übersetzung IV-act. 38).

E. 3.2.1.3

Weiter sind zwei Berichte der Radiologie des Y._____ vom 18. Januar 2008 enthalten (IV-act. 35, Übersetzung: IV-act. 37). Der erste, unterschrieben vom Arzt F._____, stammt vom Vormittag, der zweite von Dr. G._____ vom Nachmittag. Im ersten Bericht heisst es, die Lumballordose erscheine leicht abgeflacht, während im zweiten Bericht von einer normalen Lumballordose die Rede ist. Weiter wurden - insbesondere im zweiten Bericht - unter anderem auf Höhe der Wirbel L4-L5 sowie L5-S1 leichte Degenerationen festgestellt. Bei den Wirbeln L2-L3, L3-L4, L4-L5 sowie L5-S1 wurde eine minimale diffuse Bandscheibenvorwölbung beschrieben. Zudem gab es eine minimale Protrusion L5-S1. Im Übrigen waren die Befunde normal. Im zweiten Bericht wurden atheromatöse Veränderungen der Bauchorta festgestellt.

E. 3.2.1.4

Am 18. August 2009 hielt der Radiologe H._____ sinngemäss fest, die rechte Knieprothese sitze richtig, bei der linken sei das Gelenk verengt, am Rand der Knochenstrukturen, welche das Knie bildeten gäbe es Osteophyten, was einer Gonarthrose entspreche (IV-act. 17 S. 6; Übersetzung: IV-act. 42). In zwei nahezu identischen undatierten Berichten desselben Arztes wird dann aber festgestellt, die Stellung der Prothese und das Verhältnis zu den Knochen seien normal (IV-act. 17 S. 7 f.; Übersetzung IV-act. 43). Möglicherweise wurde diese Aufnahme nach der Operation (siehe E. 3.2.1.5) erstellt. In fünf fast identischen Berichten, einer vom 24. April 2009, vier vom 6. Januar 2010, unterzeichnet vom selben Arzt, steht sinngemäss, dass die rechte Knieprothese richtig sitze (IV-act. 17 S. 1 [entspricht weitgehend IV-act. 17 S. 2, 3, 4 und 9], Übersetzungen: IV-act. 39 f., 41 S. 1 und 44). In einem weiteren Bericht dieses Arztes vom gleichen Tag (IV-act. 17 S. 5; Übersetzung: IV-act. 41 S. 3) werden eine Röntgenaufnahme der Lungen betreffend nur normale Werte festgehalten.

E. 3.2.1.5

Vom 3. bis 7. September 2009 hielt sich die Beschwerdeführerin im Privatspital von Z._____ auf. Es wurde eine Gonarthrose festgestellt. Bei der am 4. September 2009 durchgeführten, gut verlaufenen Operation wurde eine Kniegelenksprothese eingesetzt (IV-act. 17 S. 13; Übersetzung: IV-act. 48).

E. 3.2.1.6

Ein Bericht der Universitätsklinik W._____ vom 13. November 2009, unterschrieben von den Endokrinologen Prof. Dr. I._____, Prof. Dr. J._____, PD Dr. K._____ und dem Chefarzt Prof. Dr. L._____, hielt fest, die Beschwerdeführerin könne den Blutzuckerspiegel mittels Stick messen. Es wurde Diabetes mellitus Typ II diagnostiziert (IV-act. 17 S. 10; Übersetzung: IV-act. 45). Am 16. Oktober 2009 wurden von derselben Klinik (Dr. I._____) die Diagnosen Diabetes mellitus Typ II (ICD-10: E11.4), Bluthochdruck (I10), Adipositas (E66), chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Dyslipidämie (E78) gestellt und die Medikation festgehalten (IV-act. 17 S. 11; Übersetzung: IV-act. 46). Bereits am 14. Januar 2009 waren in derselben Klinik vom Nephrologen und Rheumatologen Prof. M._____ die Diagnosen Bluthochdruck, Diabetes Mellitus, Fibromyalgie und depressive Reaktion gestellt worden (IV-act. 17 S. 12; Übersetzung IV-act. 47).

E. 3.2.1.7

Der türkische Versicherungsträger reichte drei Dokumente ein: Am 16. August 2010 hielt ein Bericht, unterschrieben von der Spezialistin für geistige Krankheiten, Dr. N._____,

fest, die Beschwerdeführerin sei am 9. Juni 2010 und am 14. Juli 2010 in der Psychiatrie untersucht worden. Es sei eine ängstliche Störung diagnostiziert und eine antidepressive Behandlung initiiert worden (IV-act. 55 S. 3; Übersetzung IV-act. 58). Im Bericht der türkischen Gesundheitskommission vom 19. August 2010 (IV-act. 55 S. 1; Übersetzung IV-act. 56) wurden nur psychiatrische Beschwerden angegeben und zwar eine Depression, somatoforme Störungen und eine neurotische Persönlichkeit. Die Beschwerdeführerin sei zurzeit in ständiger Pflege und unter Beobachtung der psychiatrischen Klinik des öffentlichen Krankenhauses von Z._____ (bei Dr. N._____). Die Pathologie schein stationär mit teilweisen Besserungen, die Konzentration gestört, die Beschwerdeführerin sei bekümmert, die Motorik sei gehemmt, der Schlafrhythmus teilweise verlangsamt und die Schlafphasen gestört. Die Diagnose nach ICD-10 lautete auf nicht näher bezeichnete Angststörung (F41.9). Der Bericht ist unterzeichnet vom Präsidenten der Kommission Dr. O._____, dem Arzt für Innere Medizin Dr. P._____, dem Arzt für allgemeine Chirurgie Dr. Q._____, dem Neurologen Dr. R._____, dem Augenarzt Dr. S._____, ORL T._____, dem Psychiater U._____, dem Physiotherapeuten Dr. V._____ und dem Orthopäden Dr. Ba._____ unterzeichnet. Ebenfalls am 19. August 2010 wurde die Beschwerdeführerin von der Psychologin Dr. Bb._____ von der Psychiatrischen Klinik des öffentlichen Spitals von Z._____ untersucht (IV-act. 55 S. 2; Übersetzung: IV-act. 57). Die Beschwerdeführerin klagt seit zehn Jahren über Aggressivität, Erschöpfung, Schlaflosigkeit sowie Trauer und befinde sich in Behandlung. Sie habe einen Selbstmordversuch mit Medikamenten hinter sich. Sie leide unter konvulsiven Symptomen (Einschlafen, Zittern, Bewusstseinsverlust, Schlagen des Kopfes gegen die Mauer, Ausziehen der Haare bei Nervosität). Sie habe während 33 Jahren in einer problematischen Ehe gelebt. Der Ehemann sei verstorben. Es wird kurz die problematische Ehe geschildert. Die Beschwerdeführerin erkläre, die Medikamente regelmässig zu nehmen, aber zurzeit keine Besserung festzustellen. Der MMPI-Test habe auf der Skala F 93 Punkte ergeben. Personen, die dort eine hohe Punktzahl erreichten, hätten eine Tendenz existierende Probleme in übertriebener Weise darzustellen.

E. 3.2.2.1

Das interdisziplinäre Gutachten (IV-act. 68), welches vom MZR erstellt und am 29. Juni 2012 von Chefarzt Dr. med. Bc._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. med. Bd._____, Facharzt für Rheumatologie FMH, und Dr. med. Be._____, Facharzt für Innere Medizin FMH, unterzeichnet wurde, beruht auf Untersuchungen der Beschwerdeführerin vom 1. und 2. November 2011. Weiter standen den Gutachtern die zuvor (E. 3.1 und E. 3.2.1) zusammengefassten Unterlagen zur Verfügung. Zudem brachte die Beschwerdeführerin weitere Berichte zur Untersuchung mit (S. 2 f.). Nach einer Zusammenfassung der Akten (S. 3-9) sowie der Vorgeschichte (S. 9-11) folgt die allgemeine Anamnese (S. 11-13). Bei der Systemanamnese wird in kardiopulmonaler Hinsicht festgehalten, die Beschwerdeführerin habe zwei Wochen vor dieser Untersuchung eine Koronarangiographie gemacht, wobei im Bereich des RIVA (Ramus interventricularis anterior [einer Koronararterie]) zwei Stenosen gefunden worden seien. Nach Aussage der Beschwerdeführerin sollte in einer zweiten Sitzung je ein Stent eingepflanzt werden. Die Beschwerdeführerin gebe keine Angina pectoris-Beschwerden an. Seit 20 Jahren sei eine Hypertonie bekannt (S. 13). Aus subjektiver Sicht leide sie derzeit unter hohem Blutdruck, gelegentlich Kopfschmerzen und Schwindel. Sonst habe sie keine Schmerzen. Nach den Knie-Operationen habe sie auch hier keinerlei Beschwerden mehr. Sie habe sockenförmige, zeitweise brennende Dysästhesiegefühle an beiden Füßen und Unterschenkeln. Sie sei öfter

nervös und sei fast nie glücklich und zufrieden (S. 14 und 17). Die objektiven Befunde zur Psyche ergaben insbesondere keine Ängste und Zwänge. Betreffend Haut wurde an den unteren Extremitäten beidseits ein Mischbild von Lipödem und Lymphödem, zusätzlich beidseits eine Varikosis Stadium I festgehalten. Der Kopf-/Halsbereich, Thorax und Atmungsorgane waren unauffällig (S. 15). Abgesehen vom erhöhten Blutdruck wurden auch betreffend Herz/Kreislauf keine Besonderheiten festgehalten. Auch beim Abdomen gab es, abgesehen von der adipösen Bauchdecke, keine Besonderheiten. Beim Bewegungsapparat wurde zunächst ein unauffälliges Bild festgestellt. Allerdings wies die Lendenwirbelsäule eine Hyperlordose auf. Im Bereich der Brustwirbelsäule waren die Processus spinali schmerzhaft mit einer linksseitigen paravertebralen Druckdolenz bei Muskelhartspann. Bei der Prüfung der Halswirbelsäule habe sich bei der aktiven Untersuchung eine durch Muskelinnervation bedingte Einschränkung in allen Bewegungsrichtungen gezeigt, sobald die Beschwerdeführerin abgelenkt sei, sei die Beweglichkeit der HWS indolent und frei (S. 16). Insbesondere wurden keine Myogelosen oder Tendinosen im Beckengürtelbereich festgestellt. Die neurologische Untersuchung war unauffällig (S. 17 und 20). Weiter wurden Laboruntersuchungen durchgeführt (S. 17 f.). Ein Ruhe-EKG und eine kleine Lungenfunktionsprüfung ergaben normale Werte. Einzig beim 6-Minuten Gehstest habe sich im Verlauf eine Atemdyspnoe entwickelt (S. 18). In den folgenden Teilgutachten werden die Befunde genauer beschrieben (S. 20-28). Zusätzlich zum bereits Ausgeführten wird in der rheumatologischen Beurteilung und Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit festgehalten, in früheren Jahren hätten offenbar generalisierte Schmerzen bestanden. Im weiteren Verlauf fänden sich in den Akten und auch anamnestisch keine Hinweise für weitere rheumatologische Abklärungen oder Behandlungen. Subjektiv gebe die Beschwerdeführerin aktuell keine relevanten Beschwerden von Seiten des Bewegungsapparates an. Auffallend seien bei im Alltag offenbar fehlenden Beschwerden ein reproduzierbares Impingement-Syndrom der linken Schulter sowie die deutlich schmerzhaft bewegliche lumbale Wirbelsäule. Diese sei 2008 in der Türkei auch abgeklärt worden als Hinweis für zumindest intermittierend bestehende Lumbalgien. Von Seiten der operierten Kniegelenke sei die Beschwerdeführerin weitgehend beschwerdefrei und auch klinisch fänden sich hier keine pathologischen Befunde. Das früher beschriebene generalisierte tendomyopathische Syndrom liesse sich aktuell nicht mehr nachweisen, lediglich im Bereich des Beckenkamms fänden sich als Ausdruck der lumbosakralen hyperlordotischen Fehlhaltung schmerzhaft Tendencyosen. Auch für das früher beschriebene Carpaltunnelsyndrom rechts fänden sich zurzeit klinisch keine Anhaltspunkte. Pathologische klinische Befunde an der Lendenwirbelsäule (LWS) müssten aufgrund der früheren und aktuellen radiologischen Abklärungen als Folge der chronischen Fehlhaltung auch infolge Adipositas und der Dekonditionierung interpretiert werden. Aufgrund der klinisch zu erhebenden Befunde dürfte die Arbeitsfähigkeit für körperlich schwere, rückenbelastende und häufige Überkopf-Tätigkeiten eingeschränkt sein. Hingegen fänden sich aus rheumatologischer Sicht keine Befunde, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere und wechselbelastende Tätigkeiten einschränken würden. Einschränkungen beständen in erster Linie hinsichtlich vorwiegend stehender und stehend vornüber geneigter Tätigkeiten, Heben von repetitiven Lasten über 5 kg bzw. Einzellasten über 15 kg und häufigen Arbeiten über Kopf (S. 20-22, 30-32). Im psychiatrischen Teilgutachten wird zusätzlich festgehalten, die Beschwerdeführerin gehe alle drei Monate zu Dr. N. _____ zur Kontrolle wegen der Depression (S. 26). Der psychische Befund stellte sich weitgehend normal dar, wobei

festgehalten wurde, dass die Beschwerdeführerin regelmässig das Antidepressivum Sertralin einnehme, für das auch ein ausreichender Wirkspiegel bestimmt worden sei. Es fänden sich keine Anhaltspunkte für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine Fibromyalgie oder ein chronisches Müdigkeitssyndrom. Eine klinisch relevante depressive Symptomatik oder anamnestische Hinweise auf eine rezidivierende depressive Störung hätten sich nicht gefunden. Die Beschwerdeführerin habe auch nicht über Angstzustände geklagt, die sie in irgendeiner Weise in ihrer Arbeitsfähigkeit oder Leistungsfähigkeit beeinträchtigen würden (S. 27, 31 und 33). Es wurden keine psychiatrischen Diagnosen mit oder ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Psychiatrischerseits bestehe weder für eine Tätigkeit im angestammten Beruf noch für Tätigkeiten mit vergleichbarem Anforderungsprofil oder für eine angepasste Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und/oder Leistungsfähigkeit (S. 28 und 32). Es wurden insgesamt folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: 1) koronare Herzkrankheit, 2) beidseitige Gonarthrosen mit Zustand nach Implantation von Totalendorthesen beidseits 2009, 3) klinisch positive Impingement-Zeichen der linken Schulter, subjektiv asymptomatisch sowie 4) subjektiv wenig symptomatisches Lumbovertebralsyndrom bei Fehlhaltung und Dekonditionierung. Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sind: 5) Diabetes mellitus, 6) Polyneuropathie, 7) periphere arterielle Durchblutungsstörung, anamnestisch, 8) arterieller Hypertonus, 9) Nikotinabusus, 10) Adipositas und 11) diffuse idiopathische skelettale Hyperostose (S. 29). Die Diagnosen wurden wie folgt begründet: Die seit über 20 Jahren bekannte Hypertonie sei zurzeit ungenügend gut eingestellt; die sockenförmige, teilweise brennende Dysästhesie an beiden Füßen und Unterschenkeln sowie der verminderte Vibrationssinn rechts und links werde im Rahmen einer diabetischen Polyneuropathie bei einer mässig gut eingestellten Diabetes mellitus interpretiert; die Dyspnoe am Ende des 6-Minuten Gehtests werde als Folge der körperlichen Dekonditionierung interpretiert; aus internistischer Sicht stelle das metabolische Syndrom mit einem schlecht eingestellten Diabetes mellitus mit Polyneuropathie und schlecht eingestellter Hypertonie keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dar; die koronare Herzkrankheit bilde eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wobei die endgültige Beurteilung erst durch die Leistungskontrolle nach erfolgreicher PTCA mit Stenteinlage im Bereich der RIVA erfolgen könne; bis zur Durchführung eines Ischämietests nach erfolgter Revaskularisation sei die Beschwerdeführerin zumindest für sitzende bis leichte Tätigkeiten arbeitsfähig. Die pathologischen klinischen Befunde an der LWS müssten aufgrund der früheren und aktuellen radiologischen Abklärungen als Folge der chronischen Fehlhaltung auch infolge Adipositas und der Dekonditionierung interpretiert werden (S. 30). Dass die Beschwerdeführerin ihrer Einschätzung nach «fast nie glücklich und zufrieden» sei, könne Ausdruck einer Befindlichkeitsstörung und/oder einer neurotischen Fehlhaltung und/oder Folge einer langjährig schwer belastenden Ehesituation sein. Eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit und/oder Leistungsfähigkeit werde hierdurch nicht verursacht. Dass die Beschwerdeführerin oft sehr nervös sei und deswegen Alprazolam einnehme, habe sich beim weiteren Nachfragen darauf relativiert, dass sie das Medikament drei- bis viermal monatlich einnehmen müsse. Bei der psychiatrischen Untersuchung hätten sich keine Anhaltspunkte für Nervosität und/oder Unstrukturiertheit ergeben (S. 32). Weiter wird im Gutachten ausgeführt, psychiatrischerseits könne davon ausgegangen werden, dass spätestens zum Zeitpunkt der zweiten Heirat klinisch relevante und/oder leistungsbeeinträchtigende Störungen nicht mehr bestanden hätten. Im Radiologiebericht vom 28. Januar 2008 seien minimale degenerative Veränderungen im Bereich der LWS

beschrieben worden und 2009 sei die Implantation einer Kniegelenktotalendoprothese erfolgt, wodurch dann eine deutliche Beschwerdelinderung erreicht worden sei, so dass nur noch von einer langsamen Verschlechterung des durch verschiedene Syndrome gekennzeichneten Krankheitsbildes bis zum aktuellen Befund ausgegangen werden könne. Über die Entwicklung der einzelnen Symptome fänden sich in den übersandten Aktenunterlagen keine Anhaltspunkte, so dass beurteilt werde, dass die aktuell festgestellten Beeinträchtigungen bereits vor vier Jahren, dem Zeitpunkt, zu dem nicht mehr von einer Leistungsbeeinträchtigung aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung ausgegangen werden könne, bestanden hätten. Für eine leidensangepasste Tätigkeit bestehe somit seit 2008 100 % Arbeitsfähigkeit bei 100 % Leistungsfähigkeit, für die angestammte Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit um 20 % reduziert.

E. 3.2.2.2

Diesem Gutachten kommt voller Beweiswert zu: Es beruht auf einer umfassenden Untersuchung der Beschwerdeführerin, setzt sich eingehend mit den geklagten Beschwerden auseinander, geht detailliert auf die Vorakten ein und stellt die medizinische Zusammenhänge detailliert und nachvollziehbar dar. Die Schlussfolgerungen, die die Experten ziehen, werden erklärt und Unsicherheiten in der Beurteilung offengelegt.

E. 3.2.3.1

Der RAD-Arzt, Dr. C._____, hält in seiner Stellungnahme vom 20. August 2012 (IV-act. 70) fest, das Gutachten des MZR zeige eine Besserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin, insbesondere in psychischer Hinsicht. Der Psychiater stelle keine psychische Beeinträchtigung fest. Anamnestisch datiere die Besserung vom Jahr 2008, ohne dass dies weiter präzisiert werden könne. In physischer Hinsicht beständen die genannten Beeinträchtigungen. Der Arzt übernimmt die Diagnosen und Beeinträchtigungen gemäss dem Gutachten. Er schliesst, seit 2008 bestehe keine invalidisierende Beeinträchtigung der Gesundheit im gesetzlichen Sinn mehr. Im Anhang zur Stellungnahme werden verschiedene Berufe angeführt, die die Beschwerdeführerin ausführen könnte.

E. 3.2.3.2

Die Beschwerdeführerin reichte daraufhin weitere Unterlagen ein: - eine Bestätigung der W._____-Universität vom 1. Oktober 2012, dass die Beschwerdeführerin mit der Diagnose auf lumbale Osteoarthrose vom 20. Januar 2012 bis zum 2. März 2012 einem ambulanten hydrotherapeutischen und physikalischen Untersuchungsprogramm unterzogen wurde (IV-act. 74 S. 3; Übersetzung: IV-act. 87), - ein Rezept der Bf._____-Apotheke vom 15. Oktober 2012, in dem die Diagnosen generalisierte Angststörung und unipolare Depression festgehalten sind (IV-act. 74 S. 2; Übersetzung: IV-act. 86), - ein Rezept der Bf._____-Apotheke vom 1. November 2012, in welchem die Medikamente genannt sind und die Diagnosen arterielle Hypertension, Hypercholesterolemie, Hyperlipidemie und Diabetes mellitus festgehalten sind (IV-act. 74 S. 1; Übersetzung IV-act. 85), - einen Bericht des türkischen Versicherungsträgers vom 20. November 2012, in dem neben den Diagnosen Diabetes mellitus Typ II, Hypertension, generalisierte Osteoarthritis, generalisierte (nicht «ausgeweitete», wie in der Übersetzung steht [im Original: yaygin]) Gelenkschmerzen und generalisierte Angststörung festgehalten wird, die generalisierte Angststörung sei durch Behandlung verbessert worden (IV-act. 78 = IV-act. 78, entspricht inhaltlich IV-act. 79 S. 2; Übersetzung IV-act. 84). Darauf hielt der RAD-Arzt mit Stellungnahme vom 20. März 2012 fest, die Dokumente enthielten gegenüber seinem

letzten Bericht keine neuen objektiven medizinischen Erkenntnisse und würden daran nichts ändern. Insbesondere würde der Bericht über die ambulante Behandlung keine Details enthalten, die Berichte der Apotheke würden nur Diagnosen und Medikation enthalten und seien überdies nicht von einem Arzt erstellt worden und der Bericht der medizinischen Kommission enthalte nur anamnestische Daten, die bereits von den schweizerischen Gutachtern einbezogen worden seien (IV-act. 89).

E. 3.2.3.3

Mit der Beschwerde reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren Bericht des Staatskrankenhauses Bg. _____ vom 2. Juni 2013 ein (Beilage zu act. 1; Übersetzung: act. 4). Betreffend ein MRI des Lumbalbereichs wird dort festgehalten, dass sich die Lumballordose verflacht habe. Auf der Höhe L4-L5 habe die Bandscheibe den Duralsack abgeflacht, auf Höhe L5-S1 berühre die Bandscheibe die epidurale S1-Wurzel. Die seitlichen Recessus hätten sich verengt. Im Übrigen werden normale Befunde wiedergegeben. Weiter reichte die Beschwerdeführerin am 10. Oktober 2013 drei Schreiben ein: - einen Bericht des staatlichen Krankenhauses von Bh. _____ über eine Computertomographie der Wirbelsäule vom 7. Oktober 2013, unterschrieben vom Leiter Bi. _____ und vom Facharzt für Radiologie, Dr. Bj. _____, in dem osteophytische degenerative Veränderungen beobachtet wurden und im Bereich der Wirbel C4-C6 verschiedene Verengungen sowie eine Protrusion festgestellt wurden; - einen kurzen Bericht desselben Krankenhauses, unterzeichnet von Dr. Bk. _____, Radiologie, der an beiden Händen eine erhaltene Knochenstruktur, aber verengte DIP-Gelenkräume feststellte; - einen Attest der Gesundheitskommission vom 8. Oktober 2013, in dem zum Einen seit ca. 15 Jahren bestehende Gelenkschmerzen sowie Störungen im Darmbereich und fibromyalgische Beschwerden festgehalten wurden, zum Andern seit sechs Jahren andauernde Beschwerden im psychischen Bereich, nämlich Frust, Beklommenheit, Schlafstörungen, leichte Erregbarkeit und Verhaltensstörungen; die Beschwerdeführerin nehme täglich Sertralin; die Diagnosen lauteten Hypertension (I10), Diabetes mellitus (E11.9), Gelenkschmerzen (M25.5) und Störung des Sozialverhaltens (F91.9). Abgesehen davon, dass fraglich ist, ob die Berichte im vorliegenden Verfahren überhaupt zu beachten sind (E. 2.6), hält der RAD-Arzt Dr. C. _____ fest, dass diese nichts ändern würden, denn es gebe keinen klinischen Zusammenhang zu den radiologischen Veränderungen. Die degenerativen Änderungen ständen im Einklang mit dem Alter der Beschwerdeführerin. Weiter würden nur die subjektiven Beschwerden der Beschwerdeführerin wiedergegeben, welche nicht durch eine Untersuchung objektiviert seien (Beilage zu act. 18).

E. 3.2.4

Die Stellungnahmen des RAD-Arztes sind zwar kurz gehalten, doch begründet er seine Haltung. Dass er in seiner Stellungnahme vom 20. August 2012 (E. 3.2.3.1) die Schlussfolgerungen des Gutachtens des MZR übernahm (vgl. auch Sachverhalt Bst. I), ist angesichts des Umstandes, dass diesem Gutachten voller Beweiswert zukommt (E. 3.2.2.2), und der Tatsache, dass sonst nur spärliche Berichte in den Akten vorhanden sind, begründet. Auf Akten, die die Beschwerdeführerin nachträglich einreichte, ging er jeweils ein und hielt fest, weshalb diese nichts an seiner Auffassung zu verändern vermöchten. Dabei sind seine Argumente nachvollziehbar. So ist tatsächlich nicht ersichtlich, wie leichte degenerative Änderungen der Wirbelsäule (E. 3.2.3.3) zu einem invalidisierenden Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin führen sollen. Insbesondere ist nachvollziehbar, wenn der Arzt festhält, die Änderungen würden dem Alter der

Beschwerdeführerin entsprechen. Dies muss auch für die neu festgestellten Veränderungen im Zervikalbereich (E. 3.2.3.3) gelten. Zudem scheinen die Änderungen im Lumbalbereich sogar eine Besserung gegenüber früheren Röntgenaufnahmen zu belegen. So wurde noch am 18. Januar 2008 auf Höhe der Wirbel L2-S1 verschiedene Veränderungen festgehalten (E. 3.2.1.3), während jetzt nur noch auf Höhe der Wirbel L4-S1 leichte Veränderungen wiedergegeben werden (E. 3.2.3.3). Dass ein Bericht einer Apotheke, der nur - bekannte - Diagnosen und Medikamente aufzählt (E. 3.2.3.2), nichts an einem ausführlichen Gutachten, welches überdies diese Diagnosen bereits einbezogen hat, zu ändern vermag, bedarf keiner weiteren Begründung. Schliesslich finden sich auch im Bericht der Gesundheitskommission keine neuen Diagnosen und es wird sogar festgestellt, dass sich die psychische Konstitution der Beschwerdeführerin verbessert habe (E. 3.2.3.2). Die im neueren Bericht der Gesundheitskommission wiedergegebenen Diagnosen (E. 3.2.3.3) sind gegenüber dem Gutachten des MZR nicht neu. Insbesondere wurde dort auch die Einnahme von Sertralin thematisiert (E. 3.2.2.1). Damit ist festzustellen, dass sich der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin, insbesondere, was die psychische Situation anbelangt, gegenüber dem Zustand als die Rente zugesprochen wurde, deutlich verbessert hat. Auch in körperlicher Hinsicht sind deutliche Verbesserungen auszumachen, insbesondere, was die Schmerzen anbelangt. Die Einsetzung von Knieprothesen führte dazu, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr über Gonarthrose klagte, und auch sonst macht sie nicht mehr die ständigen Schmerzen geltend, die noch - neben der psychischen Situation - von Dr. B. _____ hervorgehoben worden waren und mit zur Zusprechung einer Rente geführt hatten (E. 3.1.5 und 3.1.7). Nur ergänzend ist festzuhalten, dass Dr. B. _____ in seinem Verlaufsbericht vom 22. Juni 2005 noch erklärt hatte, es gehe bei der Beschwerdeführerin um die Begleitung und Unterstützung im Alltag (E. 3.1.7), während diese selbst bei der Untersuchung vom 1. und 2. November 2011 nichts davon erwähnte, im Alltag auf Unterstützung angewiesen zu sein (E. 3.2.2.1). Auch hier ist eine klare Verbesserung der Situation auszumachen. Soweit Dr. B. _____ eine IV-Rente nicht nur aufgrund einer Chronifizierung der Beschwerden, sondern auch aufgrund der schlechten Ausbildung und fehlenden sprachlichen Kenntnisse der Beschwerdeführerin für unumgänglich hielt, ist darauf hinzuweisen, dass eine mangelnde Ausbildung und fehlende sprachliche Kenntnisse nicht versicherte, invaliditätsfremde Gründe sind, die im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit nicht berücksichtigt werden dürfen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts C 282/05 vom 3. März 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 3.3

Da die Beschwerdeführerin gemäss dem Gutachten und der Stellungnahme des RAD-Arztes in einer Verweistätigkeit voll und in ihrer angestammten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist, kam die Vorinstanz in ihrer Verfügung zu Recht zum Schluss, der Beschwerdeführerin sei keine Rente mehr auszurichten. Daran würde im Übrigen auch ein Leidensabzug, der aufgrund des fortgeschrittenen Alters der Beschwerdeführerin wohl angebracht wäre, selbst dann nichts ändern, wenn dieser im höchstmöglichen Mass von 25 % angesetzt würde. Selbst dann würde die Beschwerdeführerin den Invaliditätsgrad von 50 % nicht erreichen, der nötig wäre, damit ihr eine Rente in die Türkei ausbezahlt würde (E. 2.3.4).

E. 4

Die Beschwerde ist somit abzuweisen und es bleibt, über die Kosten- und Entschädigungsfolgen zu befinden.

E. 4.1

Die Verfahrenskosten werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache im vorliegenden Verfahren auf Fr. 400.-- festgesetzt (Art. 63 Abs. 4bis VwVG sowie Art. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Sie sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 4.2

Weder die unterliegende Beschwerdeführerin noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE). (Das Dispositiv befindet sich auf der nächsten Seite.)

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