

BVGer C-1535/2014 vom 16. Dezember 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-12-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1535_2014

FR: TAF C-1535/2014 du 16 décembre 2015

IT: TAF C-1535/2014 del 16 dicembre 2015

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG (SR 172.021), sofern wie hier keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IVSTA, die mit Verfügungen über Rentengesuche befindet (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 2.1

Anfechtungsobjekt ist vorliegend ein als Zwischenverfügung bezeichnetes Schreiben der Vorinstanz vom 30. Januar 2014 (Vorakten 115, BVGer act. 1/1), mit welchem an einer pluridisziplinären Begutachtung der Beschwerdeführerin in der Schweiz festgehalten wird.

E. 2.2

Gegen selbständig eröffnete Zwischenverfügungen, die nicht Zu-ständigkeitsfragen oder Ausstandsbegehren betreffen, ist eine Beschwerde gemäss Art. 46 Abs. 1 VwVG zulässig, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken (Bst. a) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen würde (Bst. b). Andernfalls sind Zwischenverfügungen nur mit Beschwerde gegen die Endverfügung anfechtbar. Das besondere Rechtsschutzinteresse, das die sofortige Anfechtbarkeit einer Zwischenverfügung begründet, liegt im Nachteil, der entstände, wenn die Anfechtung der Zwischenverfügung erst zusammen mit der Beschwerde gegen den Endentscheid zugelassen wäre (vgl. Pierre Tschannen/Ulrich Zimmerli/Markus Müller, Allgemeines Verwaltungsrecht, 3. Auflage, Bern 2009, § 28 Rz. 84). Der Nachteil muss nicht rechtlicher Natur sein; die Beeinträchtigung in schutzwürdigen tatsächlichen, insbesondere auch wirtschaftlichen Interessen genügt, sofern der Betroffene nicht nur versucht, eine

Verlängerung oder Verteuerung des Verfahrens zu verhindern (BGE 130 II 149 E. 2.2). Gemäss BGE 137 V 210 E. 3.4.2.6 sind (bei fehlendem Konsens zu treffende) Verfügungen der IV-Stellen betreffend die Einholung von medizinischen Gutachten beim kantonalen Versicherungsgericht bzw. beim Bundesverwaltungsgericht anfechtbar. Dabei hat das Bundesgericht die Anfechtbarkeitsvoraussetzung des nicht wieder gutzumachenden Nachteils für das erstinstanzliche Beschwerdeverfahren in IV-Angelegenheiten bejaht (BGE 138 V 271 E. 1.2 mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist aufgrund des Gesagten daher als eine selbständig anfechtbare Zwischenverfügung im Sinne von BGE 137 V 210 ff. sowie BGE 138 V 271 ff. zu betrachten.

E. 2.3

Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; sie ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass sie im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist.

E. 2.4

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (Art. 60 ATSG und Art. 52 VwVG), womit darauf einzutreten ist.

E. 3.1

Die Versicherten haben beim Vollzug der Sozialversicherungsgesetze unentgeltlich mitzuwirken (Art. 28 Abs. 1 ATSG). Der Versicherungsträger nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Die versicherte Person hat sich ärztlichen oder fachlichen Untersuchungen zu unterziehen, soweit diese für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind (Art. 43 Abs. 2 ATSG).

E. 3.2

Im Urteil 9C_28/2010 vom 12. März 2010 erwog das Bundesgericht, dass die medizinische Abklärung der objektiven Gesundheitsschäden eine unabdingbare gesetzlich verankerte Voraussetzung für die Zusprache einer Leistung der Invalidenversicherung (Art. 7 Abs. 2, Art. 16, Art. 43 Abs. 1 ATSG) sei. Der Versicherer befinde darüber, mit welchen Mitteln er den rechtserheblichen Sachverhalt abkläre. Im Rahmen der Verfahrensleitung habe er einen grossen Ermessensspielraum hinsichtlich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen. Was zu beweisen sei, ergebe sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz habe der Versicherer den Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass er über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entscheiden könne. Dabei komme Sachverständigengutachten eine massgebende Rolle zu. Der Untersuchungsgrundsatz werde ergänzt durch die Mitwirkungspflichten der versicherten Person. Danach habe sie sich den ärztlichen oder fachlichen Untersuchungen zu unterziehen, wenn sie zumutbar seien. Nach dem Wortlaut von Art. 43 Abs. 1 und Abs. 2 ATSG müssten jene Untersuchungen aber auch notwendig und somit von entscheidender Bedeutung für die Erstellung des rechtserheblichen Sachverhalts sein. Die versicherte Person habe sich somit jeglicher Untersuchung zu unterziehen, soweit sie sich nicht als unzumutbar erweise. In diesem Sinne liege die medizinische Begutachtung nicht im uneingeschränkten Ermessen der rechtsanwendenden Stellen. Diese müssten sich von rechtsstaatlichen Grundsätzen leiten lassen, wozu die Verpflichtung zur Objektivität und Unvoreingenommenheit ebenso gehöre wie der Grundsatz der rationellen Verwaltung (9C_28/2010 vom 12. März 2010 E. 4.1 mit

weiteren Hinweisen auf Rechtsprechung und Lehre).

E. 4

Vorab ist der medizinische Sachverhalt darzustellen. Wie aus den nachfolgenden Arztberichten ersichtlich ist und auch von der RAD-Ärztin Dr. F._____ in ihrer Stellungnahme vom 28. Oktober 2013 eingehend dargelegt wird (Vorakten 101 sowie hinten E. 4.3.3), sind die gegenwärtigen Leiden der Beschwerdeführerin sowohl auf den Unfall von 1989 als auch auf den Unfall von 1995 zurückzuführen (vgl. Arztberichte Dr. L._____ vom 4. Juni 1996 und Dr. M._____ vom 29. August 1997 hiernach).

E. 4.1

Arztberichte betreffend den ersten Unfall von 1989 mit Hinweisen auf neuropsychologische Defizite und psychische Leiden: - Dr. M._____, Neurologe, diagnostizierte am 30. Mai 1989, 13. September 1989, 5. Dezember 1989 und 11. Oktober 1991 (Vorakten 17/5, 17/6, 17/7, 17/8) einen Zustand nach Schleudertrauma. Bei der neurologischen Untersuchung seien keine neurologischen Ausfälle festzustellen gewesen. Die Versicherte wäre zu 50% arbeitsunfähig, wenn sie nicht Schülerin wäre. Am 8. April 1994 (Vorakten 17/10) stellte er die Diagnose eines chronischen Cervicovertebralsyndroms mit radikulärer Irritation C8 rechts bei Status nach indirektem HWS-Trauma. Neurologisch sei die Kopfbeweglichkeit eingeschränkt und schmerzhaft. Die Nackenmuskulatur sei gespannt. Sonst bestünden keine pathologischen Befunde. Die Funktionsaufnahme der HWS zeige eine deutlich reduzierte segmentale Beweglichkeit auf der Höhe C5/C6 und C6/C7 bei gesamthaft leicht verminderter HWS-Beweglichkeit bei Ante- und Retroflexion. Neuropsychologisch sei eine verminderte Leistungsfähigkeit bei Gedächtnis- und Konzentrationsschwäche festgestellt worden. Es bestehe weiterhin eine 50% Arbeitsunfähigkeit. - Beim neuropsychologischen Gutachten von dipl. psych. N._____, Neuropsychologin, und Dr. O._____, Neurologe, vom 26. November 1991 (Vorakten 5) ist als Diagnose ein Status nach Schleudertrauma aufgeführt. Die Versicherte leide an Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration. Die Arbeitsfähigkeit betrage 50%, wobei unter intensiver neuropsychologischer Therapie eine sukzessive Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich sein sollte. - Dress. P._____, Neurologe, und Q._____ hielten im Gutachten vom 7. Januar 1992 (Vorakten 3/5) und in den Arztberichten vom 8. Januar 1992 (Vorakten 4/1) und 18. März 1992 (Vorakten 17/4) fest, die Versicherte leide seit dem Unfall von 1989 mit indirektem HWS-Trauma unter chronischem Cervicovertebralsyndrom mit rechtsbetonter radikulärer Irritation auf der Höhe C8. Zurzeit stehe die Frischzeitgedächtnisstörung im Vordergrund. Das Cervicovertebralsyndrom sei nur leicht ausgeprägt. Die Hypomobilität der Wirbel C6/C7 und vermehrte Aufklappbarkeit der Wirbel C7/Th1 würden kontrollbedürftige Befunde darstellen. Sie würden die neuropsychologische Therapie wegen Konzentrationsstörungen begrüßen. Es sei mit einer Besserung der vordergründig neuropsychologischen Defizite zu rechnen. Die Umschulung der Patientin zur Arztgehilfin sei zu befürworten, da dies eine abwechslungsreichere Tätigkeit darstellen würde. Aufgrund der Untersuchung vom 23. April 1993 und 6. Mai 1993 wies Dr. Q._____, Neurologe, daraufhin, dass ein Praktikum zu 100% nicht zumutbar sei (vgl. undatierter Arztbericht, Vorakten 4/10). Die Versicherte leide an depressiver Verstimmung mit zeitweisem Tränenausbruch (Vorakten 22/4). Aufgrund der auftretenden nächtlichen Parästhesien des 4. und 5. Fingers rechts (Vorakten 22/4, 4/12, 12/1) wurde bei der Versicherten am 6. Mai 1993 eine elektroneurographische Untersuchung vorgenommen (Vorakten 4/14, 17/9), welche keine Hinweise auf eine Ulnarisneuropathie ergab. Dr. Q._____ berichtete am 18. Oktober 1993 (Vorakten

17/11), es gäbe keine unfallfremden Faktoren. Es bestünden Minderfunktionen einzelner Hirnfunktionen. Mit einer neuropsychologischen Therapie wäre eine Verbesserung der Aufmerksamkeit und Konzentration und damit eine sukzessive Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich, jedoch sei in nächster Zeit nicht mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Objektiv bestehe eine Verschlechterung der HWS-Motilität im Vergleich zur Voruntersuchung vom 19. November 1991. Auf Anfrage hielt Dr. Q. _____ am 20. Dezember 1993 fest, die Beeinträchtigung betrage bei der HWS 30% und 35% seien psychische Folgen (Vorakten 22/6). - Der Neurologe Dr. R. _____ erkannte am 5. Mai 1993 eine deutlich reduzierte segmentale Beweglichkeit bei den Wirbeln C5/C6 und C6/C7 sowie eine leicht verminderte HWS-Beweglichkeit.

E. 4.2

Berichte betreffend den zweiten Unfall von 1995 mit Hinweise auf Vorbelastung aufgrund des Unfalles von 1989 und auf psychische Leiden: - Unfallprotokoll vom 22. Dezember 1995 (Vorakten 21/6) - Im Formularbericht vom 22. April 1996 von Dr. S. _____, Allgemeinmedizinerin, (Vorakten 17/12) wurde festgehalten, seit dem 23. Dezember 1995 bestehe bis auf weiteres eine 100% Arbeitsunfähigkeit. Als Diagnose wurde eine HWS-Distorsion und als Begleitdiagnose eine Depression und Lumbalgien angegeben. Der jetzige Unfall habe infolge Zunahme der Schwere und Frequenz der Kopf- und Nackenschmerzen zu einer 100% Arbeitsunfähigkeit geführt. - Die Versicherte wurde von Dr. T. _____, Radiologe, am 30. April 1996 im Röntgeninstitut untersucht (Vorakten 17/1). Im CT-Schädel war kein Hämatom ersichtlich. Aufgrund des MRI der HWS hielt Dr. T. _____ fest, es sei möglicherweise eine zervikale Syrinx (Syrinx/Syringomyelie ist eine Höhlenbildung in der grauen Substanz im Rückenmark, <https://de.wikipedia.org/wiki/Syringomyelie>) vorhanden. Das MRI der LWS ergab Diskusprotrusionen mit Einengung des Spinalkanals. Zusammenfassend bestünden Artefakte und anhand des HWS-MRI könnten eine posttraumatische Syringomyelie nicht ausgeschlossen werden. Das MRI müsse wiederholt werden. Sonst gäbe es nichts Relevantes. - Im Bericht vom 4. Juni 1996 wies Dr. L. _____, Facharzt FMH für Chirurgie, daraufhin (Vorakten 17/15, Seite 2 des Berichts ist nicht aktenkundig), es seien unfallfremde Faktoren erheblichen Grades vorhanden, vor allem als Folge des ersten Unfalles von 1989 mit permanenter deklariert Arbeitsunfähigkeit von 50%. Die medizinischen Akten würden keine ausreichende Erklärung für die dauerhafte Arbeitsunfähigkeit ergeben. - Dr. M. _____, Neurologe, sandte am 29. August 1997 (Vorakten 17/16) eine Rückfallmeldung an Helsana. Der jetzige Zustand sei eine Folge beider Unfälle von 1989 und 1995. Im Arztbericht vom 16. Oktober 1997 (Vorakten 22/1) diagnostizierte er einen Status nach Schleudertrauma der HWS im Jahre 1989 und einen Status nach erneutem Schleudertrauma der HWS und Commotio cerebri am 22. Dezember 1995. Die Patientin leide an Kopfschmerzen, Schmerzen im Nacken, bei den Schultern und beim Rücken rechts mit Ausstrahlung in den Arm, sowie einem Schwächegefühl beim Heben von Gegenständen mit dem rechten Arm und gelegentlichen Schwindelattacken. Es hätte sich eine Klaustrophobie entwickelt. Infolge des Unfalls von 1989 habe eine dauernde Arbeitsunfähigkeit von 50% bestanden und der zweite Unfall vom 22. Dezember 1995 habe zu einer Exazerbation der Beschwerden geführt. Wegen Zunahme der Beschwerden sei die Patientin ab 12. Juni 1997 wieder voll arbeitsunfähig gewesen. Ob die Arbeitsfähigkeit wieder auf 50% reduziert werden könne, sei gegenwärtig noch unbestimmt aber doch eher zu erwarten. - Dr. U. _____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte am 6. Mai 1998 (Vorakten 23)

einen Status nach Kontusion der HWS im Jahre 1989 mit Rezidiven im Jahr 1995 und Commotio cerebri. Die Arbeitsunfähigkeit habe seit dem Unfall im Jahre 1989 50% betragen, sei am 23. Dezember 1995 auf 100% angestiegen und betrage seit 1. Juli 1996 wieder 50%. - Im Auftrag der Helsana erstellte Dr. V. _____, Neurologe, am 30. Januar 2003 ein medizinisches Gutachten (Vorakten 39). Die Patientin habe beim Unfall vom 1. April 1989 ein HWS-Distorsionstrauma erlitten mit in der Folge chronisch rezidivierendem Cervicalsyndrom mit cervico-cephaler und cervico-brachialer Symptomatik rechts, zusätzlich bestünden Anhaltspunkte für eine Hirnbeteiligung anlässlich dieses Unfalls im Sinne einer leichten traumatischen Hirnverletzung mit persistierenden leichten neuropsychologischen Defiziten. Die Arbeitsfähigkeit habe bis dahin 50% betragen. Beim zweiten Unfall vom 22. Dezember 1995 habe die Beschwerdeführerin erneut ein HWS-Distorsionstrauma oder ein Abknicktrauma der HWS erlitten mit Verstärkung des vorbestehenden Cervicalsyndroms mit leichter schmerzhafter Funktionseinschränkung mit rezidivierender cervical-, cervico-cephaler und cervico-brachialer Symptomatik rechts. Es bestehe der Verdacht auf ein neurales Thoracic-outlet-Syndrom rechts. Zusätzlich bestünden Anhaltspunkte für eine leichte traumatische Hirnverletzung mit zunächst verstärkter, bis zum Begutachtungszeitpunkt langsam regredienten verhaltensneurologischen und neuropsychologischen Defiziten, aktuell leicht bis mässig ausgeprägt. Weiter bestünden ein Status nach posttraumatischer Belastungsstörung und ein Status nach reaktiven depressiven Episoden. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit betrage im Beurteilungszeitpunkt für die bereits dem Leiden angepasste angestammte Tätigkeit 65%. Nach dem zweiten Unfall sei vorübergehend eine 100% Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Inzwischen sei ein Endzustand erreicht worden, da der erste Unfall 13 Jahre und der zweite Unfall 6 Jahre her sei. Eine erhebliche Besserung des Gesundheitszustandes sei auch durch weitere Heilbehandlungen nicht mehr zu erreichen. Weitere Heilbehandlungen seien aber zur Erhaltung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit notwendig, insbesondere Medikamente, daneben aber auch physikalische und/oder physiotherapeutische Behandlungen. Solche Behandlungen seien bis auf weiteres und wahrscheinlich dauernd zur Bewahrung vor wesentlichen Beeinträchtigungen des heutigen Zustandes und zur Schmerzlinderung notwendig. - Prof. Dr. E. _____, Facharzt der Allgemeinmedizin, nahm am 19. Februar 2008 zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin Stellung (Vorakten 64, 65, 68, 69, 98). Er diagnostizierte eine cervicogene Schmerzproblematik, kognitive Defizite, HWS-Distorsion oder Abknicktrauma mit Verstärkung des vorbestehenden Cervicalsyndroms, Status nach posttraumatischer Belastungsstörung, Status nach reaktiven depressiven Episoden. Die Schmerzsyndrome würden zu einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsbelastung beitragen. Weiterhin hätten sich die kognitiven Defizite nicht verbessert. Er empfahl eine psychologische Untersuchung, um das Ausmass der kognitiven Einschränkung zu quantifizieren. Betreffend die Integritätsschäden hielt Dr. E. _____ fest, die Cervicogene Schmerzproblematik betrage 30% und die kognitiven Defizite 35%. In seinem medizinischen Bericht vom 16. August 2013 hielt Prof. Dr. E. _____ (Vorakten 97) fest, die gesundheitliche Situation der Versicherten habe sich nicht geändert.

E. 4.3

Die IVSTA unterbreitete die medizinischen Unterlagen ihrem medizinischen Dienst.

E. 4.3.1

Dr. W._____ nahm am 23. Februar 2003, 15 März 2003 und 7. März 2003 zur medizinischen Aktenlage Stellung (Vorakten 45/1, 45/2, 45/3, 45/4). Als Diagnose bestehe ein Status nach HWS-Distorsionen mit chronisch rezidivierendem Cervicalsyndrom mit cervicaler und cervico-cephaler Symptomatik (Auffahrkollision 1. April 1989) mit Verdacht auf leichte Hirnverletzung mit persistierenden leichten neuropsychologischen Defiziten, ein Status nach HWS-Distorsion oder Abknicktrauma mit Verstärkung des vorbestehenden Cervikalsyndroms (Frontalkollision 22. Dezember 1995), verhaltensneurologische und neuropsychologische Defizite, ein Status nach posttraumatischer Belastungsstörung, ein Status nach reaktiven depressiven Episoden, Adipositas und ein chronisches Lumbovertebralsyndrom. Der gesundheitliche Zustand werde durch den Gutachter Dr. V._____ als stabilisiert, aber bleibend beschrieben. Eine Umschulung mache keinen Sinn, da die angestammte Tätigkeit bereits Positionswechsel und wenig Wirbelsäulenbelastung biete. Es sei eine neurologische und neuropsychologische Untersuchung notwendig. Die Tätigkeit sowohl als Arztgehilfin als auch als kaufmännische Angestellte könne gemäss dem Gutachten von Dr. V._____ nicht mehr empfohlen werden, da eine chronische Belastung der HWS bestehe. Zusätzlich habe die Versicherte durch die Traumata ein neuropsychologisches Defizit, welches Aufmerksamkeitsstörungen beinhalte. In der angestammten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70% seit Juli 1998. Als Wärterin eines Museums wäre sie zu ca. 40% arbeitsfähig. Gestützt auf die medizinischen Stellungnahmen von Dr. W._____ verfügte die IVSTA ab 1. Mai 2002 eine ganze IV-Rente.

E. 4.3.2

Dr. Y._____ hielt am 13. Juli 2008 (Vorakten 67) gestützt auf das Gutachten von Prof. Dr. E._____ vom 19. Februar 2008 fest, es liege eine unveränderte Arbeitsunfähigkeit vor. Gestützt auf diese Einschätzung teilte die IVSTA mit Schreiben vom 17. Juli 2008 der Beschwerdeführerin mit, es bestehe weiterhin Anspruch auf eine ganze IV-Rente.

E. 4.3.3

Dr. F._____ nahm am 28. Oktober 2013 (Vorakten 101) zur gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin und dem medizinischen Bericht von Prof. Dr. E._____ vom 16. August 2013 Stellung. Als Hauptdiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde aufgeführt: Cervicovertebralsyndrom mit/bei Status nach Auffahrkollision am 1. April 1989 mit/bei HWS-Distorsion und leichter Hirnverletzung mit neuropsychologischen Defiziten, Status nach Frontalkollision am 22. Dezember 2015 mit/bei erneuter HWS-Distorsion, verhaltens- und neuropsychologischen Defizite, Status nach posttraumatischer Belastungsstörung und Status nach Anpassungsstörung. Als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein chronisches Lumbovertebralsyndrom erwähnt und als Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Adipositas. Die Patientin erhalte seit langem eine IV-Rente, ohne dass jemals strukturelle Befunde hätten erhoben werden können, die die Nacken- und Kopfbeschwerden erklären könnten. Des Weiteren würden seit dem ersten Ereignis neuropsychologische Einbussen angegeben, obwohl eine strukturelle Hirnverletzung nach keinem der beiden Unfälle hätte belegt werden können. Ausserdem habe die Beschwerdeführerin die Handelsschule und nachher noch eine Lehre als Arztgehilfin erfolgreich abschliessen können. Auch würden posttraumatische Belastungsstörungen und Depressionen/Anpassungsstörungen postuliert, eine psychiatrische Beurteilung liege aber zu keinem Zeitpunkt vor und die späteren somatischen Gutachter würden immer wieder von "Status nach" sprechen. Insgesamt

würden nur die Folgen zweier HWS-Distorsionen als Ursache der Berentung geltend gemacht. Es bedürfe einer pluridisziplinären Begutachtung in der Schweiz mit psychiatrischer, rheumatologischer und neuropsychologischer Testung. Gestützt auf die Stellungnahme von Dr. F. _____ teilte die IVSTA mit Schreiben vom 11. November 2013 (Vorakten 103) der Beschwerdeführerin mit, es sei eine pluridisziplinäre Begutachtung in der Schweiz notwendig. Die Beschwerdeführerin antwortete am 11. Dezember 2013 (Vorakten 107, 108, 111), sie sei von Prof. Dr. E. _____ bereits untersucht worden, womit ein zweites Gutachten nicht notwendig sei. Ausserdem sei sie nicht reisefähig.

E. 4.3.4

Die Vorinstanz unterbreitete das Schreiben der Beschwerdeführerin vom 11. Dezember 2013 ihrer RAD-Ärztin Dr. F. _____, welche am 21. Januar 2014 feststellte (Vorakten 113), es bestehe als Hauptdiagnose ein Cervicovertebralsyndrom mit/bei Status nach Auffahrkollision am 1. April 1989 mit/bei HWS-Distorsion und einer leichten Hirnverletzung mit neuropsychologischen Defiziten, ein Status nach Frontalkollision am 22. Dezember 1995 mit/bei erneuter HWS-Distorsion, verhaltens- und neuropsychologischen Defizite, ein Status nach posttraumatischer Belastungsstörung und ein Status nach Anpassungsstörung. Als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein chronisches Lumbovertebralsyndrom und als Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Adipositas. Die Beschwerdeführerin sei reisefähig und eine Begutachtung in der Schweiz notwendig. Die gesundheitliche Situation und die Adipositas würden nicht gegen eine Flugreise in die Schweiz sprechen.

E. 5

Zunächst ist die Rechtsfrage zu klären, ob die von der Vorinstanz verlangte medizinische Abklärung in der Schweiz als notwendig im Sinne von Art. 43 Abs. 2 ATSG zu qualifizieren ist. Die Beschwerdeführerin bringt vor, eine solche Begutachtung sei angesichts der umfassenden Abklärungen durch Prof. Dr. E. _____ nicht notwendig.

E. 5.1

Mit Blick auf die vorstehend zusammengefasst wiedergegebene höchstrichterliche Rechtsprechung (vgl. E. 3.2 vorne) hat die IV-Stelle in Zusammenarbeit mit ihrem medizinischen Dienst zu entscheiden, mit welchen Mitteln der medizinische Sachverhalt abzuklären ist. Sie hat dabei soweit zu ermitteln, dass sie über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entscheiden kann. Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt dem Versicherungsträger ein grosser Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Abklärungen zu (Urteil des Bundesgerichts [im Folgenden: BGer] 8C_163/2007 vom 6. Februar 2008 E. 3.2).

E. 5.2

Vorliegend stützte sich die Vorinstanz bei der streitigen Begutachtungsanordnung auf die Stellungnahmen von Dr. F. _____ vom 28. Oktober 2013 (Vorakten 101) und vom 21. Januar 2014 (Vorakten 113), welche vorbrachte, die Versicherte erhalte seit langem eine IV-Rente, wegen zwei HWS-Distorsionen ohne dass jemals strukturelle Befunde hätten erhoben werden können, die die Nacken- und Kopfbeschwerden erklären könnten. Des Weiteren würden seit dem ersten Ereignis neuropsychologische Einbussen diagnostiziert, ohne dass eine Hirnverletzung hätte nachgewiesen werden können. Es würden eine posttraumatische Belastungsstörung und Depressionen/Anpassungsstörungen postuliert,

eine psychiatrische Beurteilung liege aber zu keinem Zeitpunkt vor und die späteren somatischen Gutachter würden immer wieder von "Status nach" sprechen. Es bedürfe einer pluridisziplinären Begutachtung in der Schweiz mit den Disziplinen Psychiatrie, Rheumatologie und Neuropsychologie. Es bestehe kein medizinischer Grund, warum ein Economy Flug nicht möglich sein sollte.

E. 5.3

Bei den ärztlichen Berichten von Dr. F._____ und von Prof. Dr. E._____ handelt es sich um Beweismittel. Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen.

E. 5.3.1

Bezüglich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a).

E. 5.3.2

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Der Richter darf und soll der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die behandelnden Ärzte mitunter in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

E. 5.3.3

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer

Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

E. 5.3.4

Auf Stellungnahmen eines Arztes des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) kann nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [seit 1. Januar 2007: Bundesgericht] I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2009 E. 2.1, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer vom 14. Juli 2009 [9C_323/2009] E. 4.3.1 sowie vom 14. November 2007 [I 1094/06] E. 3.1.1, beide mit Hinweisen).

E. 5.4

Sowohl die RAD-Ärztin Dr. F._____ als auch Prof. Dr. E._____ sind Allgemeinmediziner und verfügen damit nicht über den vorliegend notwendigen Facharzttitel der Psychiatrie, Neurologie und Rheumatologie, um die Leiden der Beschwerdeführerin zu beurteilen, womit den entsprechenden Berichten von vornherein nur eingeschränkter Beweiswert zukommen kann. Es sind auch keine anderweitigen aktuellen Berichte von Fachärzten aktenkundig, womit sich Dr. F._____ und Prof. Dr. E._____ bei ihrer Beurteilung auch nicht auf Facharztgutachten abstützen konnten. Weiter ist Prof. Dr. E._____ an der medizinischen Hochschule der Universität in Florida tätig. Entsprechend ist offen, wie weit er mit den Besonderheiten der schweizerischen Schleudertrauma-Rechtsprechung vertraut ist.

E. 5.4.1

Der Ansicht von Dr. F._____, wonach noch nie strukturelle Befunde hätten erhoben werden können, kann nicht vorbehaltlos gefolgt werden, denn Dr. T._____, Neurologe, hielt im Jahre 1996 fest, "Whereas I cannot exclude flow artefacts, affecting the quality of the cervical MR study, there is evidence for (posttraumatic?) cervical syringomyelia between C3 und C7. The other findings in the X-rays and the MR scan of the lumbar spine are probably not relevant. Suggestion: Repeat MR scan of the cervical spine if clinically warranted". Dr. T._____ wies somit daraufhin, dass eine Syringomyelie (Höhlenbildung in der grauen Substanz des Rückenmarks, <https://de.wikipedia.org/wiki/Syringomyelie>), nicht ausgeschlossen werden könne und er empfahl das MRI zu wiederholen. Ein weiteres MRI ist jedoch nicht aktenkundig bzw. es findet sich kein entsprechender Bericht bei den Akten. Einzig im Gutachten von Dr. V._____ (Vorakten 39/5), findet sich ein Hinweis auf ein MRI von Dr. J._____ vom 29. Januar 1998, wonach kein Syrinx verifizierbar gewesen sei. Da das MRI als solches nicht bei den Akten ist und somit ein wichtiges

Beweismittel fehlt und Dr. V. _____ sich selber nicht auf aktuelle MRI-Bilder abstützt, genügt dies nicht, um eine Syrinx tatsächlich auszuschliessen. Dr. V. _____ hielt anlässlich seines Gutachtens vom 30. Januar 2003 fest, es bestünden Anhaltspunkte für leichte traumatische Hirnverletzungen, welche neuropsychologische Defizite verursachen würden. Somit ist entgegen der Annahme der RAD-Ärztin das Vorhandensein von somatischen Befunden keineswegs auszuschliessen, vielmehr bedarf es weiterer Untersuchungen.

E. 5.4.2

Aus den Akten ergeben sich diverse Hinweise auf psychische Leiden, wie Klaustrophobie (Vorakten 22/2), Depression mit Tränenausbruch (Vorakten 3/6, 17/12, 22/4), psychische Unfallfolgen (Vorakten 22/6), reaktive depressive Symptomatik (Vorakten 39/5), Schlafstörungen und Energiemangel (Vorakten 39/7), starke Schwankungen der Emotionen (Vorakten 39/8), Stimmungstief (Vorakten 39/8), leichte Enthemmungsphänomene (Vorakten 39/10) und wiederholte depressive Phasen (Vorakten 5, 39/13). Dr. V. _____, Neurologe, hielt zwar in seinem Bericht vom 30. Januar 2003 (Vorakten 39) fest, Anhaltspunkte für ein manifestes psychisches Leiden, welches die Untersuchungsergebnisse beeinflussen würde, könne nicht erhoben werden, jedoch erfolgte diese Beurteilung in seiner Disziplin der Neurologie und nicht der Psychiatrie, womit diese Aussage nichts über das eventuelle Vorhandensein von psychischen Beschwerden aussagt. Die RAD-Ärztin Dr. F. _____ weist zurecht darauf hin, dass bei der Beschwerdeführerin eine posttraumatische Belastungsstörung und Depressionen/Anpassungsstörungen diagnostiziert wurden, eine psychiatrische Beurteilung jedoch nicht aktenkundig ist und die späteren somatischen Gutachter immer wieder von "Status nach" sprechen. Nach der Rechtsprechung soll eine posttraumatische Belastungsstörung nur diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 894/06 E. 4 mit Hinweisen). Selbst Prof. Dr. E. _____ hält in seinem Gutachten vom 19. Februar 2008 fest (Vorakten 98), es sei eine psychologische Untersuchung notwendig. Die Ansicht von Dr. F. _____, dass vorliegend eine psychiatrische Untersuchung notwendig ist, ist daher nicht zu beanstanden. Im Übrigen ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bei Versicherten mit länger dauernden Beschwerden nach einem Schleudertrauma der HWS und/oder mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen physischer und psychischer Art, unabdingbar physische und psychische Beeinträchtigungen nicht isoliert, sondern interdisziplinär beurteilen zu lassen (vgl. Urteile des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2 und 8C_733/2010 vom 10. Dezember 2010 E. 5.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 9.3). Eine isolierte Betrachtung von somatischen und psychischen Befunden und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ist aus beweisrechtlicher Sicht praxisgemäss ungenügend (vgl. Urteile des BGer 8C_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2 und 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen).

E. 5.4.3

Weiter wurde die Beschwerdeführerin gemäss Aktenlage zuletzt von Dr. V. _____ im Jahre 2002 neurologisch und neuropsychologisch untersucht, welcher darüber am 30. Januar 2003 berichtete (Vorakten 39). Die letzte aktenkundige neurologische Untersuchung erfolgte somit über zehn Jahre vor dem Erlass der vorliegend angefochtenen Zwischenverfügung. Aktuelle Untersuchungen eines Neurologen liegen nicht vor. Die allgemeinen somatischen Untersuchungen von Prof. Dr. E. _____ vom 19. Februar 2008

(Vorakten 98) und vom 16. August 2013 (Vorakten 97), genügen nicht, um die komplexen rheumatologischen, neurologischen und neuropsychologischen Beschwerden zu erfassen und davon die Leistungsfähigkeit abzuleiten.

E. 5.4.4

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist vorliegend nicht erstellt, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gleich geblieben ist. Einerseits fehlen aussagekräftige aktuelle Arztberichte zum aktuellen Gesundheitszustand und andererseits ist selbst bei gleichbleibender Diagnose nicht ausgeschlossen, dass es der Beschwerdeführerin gelungen ist, sich besser an das Leiden anzupassen (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C_88/2010 vom 4. Mai 2010 E. 2.2.2 mit Hinweis). Die Beschwerdeführerin gab immerhin an, ihre beiden Schwestern zu unterstützen und sich um ihre Kinder zu kümmern (Vorakten 111). Der Verfügung betreffend die Kinderrente vom 7. September 2009 ist zu entnehmen (Vorakten 75), dass es sich bei den Kindern um Adoptivkinder handelt und die Adoption im Mai 2008 erfolgte. Aufgrund dieses Engagements der Beschwerdeführerin ist zumindest zu überprüfen, ob sich die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin tatsächlich nicht geändert hat.

E. 5.4.5

Die Beschwerdeführerin brachte weiter vor, es handle sich vorliegend um eine IV-Revision 6a, jedoch seien diese Schlussbestimmungen auf sie nicht anwendbar, da sie seit über 15 Jahren Rentenleistungen beziehe. Hinzukomme, dass die Zusprache der Rente nicht auf den sogenannten nicht objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen beruhe. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin, hat die Vorinstanz nicht verfügt, dass es sich vorliegend um eine nicht objektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigung handeln soll. Ob die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin tatsächlich ausschliesslich auf die beiden Schleudertraumata und somit auf ein unklares Beschwerdebild im Sinne von BGE 141 V 281 zurückzuführen ist, wird die Vorinstanz im Rahmen ihres Endentscheides zu beurteilen haben. Der regionale ärztliche Dienst der IVSTA hielt in der Tat fest, es handle sich um eine IV-Revision 6a (Vorakten 101/9, 113/1), jedoch machte die Beschwerdeführerin selber zurecht geltend, dass die Rechtsanwendung nicht dem begutachtenden Arzt, sondern der Verwaltung obliegt (Beschwerde S. 5, BVGer act. 1). Aus den aktenkundigen Unterlagen der IVSTA geht nicht hervor, dass diese eine IV-Revision 6a eingeleitet hätte, vielmehr erklärte sie der Beschwerdeführerin im Schreiben vom 1. Februar 2013 (Vorakten 83), die IV-Stelle habe von Zeit zu Zeit zu überprüfen, ob die für den Rentenanspruch massgebenden Voraussetzungen noch vorliegen würden. Der Text dieses Briefes weist folglich auf eine Überprüfung des Sachverhalts im Rahmen einer ordentlichen Rentenrevision gemäss Art 17 ATSG hin und nicht auf die Überprüfung der Eingliederungsfähigkeit bei gleichgebliebenem Sachverhalt im Sinne der Schlussbestimmungen zur IV-Revision 6a. Dies ergibt sich auch daraus, dass die IVSTA ca. alle fünf Jahre (1997 [Vorakten 20ff.], 2002 [Vorakten 27/1], 2007 [Vorakten 56/1], 2013 [Vorakten 83]) eine Revision einleitete und somit auch das zeitliche Element für die Einleitung einer ordentlichen Rentenrevision spricht. Der Ansicht der Beschwerdeführerin wonach vorliegend eine Begutachtung in der Schweiz nicht notwendig sei, da eine IV-Revision 6a sowieso nicht zulässig wäre, kann nicht gefolgt werden.

E. 5.4.6

Die verfügte pluridisziplinäre Begutachtung erweist sich somit als notwendig zur Ermittlung des rechtserheblichen Sachverhalts und stellt keineswegs eine unzulässige Second Opinion dar. Vielmehr handelt es sich um eine erstmalige pluridisziplinäre Begutachtung bei einer Versicherten, welche angibt, an multiplen Beschwerden zu leiden.

E. 5.5

Die Anordnung einer Begutachtung in der Schweiz könnte sich jedoch als nicht erforderlich und daher unverhältnismässig erweisen, wenn die Abklärung ohne weiteres auch am Wohnort der versicherten Person durchgeführt werden könnte (vgl. Urteil BGer I 166/06 vom 30. Januar 2007). Dies würde zumindest voraussetzen, dass die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut ist (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2). Die Voraussetzung, dass am Wohnort der Versicherten bzw. in den USA eine mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin ebenso vertraute - und in diesem Sinne gleichwertige - Abklärungsstelle vorhanden wäre, wurde von der Vorinstanz verneint (BVGer act. 3). Die Vorinstanz führte aus, dass Kenntnisse der schweizerischen Versicherungsmedizin vorliegend für die Beurteilung des Gesundheitszustandes zwingend erforderlich seien. Die vorinstanzliche Auffassung ist nachvollziehbar und wurde von der Beschwerdeführerin auch nicht widerlegt (vgl. hierzu auch C-2858/2013 E. 3.2). Im Übrigen besteht nach der Rechtsprechung kein Rechtsanspruch auf Begutachtung im Ausland (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute Bundesgericht] I 172/02 vom 7. Februar 2003 E. 4.5 mit Hinweisen).

E. 5.6

Die Vorinstanz hat nach dem Gesagten zu Recht auf eine pluridisziplinäre Begutachtung in der Schweiz beharrt, da diese vorliegend zur Prüfung des Rentenanspruchs als notwendig im Sinne von Art. 43 Abs. 2 ATSG zu qualifizieren ist.

E. 6

Es bleibt zu prüfen, ob auch die Zumutbarkeit der Begutachtung in der Schweiz nach Art. 43 Abs. 2 ATSG zu bejahen ist.

E. 6.1

Bei der Beurteilung der Zumutbarkeit hat die Verwaltung (oder das Gericht) die gesamten (objektiven und subjektiven) Umstände des Einzelfalles zu berücksichtigen (Urteil EVG I 214/01 vom 25. Oktober 2001 E. 2b, Urteil BGer I 906/05 vom 23. Januar 2007 E. 6). Untersuchungen in einer Gutachterstelle sind ohne konkret entgegenstehende Umstände generell als zumutbar zu betrachten (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Art. 43 Rz. 44). Es obliegt daher in erster Linie der Versicherten, das Vorliegen einer Reiseunfähigkeit darzutun und zu begründen. Nach dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG verankerten Untersuchungsgrundsatz hat jedoch auch die Verwaltung eine Verpflichtung zu Abklärungen hinsichtlich der Beurteilung, ob eine Reisefähigkeit vorliegt oder nicht. Eine Untersuchung durch den ärztlichen Dienst ist dabei nicht zwingend erforderlich (vgl. Art. 49 Abs. 2 IVV).

E. 6.2

Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie könne aus gesundheitlichen Gründen nicht in die Schweiz reisen. Ausserdem sei wegen Adipositas kein Economy Flug möglich. Weiter müsse sie ihre Mutter pflegen, ihre ältere Schwester unterstützen und sich um ihre Kinder

kümmern. Die Vorinstanz ihrerseits macht geltend, es liege keine Reiseunfähigkeit vor, weshalb die Beschwerdeführerin sich der angeordneten Begutachtung in der Schweiz zu unterziehen habe. Die Beschwerdeführerin brachte nicht substantiiert vor, warum sie aus gesundheitlichen Gründen nicht reisefähig sein sollte; sie legte auch keine Arztberichte ins Recht, welche eine Reiseunfähigkeit belegen würden. Hingegen erweist sich die Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. F. _____ vom 21. Januar 2014 (Vorakten 113), wonach kein medizinischer Grund ersichtlich sei, der gegen eine Reisefähigkeit sprechen würde und die Adipositas kein Grund sei eine Reiseunfähigkeit anzunehmen, als schlüssig und nachvollziehbar. Weiter ist die Notwendigkeit, Angehörige zu pflegen, kein Grund für die Annahme einer Reiseunfähigkeit, vielmehr wird die Beschwerdeführerin die Pflege ihrer Kinder und ihrer Schwester für die Zeit ihrer Abwesenheit privat organisieren müssen.

E. 6.3

Es liegt keine Reiseunfähigkeit vor, womit die Vorinstanz die Zumutbarkeit der pluridisziplinären Begutachtung in der Schweiz zurecht angenommen hat.

E. 7

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine pluridisziplinäre Untersuchung in der Schweiz notwendig und zumutbar ist. Damit ist die Zwischenverfügung der Vorinstanz vom 30. Januar 2014 nicht zu beanstanden. Die Beschwerde vom 21. März 2014 ist als unbegründet abzuweisen.

E. 8

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 8.1

Art. 69 Abs. 1bis IVG bestimmt, dass nur Beschwerdeverfahren, in welchen es um Streitigkeiten bezüglich der Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, kostenpflichtig sind. Demnach sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

E. 8.2

Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE), da die Voraussetzungen einer Ausnahme im vorliegenden Fall nicht erfüllt sind (BGE 126 V 143 E. 4b).

E. 8.3

Die unterliegende Beschwerdeführerin hat entsprechend dem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 Abs. 1 VGKE e contrario). Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.