

# **BVGer C-1355/2013 vom 13. Oktober 2015**

Bundesverwaltungsgericht, 2015-10-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1355\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1355_2013)

FR: TAF C-1355/2013 du 13 octobre 2015

IT: TAF C-1355/2013 del 13 ottobre 2015

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Verfügungen der IVSTA unterliegen der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht (vgl. Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]; Art. 31 ff. VGG). Die Beschwerdeführerin ist als Verfügungsadressatin zur Anfechtung legitimiert (vgl. Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten (vgl. Art. 60 ATSG sowie Art. 52 Abs. 1 VwVG).

### **E. 1.2**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

### **E. 1.3**

Das Verfahren richtet sich subsidiär nach dem VwVG, soweit nicht das VGG etwas anderes bestimmt oder Bestimmungen des ATSG bzw. des IVG anwendbar sind (vgl. Art. 37 VGG; Art. 3 Bst. dbis VwVG; Art. 1 Abs. 1 IVG). In formell-rechtlicher Hinsicht finden grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (vgl. BGE 130 V 1 E. 3.2).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes dieses Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 7. Februar 2013, mit der die Vorinstanz im Rahmen eines Revisionsverfahrens nach Art. 17 ATSG die der Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2004 ausgerichtete Invalidenrente (vgl. Sachverhalt Bst. A) mit Wirkung per 1. April 2013 aufgehoben hat.

### **E. 3.1**

Die Beschwerdeführerin ist kroatische Staatsangehörige mit Wohnsitz in Kroatien, das seit dem 1. Juli 2013 Mitglied der EU ist. Mangels Unterzeichnung bzw. Ratifizierung des Zusatzprotokolls (Protokoll III) ist das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) im Verhältnis zu Kroatien aber nicht verbindlich. Es ist weiterhin das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kroatien über Soziale Sicherheit vom 9. April 1996 anwendbar (nf: Sozialversicherungsabkommen; SR 0.831.109.291.1). Nach Art. 4 Abs. 1 dieses Abkommens sind die Staatsangehörigen

des einen Vertragsstaates in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates, zu denen gemäss Art. 1 Abs. 1 Bst. a i.V.m. Art. 2 A Bst. ii die Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt; abweichende Bestimmungen in diesem Abkommen bleiben vorbehalten. Demnach beantwortet sich die Frage, ob die Vorinstanz die Rente zu Recht aufgehoben hat, ausschliesslich nach innerstaatlichem Recht.

### **E. 3.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 7. Februar 2013) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b).

### **E. 3.3**

In zeitlicher Hinsicht sind - besondere übergangsrechtliche Regelungen vorbehalten - jene materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Der Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu beurteilen (vgl. BGE 130 V 445). Vorliegend sind daher auch die im Rahmen der 5. IV-Revision (in Kraft seit 1. Januar 2008; AS 2007 5129) und der IV-Revision 6a (in Kraft seit 1. Januar 2012; AS 2011 5659) vorgenommenen Änderungen des IVG, der IVV (SR 831.201) und des ATSG zu beachten.

### **E. 4.1**

In formeller Hinsicht rügt die Beschwerdeführerin eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 1 BV, Art. 42 ATSG, Art. 26 ff. VwVG; vgl. Sachverhalt Bst. E). Dieser dient der Sachaufklärung und stellt überdies ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar. Kernelement ist das Recht auf vorgängige Äusserung und Anhörung. Die Behörde muss diese Äusserungen zur Kenntnis nehmen und sich in der Entscheidfindung und Begründung sachgerecht damit auseinandersetzen. In engem Konnex damit stehen die Begründungspflicht, welche der rationalen und transparenten Entscheidfindung dient, und der Anspruch auf Akteneinsicht, der eine geordnete, übersichtliche und vollständige Aktenführung voraussetzt (vgl. Gerold Steinmann, in: St. Galler Kommentar zur BV, 3. Aufl. 2014, Art. 29 N. 42 ff. m.H.; BGE 137 II 266 E. 3.2, 136 I 229 E. 5.2, 135 I 279 E. 2.3, 135 II 286 E. 5.1; Urteil des BGer 8C\_319/2010 vom 15. Dezember 2010 E. 2.2; BVGE 2012/24 E. 3.2, 2011/37 E. 5.4.1 je m.H.).

### **E. 4.2**

Die Beschwerdeführerin teilte der Vorinstanz mit Stellungnahme vom 1. Oktober 2012 u.a. mit, sie leide neu an einem Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans), und reichte entsprechende Unterlagen ein (IV act. 280 - 286). Die Vorinstanz unterbreitete diese Unterlagen ihrem medizinischen Dienst, der festhielt, auch die "Verdachtsdiagnose Spondylitis ankylosans" - die er als unbegründet erachte - ändere nichts daran, dass keine neue Erkrankung mit zusätzlichen objektivierbaren Funktionsausfällen vorliege (IV act. 291). In der Begründung der Verfügung erläuterte die Vorinstanz, sie habe von den Bemerkungen vom 1. Oktober 2012 Kenntnis genommen, sei indes zum Schluss gekommen, dass diese an der Richtigkeit des Vorbescheids nichts änderten. Diese

Begründung ist zwar kurz, aber genügend. Die Vorinstanz hat ihre Prüfungspflicht wahrgenommen (Art. 32 VwVG) und die wesentlichen Überlegungen genannt, von denen sie sich leiten liess. Sie musste sich nicht ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen (vgl. BVGE 2013/34 E. 4.1 m.H.).

#### **E. 4.3**

Die Akten sind vollständig zu führen und sämtliche Unterlagen chronologisch abzulegen. Bei Vorliegen eines Gesuchs um Akteneinsicht und spätestens im Zeitpunkt des Entscheids ist das Dossier durchgehend zu paginieren. In der Regel ist ein Aktenverzeichnis zu erstellen (vgl. Art. 46 ATSG; BGE 137 I 247 nicht publ. E. 3.2 m.H. auf Urteil 8C\_319/2010 E. 2.2). Die Beschwerdeführerin gibt an, sie habe von der Vorinstanz unvollständige und nicht paginierte Akten zur Einsicht zugestellt erhalten (vgl. IV act. 303). Dem Gericht wurden danach vollständige (vgl. E. 4.2), durchgehend paginierte und mit einem Aktenverzeichnis versehene Akten zugestellt. Indes ist die Beschwerde aus anderen Gründen gutzuheissen und ein reformatorischer Entscheid zu fällen, weshalb - im Sinne der Rechtsbegehren der Beschwerdeführerin - offen bleiben kann, ob der behauptete Verfahrensmangel zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung geführt hätte (vgl. BGE 137 I 195 E. 2.3.2 m.H.).

#### **E. 5.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert; vgl. BGE 135 V 215 E. 7.3). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

#### **E. 5.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. 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. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also

nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit, als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2).

### **E. 5.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben (vgl. Art. 29 Abs. 4 IVG sowie Art. 5 Abs. 2 des Sozialversicherungsabkommens [vgl. E. 3.1], welches keine abweichende Regelung vorsieht).

### **E. 5.4**

Die IV-Stelle prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 59 i.V.m. Art. 57 IVG). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die nötigen fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

### **E. 5.5**

Ändert sich der Invaliditätsgrad erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Revision gem. Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. auch Art. 87 ff. IVV). Anlass zur Revision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (vgl. BGE 134 V 131 E. 3). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich. Liegt ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 m.H.).

### **E. 6.1**

Streitig und zu prüfen ist, ob eine relevante Änderung der tatsächlichen Verhältnisse vorliegt (vgl. E. 5.5), d.h. ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitraum vom 22. Februar 2007 (Einspracheentscheid, vgl. Sachverhalt Bst. A sowie BGE 133 V 108 E. 5.4) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 7. Februar 2013 (vgl. E. 3.2) in anspruchrelevanter Weise verändert hat und ob sich der medizinische Sachverhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist. Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1).

### **E. 6.2**

Als Folge des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. Art. 43 Abs. 1 sowie Art. 61 Bst. c ATSG, Art. 12 VwVG i.V.m. Art. 37 VGG) haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache der Behörde bzw. des Gerichts ist, das Beweismaterial zusammenzutragen. Die Parteien tragen in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 m.H.).

### **E. 6.3**

Die mit Einspracheentscheid vom 22. Februar 2007 erfolgte Rentenzusprechung beruhte insb. auf den folgenden medizinischen Berichten:

#### **E. 6.3.1**

Dr. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, führte im März 2004 aus, seit ca. 1995 bestünden Rückenschmerzen, seit 2002 seien zunehmende Hand- und Fingergelenkschmerzen aufgetreten. Zusätzlich hätten sich Ganglien an den Handgelenken gefunden. Im Anschluss an eine Operation sei es zu einer Algodystrophie der rechten Hand gekommen. Zunehmend seien auch linksseitige Beschwerden vorhanden. Es sei zu einer depressiven Reaktion gekommen. Seit Februar 2003 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100% für jegliche Tätigkeit. Der Verlauf des Morbus Sudeck der rechten Hand werde entscheiden, wieweit die Patientin wieder eingegliedert werden könne (IV act. 12).

#### **E. 6.3.2**

Mit Verlaufsbericht vom 22. September 2004 stellte Dr. M.\_\_\_\_\_ folgende Diagnosen: Morbus Sudeck Stadium II rechte Hand; Tendinitis De Quervain linke Hand; depressive Entwicklung; chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei Segmentdegeneration L5/S1; Tendenz zur Generalisierung des Schmerzsyndroms; symptomatische Cholezystolithiasis. Die Patientin bleibe 100% arbeitsunfähig (IV act. 28 S. 3; act. 33).

#### **E. 6.3.3**

Mit Bericht vom 20. Mai 2005 (vgl. IV act 45) hielt Dr. R. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, fest: "Knapp mittelgrosse mediolateral bzw. neuroforaminal-rechtsseitige Diskushernie L4/5. Vom Aspekt her wäre vor allem eine Irritation bis Kompression der Nervenwurzel L4 rechts im Neuroforamen ev. auch L5 rechts am recessalen Eingang erklärbar. Unter Berücksichtigung des Alters bereits ausgeprägte Intervertebralarthrosen in allen Segmenten. Unverdächtige Knochenstruktur."

#### **E. 6.3.4**

Dr. A. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt mit Bericht vom 25. November 2005 (IV act. 54) fest, die Patientin sei seit der Operation mit postoperativem kompliziertem Verlauf (Sudeck) 100% arbeitsunfähig. Sie klage regelmässig über Schmerzen. Bei einer leidensangepassten Tätigkeit sollte 100%ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden können. Ob eine Eingliederung erfolgreich sein werde, bezweifle er allerdings aufgrund der Gesamtsituation (Psyche).

#### **E. 6.3.5**

Dr. F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Dezember 2005 eine mittelgradige depressive Episode sowie eine posttraumatische Belastungsstörung mit vegetativer Übererregtheit, Schlafproblemen und Flashbacks seit dem Verlust der Tochter und des Ehemanns. In der bisherigen Tätigkeit bestehe seit zwei Jahren eine Arbeitsunfähigkeit von 70%. Eine angepasste Tätigkeit in einem geschützten Rahmen wäre möglich, zunächst halbtags (IV act. 57 f.).

#### **E. 6.3.6**

Der IV-Arzt Dr. T. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt mit Bericht vom 17. Mai 2006 fest, die von Dr. F. \_\_\_\_\_ beschriebenen objektiven Befunde reichten für die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode nicht aus. Eine Arbeitsunfähigkeit von solch erheblichem Ausmass sei nicht nachvollziehbar (IV act. 59).

#### **E. 6.3.7**

Dr. M. \_\_\_\_\_ stellte mit Verlaufsbericht vom 28. Juni 2006 folgende Diagnosen: Persistierende rechtsseitige Handgelenks- und Fingerschmerzen bei Status nach Morbus Sudeck rechte Hand und Status nach Operationen von Handgelenksganglion und Tendovaginitis de Quervain rechts; Zervikospondylogenes, ev. -radikuläres Syndrom C7 links und chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei massiver Segmentdegeneration L5/S1 und mediolateraler Diskushernie L4/5 rechts; Persistierende Abdominalbeschwerden bei Status nach Cholecystektomie; Depression. Aufgrund langwieriger Probleme mit zusätzlicher ausgeprägter psychosozialer Belastungssituation bestehe eine beträchtliche depressive Komponente. Die Patientin sei aufgrund der verschiedenen Probleme für jegliche Tätigkeit arbeitsunfähig (IV act. 71).

#### **E. 6.3.8**

Prof. Dr. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Handchirurgie, berichtete am 14. August 2006 über die Resultate von MR-Untersuchungen der Handgelenke und hielt fest, es zeige sich eine mässige Radiocarpalarthrose rechts, im Handgelenk links ein lobuliertes Anglion sowie ein kleines venöses Aneurysma im subcutanen Gewebe sowie rechts ein ulno-carpales Impaktionssyndrom sowie ein Riss des LT-Ligaments. Zudem klage die Patientin über Zeichen eines Schulter-Arm-Syndroms (IV act. 75 ff.).

### **E. 6.3.9**

Der IV-Arzt Dr. T. \_\_\_\_\_ hielt mit Stellungnahme vom 13. November 2006 insbesondere gestützt auf den Bericht von Dr. M. \_\_\_\_\_ vom Juni 2006 (vgl. E. 6.3.7) fest, alleine aufgrund der somatischen Befunde bestehe eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit. Die Patientin sei im Bereich der rechten oberen Extremität durch persistierende Handgelenks- und Fingerschmerzen eingeschränkt, im Bereich der linken oberen Extremität durch eine Schulter-Arm-Problematik. Der Rheumatologe beschreibe als psychiatrischer Nichtfacharzt eine psychosoziale Belastungssituation. Versicherungsmedizinisch bestehe keine Indikation zu weiterer Abklärung der psychischen Situation (IV act. 78).

### **E. 6.4**

In der Revisionsverfügung vom 7. Februar 2013 geht die Vorinstanz von einer Verbesserung des gesundheitlichen Zustands aus. Für körperlich sehr leichte Tätigkeiten unter Wechselbelastung bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit mit einer Verminderung der Erwerbsfähigkeit von 30%. Die Betätigung im Aufgabenbereich sei zu 75% zumutbar. In Anwendung der gemischten Methode ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 28%. Diese Beurteilung stützt sich primär auf das polydisziplinäre Gutachten (IV act. 237) sowie auf diverse Stellungnahmen des medizinischen Dienstes (IV act. 149, 188, 192, 217, 254, 274 u. 291).

#### **E. 6.4.1**

Das polydisziplinäre ABI-Gutachten vom 2. Februar 2012 gründet auf dem vorbestehenden IV-Dossier, einer allgemein-internistischen, einer psychiatrischen und einer orthopädischen Untersuchung - allesamt durchgeführt am 29. November 2011 im Begutachtungsinstitut in Basel - sowie auf einem interdisziplinären Konsensus. <sup>3/4</sup> Der allgemein-internistische Facharzt Dr. D. \_\_\_\_\_ hielt fest, dass die Explorandin über vielfältige Schmerzen klage (u.a. Nacken, Rücken, Magen, Knie) sowie über Kraftlosigkeit und Krämpfe im Bereich der rechten Hand, Schwindel, Zittern, ständiges Durstgefühl, Mühe beim Gehen, Vergesslichkeit, psychische Beschwerden etc. Aus allgemeininternistischer Sicht könne keine Diagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die Explorandin könne sich keine Arbeit vorstellen, die für sie noch möglich wäre (IV act. 237 S. 9 u. 25). <sup>3/4</sup> Der psychiatrische Teilgutachter Dr. W. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) diagnostizierte eine leichte depressive Episode sowie eine Somatisierungsstörung mit ausgeweiteten Schmerzen (IV act. 237 S. 11-16). Die Prognose sei aufgrund des chronischen Verlaufs und der Krankheitsüberzeugung ungünstig. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der Explorandin könne es zugemutet werden, einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit nachzugehen. Auf die Beurteilung der Psychiaterin Dr. F. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 6.3.5) könne - auch rückwirkend - nicht abgestellt werden. Die Diagnose einer post-traumatischen Belastungsstörung sei nicht begründet. Der Verlust des früheren Ehemannes und der Tochter gelte nach ICD-10 nicht unbedingt als schweres traumatisches Ereignis. Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode sei ebenfalls nicht begründet. Es fehle eine psychopathologische Befunderhebung. Der Rheumatologe habe 2004 eine reaktive depressive Episode und 2006 eine Depression aufgeführt. Bei einer reaktiven Depression handle es sich indes um eine leichte psychische Störung, die keine Arbeitsunfähigkeit begründe. Auf die Berichte aus Kroatien könne nicht abgestützt werden. Tagesstrukturierende Massnahmen seien zu empfehlen, berufliche Massnahmen jedoch

wegen der Krankheitsüberzeugung nicht. <sup>3</sup>/<sub>4</sub> Der orthopädische Teilgutachter Dr. C. \_\_\_\_\_ - Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates - diagnostizierte (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) chronische Nacken-Schulter-Arm-Hand-Beschwerden ohne fassbare radikuläre Symptomatik beidseits, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne fassbare radikuläre Symptomatik sowie chronische Kniebeschwerden beidseits. Es bestehe ein massiver Verdacht auf Schmerzausweitung (IV act. 237 S. 24). Die beklagten diffusen Beschwerden liessen sich durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen. Es bestünden klare Hinweise für eine im Vordergrund stehende nicht-organische Beschwerdekomponekte. Für körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich sehr leichte Tätigkeiten unter Wechselbelastung liege eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Die retrospektive Einschätzung sei schwierig. Auch nach dem im März 2011 durchgeführten Eingriff an der Halswirbelsäule könne spätestens ab Untersuchungszeitpunkt von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten ausgegangen werden. Auf somatischer Ebene böten sich keine Therapievorschlage an, für berufliche Massnahmen scheine die Explorandin keine Motivation aufzubringen. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. M. \_\_\_\_\_ könne keinesfalls geteilt werden und scheine zu einem erheblichen Masse auf psychische Faktoren abzustützen. Hinsichtlich der durch Dr. M. \_\_\_\_\_ dokumentierten Befunde am Bewegungsapparat sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit keinesfalls nachvollziehbar, insb. weil damals wie heute keine Hinweise für eine Algodystrophie mehr bestünden (IV act. 237 S. 23). <sup>3</sup>/<sub>4</sub> Im interdisziplinären Konsensus (IV act. 237 S. 25 f.) hielten die Gutachter fest, die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei mittelgradig eingeschränkt. An der unteren Wirbelsäule, den Handgelenken und den Handwurzeln beider Seiten bestünden zum Teil deutliche degenerative Veränderungen. Auch die Kniegelenke seien arthrotisch verändert. Die beklagten diffusen Beschwerden liessen sich durch die objektivierbaren Befunde keinesfalls vollständig begründen. Es bestünden klare Hinweise für eine im Vordergrund stehende nicht-organische Beschwerdekomponekte. Weder die leichte depressive Episode noch die undifferenzierte Somatisierungsstörung schränkten die Arbeitsfähigkeit ein. Die Explorandin sei für körperlich mittelschwere und schwere Arbeiten arbeitsunfähig, für körperlich nur leichte, angepasste Tätigkeiten jedoch vollumfänglich arbeits- und leistungsfähig, spätestens ab dem Zeitpunkt der Untersuchung. Eine höhergradige Depression bestehe nicht mehr, kein Morbus Sudeck und die Rekonvaleszenz seit dem HWS-Eingriff im März 2011 sei abgelaufen. Für Arbeiten im Haushalt bestehe eine Einschränkung für mittelschwere und schwere Tätigkeiten von insgesamt ca. 25%. Es würden medizinische, nicht jedoch berufliche Massnahmen empfohlen.

#### **E. 6.4.2**

Der IV-Arzt Dr. L. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin) hielt mit Stellungnahme vom 15. April 2012 (IV act. 254) fest, die ursprüngliche Rentenzusprechung sei wegen psychischen und somatischen Problemen erfolgt. In der Folge sei er "zum Eindruck gekommen", dass sich der Gesundheitszustand gebessert habe (IV act. 149 u. 188). Die aus Kroatien eingetroffenen Berichte (IV act. 213 ff.) seien teils widersprüchlich, teils nicht nachvollziehbar gewesen, weshalb eine polydisziplinäre Begutachtung in der Schweiz erfolgt sei. Das ABI-Gutachten sei umfangreich und nachvollziehbar. Es zeige, dass sich sowohl die HWS-Situation als auch die Psyche gebessert hätten, dokumentiert seit der Untersuchung vom November 2011. Im August 2012 und Januar 2013 (IV act. 274;

291) nahm der IV-Arzt zu neuen kroatischen Arztberichten (IV act. 268 ff.; 284 f.) Stellung und hielt fest, diese zeigten keine neuen Entwicklungen. Sowohl klinisch als auch radiologisch sei die Versteifung der Halswirbel erfolgreich. Der gute Verlauf der HWS-Operation werde bestätigt. Erneute Zeichen einer Sudeckerkrankung lägen nicht vor. Es werde auf eine Somatisierung und die subjektive Beschwerlichkeit hingewiesen. Eine neue Erkrankung liege nicht vor. Nach der Abheilung der Sudeckdystrophie, den erfolgreichen Operationen des Carpal隧nells und der HWS (immer gemessen aufgrund der objektivierbaren Befunde im ABI-Gutachten) und der nicht mehr vorliegenden relevanten psychischen Erkrankung habe sich das objektivierbare medizinische Bild relevant gebessert.

### **E. 6.4.3**

Die IV-Ärztin Dr. B. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt mit Stellungnahme vom 26. Januar 2013 fest, die Beurteilung des psychiatrischen Teilgutachters sei aus medizinischer Sicht begründet und nachvollziehbar, die neu eingereichten Akten ergäben keine anderen Erkenntnisse. Die objektivierbaren Befunde könnten die Beschwerden der Versicherten nicht erklären. Der Somatisierungsstörung scheine eine grosse Rolle zuzukommen (IV act. 293).

### **E. 6.5**

Die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit stellt für sich alleine keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Auch eine hinzugetretene oder weggefallene Diagnose stellt nicht per se einen Revisionsgrund dar, da damit das quantitative Element der erheblichen Gesundheitsverbesserung oder -verschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist. Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (vgl. E. 5.5; BGE 141 V 9 E. 5.2; Urteil des BGer 9C\_708/2014 vom 11. Dezember 2014 E. 2 m.H.). Für Gutachten, welche zum Zweck der Revision eingeholt werden, gelten deshalb - neben den allgemeinen (vgl. E. 5.4) - besondere Anforderungen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist hier zwar Ausgangspunkt der Beurteilung. Sie wird aber nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seins-Ebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert des Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich eine abweichende ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Diesem Beweiswertkriterium kommt hinsichtlich der Entscheidungsgrundlagen in Revisionsfällen - mit Blick auf deren vergleichende Natur - eine besondere Bedeutung zu (vgl. Urteil 9C\_418/2010 E. 4; Urteil des BVGer C 2838/2014 vom 20. Mai 2015 E. 5.3.4 m.H.; Andreas Traub, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, SZS 2012 S. 183 ff.). Aus rechtlicher Sicht kann sodann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass diese ihren Beweiswert verlöre (vgl.

SVR 2015 IV Nr. 16 S. 45 E. 2.3 [9C\_662/2013]; Urteil des BGer 9C\_3/2015 vom 20. Mai 2015 E. 3.3.2).

#### **E. 6.5.1**

Die Vorinstanz wies die Gutachter im Rahmen der Auftragserteilung am 14. Juli 2011 klar darauf hin, dass im Kontext der Rentenrevision namentlich auch der Krankheitsverlauf sowie die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit (Verbesserung, Verschlechterung, stationärer Verlauf) seit der Rentenzusprechung zu prüfen seien (IV act. 223).

#### **E. 6.5.2**

Nach Auffassung der Vorinstanz ist in Bezug auf die rentenbegründenden körperlichen Leiden eine wesentliche Besserung eingetreten, während eine für die Arbeitsfähigkeit relevante psychische Störung nie bestanden habe (vgl. Sachverhalt Bst. F). Streitig und zu prüfen ist, ob im polydisziplinären Gutachten - dessen Einholung der medizinische Dienst der IVSTA mehrfach empfohlen hatte (IV act. 149; 217) - in hinreichendem Masse und mit nötiger Klarheit relevante Unterschiede auf der Seins-Ebene zum früheren Zustand ersichtlich werden.

#### **E. 6.5.3**

Der psychiatrische Teilgutachter legt dar, weshalb auf die Diagnose der Psychiaterin Dr. F.\_\_\_\_\_ aus dem Jahr 2005 auch rückwirkend nicht abgestellt werden könne - dass also die von ihr gestellten Diagnosen unzutreffend seien - und weshalb auf Grundlage der vom Rheumatologen Dr. M.\_\_\_\_\_ im Jahr 2006 attestierten Depression ohne objektive psychopathologische Befunde keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne (IV act. 237 S. 15). Es bestehe eine leichte depressive Episode sowie eine undifferenzierte Somatisierungsstörung mit ausgeweiteten Schmerzen (S. 25). Eine "psychiatrisch begründete Arbeitsfähigkeit" (gemeint muss sein: Arbeitsunfähigkeit) könne im Verlauf nicht bestätigt werden (S. 14). Es wird mithin davon ausgegangen, dass zu keinem Zeitpunkt eine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestanden und somit diesbezüglich keine tatsächliche Veränderung stattgefunden hat. Die Vorinstanz hält denn auch fest, dass die ursprüngliche Rentenzusprechung einzig wegen der körperlichen Leiden erfolgte, und weist darauf hin, dass bezüglich relevanter psychischer Befunde schon damals Zweifel bestanden (vgl. Sachverhalt Bst. F). Diese Einschätzung stützt sich auf die Stellungnahme des IV-Arztes Dr. T.\_\_\_\_\_ vom 13. November 2006, der festhielt, dass alleine aufgrund der somatischen Befunde eine andauernde 100% Arbeitsunfähigkeit bestehe, und betreffend die Diagnose Depression festhielt, der Rheumatologe beschreibe als psychiatrischer Nichtfacharzt eine ausgeprägte psychosoziale Belastungssituation, wobei versicherungsmedizinisch keine Indikation zu weiterer Abklärung der psychischen Situation bestehe (IV act. 78). Im Jahr 2007 wurde mithin alleine aus somatischen Gründen von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Es besteht kein Anlass, der nicht näher begründeten divergierenden Feststellung des IV Arztes Dr. L.\_\_\_\_\_ vom 15. April 2012 zu folgen (IV act. 254).

#### **E. 6.5.4**

Der orthopädische Teilgutachter führt aus, er könne die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Rheumatologen Dr. M.\_\_\_\_\_ keinesfalls teilen (vgl. E. 6.4.1). Diese scheine zu einem erheblichen Masse auf psychische Faktoren abzustützen. Der orthopädische Teilgutachter ging offenbar nicht von einer wesentlichen Besserung des Bewegungsapparats aus: "Hinsichtlich der durch Dr. M.\_\_\_\_\_ dokumentierten Befunde

am Bewegungsapparat ist eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten keinesfalls nachvollziehbar, insbesondere weil damals wie heute keine Hinweise für eine Algodystrophie mehr bestehen" (IV act. 237 S. 27). Diese letzte Feststellung bezieht sich darauf, dass der Rheumatologe Dr. M. \_\_\_\_\_ im Juni 2006 darauf hingewiesen hatte, dass keine klinischen Sudeckzeichen bestünden (IV act. 71 S. 7; Morbus Sudeck und Algodystrophie sind gleichbedeutend [Schulter-Hand-Syndrom; ICD-10 M89.0]). Vor diesem Hintergrund ist im Nichtvorhandensein eines Morbus Sudeck zum Begutachtungszeitpunkt (IV act. 237 S. 26) keine Verbesserung des Gesundheitszustands im Vergleichszeitraum zu erblicken. Der orthopädische Teilgutachter betont sodann, die retrospektive Einschätzung betreffend die Arbeitsfähigkeit für körperlich sehr leichte Tätigkeiten sei schwierig; "auch nach dem am 25.03.2011 durchgeführten Eingriff an der Halswirbelsäule" könne aber spätestens ab Untersuchungszeitpunkt von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (IV act. 237 S. 22). Ob und inwiefern sich die Tragweite der Einschränkungen des Bewegungsapparates im Vergleichszeitraum aber wesentlich verändert hat, kann dem Gutachten nicht entnommen werden. So hatte Dr. M. \_\_\_\_\_ im Juni 2006 auf "Hand- und Daumenschmerzen rechts mit starker Bewegungseinschränkung", "Schulterarmschmerzen links" sowie eine "Einschränkung der Beweglichkeit" der Wirbelsäule hingewiesen (IV act. 71 S. 7). Im polydisziplinären Gutachten wird auf "beidseitige chronische Nacken-Schulter-Arm-Hand-Beschwerden" sowie auf die in sämtlichen Abschnitten mittelgradig eingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule hingewiesen (IV act. 237 S. 24 f.). Die apodiktische Schlussfolgerung des orthopädischen Teilgutachters, der die damalige Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit "keinesfalls teilt", ist nicht nachvollziehbar. Sie steht namentlich auch im Widerspruch zur vorherigen Feststellung, wonach für körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab dem 10. Februar 2003 auszugehen sei, die retrospektive Einschätzung betreffend körperlich sehr leichte Tätigkeiten aber schwierig sei, weshalb erst ab dem Untersuchungszeitpunkt von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit für körperlich sehr leichte Tätigkeiten ausgegangen werden könne (IV act. 237 S. 22).

#### **E. 6.5.5**

Im interdisziplinären Konsensus verweisen die Gutachter mit Bezug auf Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen auf die Feststellungen der Teilgutachter und führen ergänzend aus, es könne spätestens ab dem Zeitpunkt der Untersuchung von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit für leichte, angepasste Tätigkeiten ausgegangen werden. Es bestehe keine höhergradige Depression mehr, kein Morbus Sudeck, und die Rekonvaleszenz seit dem HWS-Eingriff 03/11 sei abgelaufen (IV act. 237 S. 26). Inwiefern es sich hierbei um gesundheitliche Besserungen im Vergleichszeitraum handelt, wird jedoch nicht schlüssig dargelegt. Die früheren psychiatrischen Einschätzungen werden in den Teilgutachten faktisch als unzutreffend bezeichnet bzw. es wird die Auffassung vertreten, es habe nie eine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestanden (vgl. E. 6.5.3). Sodann wird klargestellt, dass damals (2007) wie heute keine Hinweise für eine Algodystrophie bzw. einen Morbus Sudeck mehr bestanden hätten (vgl. E. 6.5.4; zum Jahr 2006 IV act. 71 S. 7; im Gegensatz dazu noch im Jahr 2004, IV act. 28 S. 3). Betreffend den HWS-Eingriff vom März 2011 führen die Gutachter zwar aus, die Rekonvaleszenz sei abgelaufen, legen aber nicht dar, ob bzw. inwiefern dieser Eingriff zu einer gesundheitlichen Besserung im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprechung geführt hat. Betreffend die Tragweite der Einschränkungen des Bewegungsapparats wird jedenfalls

aus dem Gutachten nicht ersichtlich, dass sich diese im Vergleichszeitraum wesentlich verändert haben könnten (vgl. E. 6.5.4).

#### **E. 6.5.6**

Betreffend das ABI-Gutachten ist somit zusammenfassend festzuhalten, dass die ärztlichen Sachverständigen nicht hinreichend aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen, abweichenden Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (vgl. Urteil 9C\_418/2010 E. 4.3). Die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit ist alleine darauf zurückzuführen, dass die Gutachter die Auswirkungen der gesundheitlichen Befunde auf die Arbeitsunfähigkeit anders beurteilten, insbesondere weil sie von einer im Vordergrund stehenden nicht-organischen Beschwerdekomponekte ausgingen, der sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimassen (IV act. 237 S. 24 f.).

#### **E. 6.5.7**

Nicht nachvollziehbar ist sodann, wie die Gutachter zur nicht weiter begründeten Feststellung gelangten, wonach für Arbeiten im Haushalt eine Einschränkung für mittelschwere und schwere Tätigkeiten von insgesamt ca. 25% bestehe (IV act. 237 S. 26). Weder aus dem Gutachten noch aus anderen Dokumenten wird ersichtlich, dass diesbezüglich Abklärungen erfolgt wären. Einzig gestützt auf den Fragebogen für im Haushalt tätige Versicherte (IV act. 225 S. 3 ff.) kann nicht von einer relevanten Verbesserung ausgegangen werden (im Einspracheentscheid vom Februar 2007 wurden die Einschränkungen im Haushalt gestützt auf eine Abklärung vor Ort auf 34% beziffert [IV act. 83 S. 5; 225 S. 7 ff.]).

#### **E. 6.6**

Zu prüfen bleibt, ob aus den Stellungnahmen der IV-Ärzte auf eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen geschlossen werden kann. Die Stellungnahmen der IV-Ärzte Dr. L.\_\_\_\_\_ (vgl. E. 6.4.2) und Dr. B.\_\_\_\_\_ (vgl. E. 6.4.3), die nicht auf eigener Untersuchung beruhen, sind als medizinische Aktenberichte beweistauglich, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen (vgl. Urteil des BGer 8C\_199/2011 vom 9. August 2011 E. 2 m.H.). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme des medizinischen Dienstes der IVSTA keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden (vgl. Urteile des BGer 8C\_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.2 sowie 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Der Allgemeinmediziner Dr. L.\_\_\_\_\_ verwies im Januar 2013 auf die Abheilung der Sudeckdystrophie und die - gemessen an den objektivierbaren Befunden im ABI-Gutachten - erfolgreichen Operationen des Carpaltunnels sowie der Halswirbelsäule (IV act. 291). Er stützte seine Einschätzung, das objektivierbare medizinische Bild der Beschwerdeführerin habe sich relevant gebessert, mithin im Wesentlichen auf die Einschätzungen des fachärztlichen ABI-Gutachters, aus dessen Ausführungen indes - wie dargetan (vgl. insb. E. 6.5.4 ff.) - nicht hervorgeht, dass im relevanten Vergleichszeitraum eine wesentliche Veränderung auf der Seins-Ebene eingetreten ist. Sodann steht sein Hinweis, die Psyche habe sich relevant gebessert, im Widerspruch zu den Ausführungen des psychiatrischen Gutachters, der festhielt, dass aus psychiatrischer Sicht zu keinem Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (IV act. 237 S. 14 f.). Auf die Einschätzung von Dr. L.\_\_\_\_\_ kann aus diesen Gründen nicht

abgestellt werden. Dr. B.\_\_\_\_\_ führt sodann in der psychiatrischen Stellungnahme vom 26. Januar 2013 aus, an der Beurteilung des ABI sei festzuhalten, äussert sich jedoch nicht zu allfälligen Verbesserungen der gesundheitlichen Situation. Nach dem Gesagten können die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA keine Beurteilungsgrundlage bilden. Dasselbe gilt für die Berichte aus Kroatien, was auch aus den Ausführungen von Dr. L.\_\_\_\_\_ (IV act. 254) und den Einschätzungen der Gutachter hervorgeht (IV act. 237 S. 16 u. 23 f.). Die nach Erstellung des ABI-Gutachtens eingereichten medizinischen Unterlagen aus Kroatien (IV act. 269 u. 281) lassen ebenfalls keine Aussage darüber zu, ob es zu einer gesundheitlichen Verbesserung im Vergleichszeitraum kam. Die Feststellung von Dr. L.\_\_\_\_\_, dass sich darin der gute Verlauf der HWS-Operation bestätige (IV act. 291), ändert daran nichts.

### **E. 6.7**

Dass sich der Invaliditätsgrad nicht als Folge einer Änderung des Gesundheitszustands, sondern wegen einer anderen wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen verändert haben könnte (vgl. E. 5.5 u. E. 6.5.6 f.), ist aufgrund der Akten nicht ersichtlich und wird auch von der Vorinstanz nicht geltend gemacht. Diese hält namentlich explizit daran fest, es sei nach wie vor die gemischte Methode anzuwenden (60% Erwerbstätigkeit, 40% Haushalt, vgl. Sachverhalt Bst. D und F).

### **E. 6.8**

Zusammenfassend bestand - mangels einer wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen - keine Handhabe für eine Neuurteilung unter dem Titel von Art. 17 ATSG, weshalb die Vorinstanz nicht berechtigt war, eine Rentenrevision vorzunehmen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 und E. 5.2). Da es der Vorinstanz nicht gelungen ist - obschon sie dafür seit dem Jahr 2009 genügend Zeit und Möglichkeiten gehabt hätte - eine relevante Veränderung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darzulegen, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. SVR 2010 IV Nr. 30 S. 94 E. 6.3 [9C\_961/2008]; Urteil 9C\_418/2010 E. 3.1).

### **E. 7**

Der Versicherungsträger kann unabhängig von einem materiellen Revisionsgrund im Rahmen einer Wiedererwägung gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen kann grundsätzlich auch das Gericht eine (zu Unrecht) auf Art. 17 ATSG gestützte Revisionsverfügung - nach Gewährung des rechtlichen Gehörs - mit dieser substituierten Begründung schützen (vgl. Urteil des BGer 9C\_762/2013 vom 24. Juni 2014 E. 4.2; BGE 125 V 368 E. 2). Die Vorinstanz macht indes zu Recht nicht geltend, dass die ursprüngliche Rentenverfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne gewesen sei, sondern weist im Gegenteil ausdrücklich darauf hin, dass die Richtigkeit der ursprünglichen Beurteilung in Bezug auf die rentenbegründenden körperlichen Leiden nie in Frage gestellt worden sei (vgl. Sachverhalt Bst. F). Die im Jahr 2007 erfolgte Beurteilung, dass alleine aufgrund der somatischen Befunde auf eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit zu schliessen sei (vgl. IV act. 78), erscheint anhand der Beurteilung des Rheumatologen Dr. M.\_\_\_\_\_ (insb. IV act. 71) und verschiedener anderer ärztlicher Berichte (IV act. 45; 55; 62 ff.; 74 ff.) vor dem Hintergrund der damaligen Sach- und Rechtslage als vertretbar, weshalb die Annahme zweifelloser

Unrichtigkeit ausscheidet (vgl. Urteile des BGer 9C\_621/2010 vom 22. Dezember 2010 E. 2.2.2 und 9C\_215/2007 vom 2. Juli 2007 E. 3.2 je m.H.).

## **E. 8**

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdeführerin unverändert Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung. Die Beschwerde ist somit gutzuheissen, die Verfügung der Vorinstanz vom 7. Februar 2013 ist aufzuheben und die Vorinstanz ist anzuweisen, der Beschwerdeführerin die bis 31. März 2013 ausbezahlte volle IV-Rente weiterhin auszurichten. Bei diesem Verfahrensausgang sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG; BGE 132 V 215 E. 6.1). Die obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung ist daher gegenstandslos geworden (vgl. Marcel Maillard, in: Praxiskommentar VwVG, 2009, Art. 65 N 46 m.H.). Mangels Einreichung einer Honorarnote wird diese aufgrund der Akten sowie unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Komplexität des Verfahrens auf Fr. 3'000.- festgesetzt (vgl. Art. 9 f. und Art. 14 VGKE; inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. Urteil BVGer C 6071/2012 vom 7. November 2014 E. 7.2.3 m.H.]). Dispositiv S. 23

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