

BVGer C-5341/2016 vom 25. Oktober 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-10-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5341_2016

FR: TAF C-5341/2016 du 25 octobre 2017

IT: TAF C-5341/2016 del 25 ottobre 2017

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

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.

E. 1.3

Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; sie ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.4

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 Bst. b ATSG, Art. 52 VwVG und Art. 63 Abs. 4 VwVG; vgl. Beilage zu B-act. 5).

E. 2

Streitig und durch das Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist die revisionsweise Aufhebung der IV-Rente der Beschwerdeführerin. Zunächst sind die für die Beurteilung massgebenden gesetzlichen Bestimmungen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin ist türkische Staatsangehörige und wohnt in der Türkei, weshalb das Abkommen vom 1. Mai 1969 zwischen der Schweiz und der Republik Türkei über soziale Sicherheit (SR 0.831.109. 763.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) Anwendung findet. Nach Art. 2 Abs. 1 Sozialversicherungsabkommen 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 Bst. B Abs. 1 Bst. b

Sozialversicherungsabkommen) - 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 Staatsangehörigen zu (Art. 10 Abs. 1 Sozialversicherungsabkommen). 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 Sozialversicherungsabkommen). 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 vorliegend die Frage, ob weiterhin Anspruch auf IV-Leistungen besteht, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 1, 2 und 4 Sozialversicherungsabkommen).

E. 2.2

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 und 131 V 11 E. 1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1). Nach ständiger Praxis wird auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 23. Juni 2016) eingetretenen Sachverhalt abgestellt (BGE 130 V 329 E. 6, 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV respektive des ATSG und der ATSV (SR 830.11) ist auf die Fassung gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen, welche nachfolgend zitiert werden. Soweit ein Anspruch auf Rente ab dem 1. Januar 2012 zu prüfen ist, sind weiter die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Gesetzesänderungen zu beachten (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]).

E. 3.1

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

E. 3.2.1

Die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes hat nach dem Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen zu erfolgen (Art. 12 VwVG). Auch das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen). Die Parteien tragen demnach

in der Regel insofern eine objektive Beweislast, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableitet (BGE 117 V 261 E. 3b; 115 V 133 E. 8a).

E. 3.2.2

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz. 450, KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Aufl. 2013, Rz. 153 und 457 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, je mit Hinweisen). Diese Praxis wurde vom Bundesgericht bestätigt (vgl. z.B. Urteil des BGer 9C_108/2010 vom 15. Juni 2010 E. 4.2.2).

E. 3.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Nach Art. 4 IVG kann die Invalidität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Abs. 1); sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Abs. 2). 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). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert [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. 3.4

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

E. 3.5

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem solchen von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

E. 3.6

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. auch Art. 87 Abs. 2 und 3, Art. 88a und Art. 88bis IVV). Anlass zur Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5 m.H.). Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 54 [9C_899/ 2009] E. 2.1).

E. 3.7.1

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. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, 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 (BGE 132 V 93 E. 4, BGE 125 V 256 E. 4).

E. 3.7.2

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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Berichte (vgl. dazu das Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a).

E. 3.7.3

Hinsichtlich 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, BGE 125 V 351 E. 3a). Die

Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 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). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Den 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. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 122 V 157 E. 1d und 125 V 351 E. 3b/ee sowie Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 55).

E. 4

Im Streit liegt die Aufhebung einer per August 2002 zugesprochenen und seither ausgerichteten ganzen Invalidenrente, welche mit der Begründung, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin habe sich seit der Rentenzusprache wesentlich verbessert, per 1. September 2016 aufgehoben wurde. Die Beschwerdeführerin macht dem gegenüber geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich nicht verbessert und sie sei (weiterhin) nicht arbeitsfähig. Nachfolgend ist demnach die Rechtmässigkeit der Rentenaufhebung zu prüfen (E. 5 f.). Vorab werden die aktenkundige Diagnostik und die damit verbundenen medizinischen Beurteilungen dargelegt (E. 4.1 ff.).

E. 4.1.1

Am 10. Februar 2002 diagnostizierte die behandelnde Psychiaterin, med. pract. K. _____, in ihrem Bericht an die Hausärztin ein psychotisches Zustandsbild und einen Verdacht auf eine paranoid-halluzinatorische schizophrene Psychose nach einem (erneuten) Zusammenbruch im Sommer 2001, ausgelöst durch den plötzlichen Tod des Vaters der Patientin. Die Patientin sei schon vor zehn Jahren in psychiatrischer Therapie gewesen, ihr damaliges Erleben, während dessen sie Geister gesehen habe, habe ihr niemand geglaubt. Ausgelöst worden sei das Geschehen damals mit ihrem Verlobungsfest und habe mit der ersten Schwangerschaft aufgehört. Die Ärztin beschrieb weiter schwierige familiäre Verhältnisse mit Konflikten mit der Familie ihres Ehemannes wie auch der eigenen Familie. Der Verlauf der jetzigen Erkrankung sei gekennzeichnet gewesen durch eine schwerste und prolongierte Trauerreaktion, welche allmählich in eine schwere depressive Phase

übergegangen sei mit vielen somatischen Beschwerden und einem sehr bunten Bild von Symptomen. Dabei sei das Bild der Depression vorherrschend gewesen, initial ohne erkennbare psychotische Symptome. Das psychotische Bild habe sich erst bei Anfang des Jahres 2002 gebildet. Nach einem Aufenthalt in der Heimat sei es nach der Rückkehr zur psychotischen Kompensation gekommen. Die Ärztin beschrieb aktuell ein halluzinatorisches Geschehen mit akustischen und optischen sowie Körperhalluzinationen, passte die Medikation an und empfahl einen Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik (IV 11).

E. 4.1.2

In ihrem Bericht zu Händen der SVA berichtete die Hausärztin Dr. L. _____, Ärztin für Allgemeine Medizin, am 2. Dezember 2002 über ihre Behandlung der Patientin seit 20. August 2001 und diagnostizierte ein schweres depressiv-ängstliches Zustandsbild bei Status nach paranoider Psychose (DD: bei Psychose, residualer Typ), bestehend seit August 2001. Sie gab an, der Gesundheitszustand sei stationär. Sie verwies auf die Beurteilung von med. pract. K. _____ vom Februar 2002 (oben E. 4.1.1). Zur Arbeitsfähigkeit führte sie aus, die Patientin sei aufgrund ihrer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage, (irgend) einer Tätigkeit nachzukommen. Eingliederungsmassnahmen seien nicht möglich. Sie benötige viel Ruhe und Erholung. Jede Art von äusseren Reizeinflüssen sei dringend zu vermeiden (IV 12).

E. 4.2.1

Am 8. Juli 2006 berichtete med. pract. K. _____ der Hausärztin, die Patientin habe die Herzoperation ihres zweiten Kindes vergleichsweise gut überstanden und trotz ihrer Psychose diese massive Belastung ertragen. Sie wirke jetzt weniger depressiv und gelöster, sie vermöge auch wieder zu lachen, was sich auf die Beziehung zum Kleinkind sichtlich positiv auswirke. Allerdings seien die nachfolgend beschriebenen Halluzinationen eher stärker, auch sei die Patientin sehr vergesslich. Wegen der paranoid-halluzinatorischen Symptomatik empfahl sie eine Anpassung der Medikation (IV 19).

E. 4.2.2

Im Verlaufsbericht und Beiblatt vom 20./21. Juli 2006 gab die Hausärztin Dr. M. _____, Ärztin für Allgemeine Medizin, zu Händen der SVA einen stationären Gesundheitszustand ohne Veränderung des Allgemeinzustands an und verwies auf regelmässige Sitzungen bei der behandelnden Psychiaterin. Die Patientin sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (IV 21).

E. 4.2.3

In ihrem Verlaufsbericht vom 26. Juli 2006 führte med. pract. K. _____ aus, der Gesundheitszustand der Patientin sei stationär. Die Diagnose einer chronisch paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie bei 100 % Arbeitsunfähigkeit habe nicht geändert. Es bestehe trotz antipsychotischer Medikation und guter Compliance phasenweise eine Zunahme der halluzinatorischen und paranoiden Erlebnisse in Stresssituationen - derzeit nach der Herzoperation ihres einjährigen Sohnes. Die Beeinträchtigung ergebe sich durch sehr störendes, andauerndes Hören einer Frauenstimme aus dem Babyphon. Allgemein bestünden eine sehr reduzierte Belastbarkeit und Ängste durch paranoid-halluzinatorische Erscheinungen. Als Mutter zweier Kinder sei die Patientin oft am Rande der Überforderung. Berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt. Die Patientin arbeite seit Jahren nicht mehr. Die Arbeitsfähigkeit könne nicht verbessert werden. Allgemein sei die Belastbarkeit extrem reduziert (IV 22 f.).

E. 4.2.4

Im Abklärungsbericht Haushalt vom 3. November 2006 gab die Versicherte an, ohne Gesundheitsschaden würde sie weiterhin zu 100 % ausserhäuslich arbeiten, die Kinderbetreuung übernehmen in dem Fall ihre Eltern. So sei es schon beim ersten Kind gewesen. Zu ihrer Behinderung im Haushalt machte sie geltend, sie sei sehr vergesslich geworden, sie müsse regelmässig auf ihre (Arzt-)Termine aufmerksam gemacht werden, die Planung und Organisation des Haushalts sei nur teilweise selber möglich. Sie könne nur noch ganz einfache Gerichte ohne Aufwand kochen, Reinigungsarbeiten seien nur ganz oberflächlich möglich, darüber hinaus brauche sie Hilfe, sie habe keine Kraft dazu. Kleine Einkäufe mache sie selbst, Grosseinkäufe, Post- und Bankgeschäfte hingegen erledige der Ehemann. Unternehmungen mit dem Kleinkind seien ihr nicht mehr möglich. Sie benötige grosse Hilfe und Unterstützung des Ehemannes bei der Kinderbetreuung. Beim festgestellten Status der Versicherten als 100 % Erwerbstätige wurde die Einschränkung im Haushalt jedoch nicht ermittelt (IV 24).

E. 4.3.1

Die Hausärztin Dr. M._____ gab in ihrer Stellungnahme vom 3. November 2009 einen stationären Gesundheitszustand bei unveränderter Diagnose und einem unveränderten Verlauf bei Höherdosierung der Medikamente an. Die Patientin sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (IV 29).

E. 4.3.2

In ihrem Bericht vom 10. Dezember 2009 äusserte sich med. pract. K._____ (...) gegenüber der Hausärztin zum Krankheitsverlauf der Patientin. Deren Belastungsfähigkeit sei besser als früher. Sie habe es auch besser verstanden, sich gegen ihre Angehörigen abzugrenzen und ihre eigenen Interessen durchzusetzen. In Belastungssituationen habe sie nicht mehr so schlimm dekomponiert wie früher und die Krisen hätten kurz gedauert, was der Dauerbehandlung mit Zyprexa (atypisches Neuroleptikum) zuzuschreiben sei. Die Patientin leide immer noch an einem Mangel an Energie und Kraft und sei weiterhin verletzlich. Sie fühle sich weiterhin in der Familie ihres Ehemannes und ihrer Herkunftsfamilie allein. Sie brauche weiter eine stützende Begleitung, um Alltagssituationen besser meistern und sich besser abgrenzen und wehren zu können. Früher hätte sie mit wochenlangem Ärger, depressivem Rückzug, Schlafproblemen und lange andauernden psychotischen Symptomen reagiert, jetzt habe sie bessere Copingstrategien. Mit der aktuellen Medikation sei die Patientin zufrieden. Die Arbeitsunfähigkeit betrage aus psychiatrischer Sicht 100 % (IV 30.1-2).

E. 4.3.3

In ihrem Verlaufsbericht vom 26. Dezember 2009 zu Händen der SVA gab med. pract. K._____ eine Verbesserung des Gesundheitszustandes an, bei unveränderter Diagnose und weiterhin voller Arbeitsunfähigkeit. Im Vergleich zur Zeit postpartal und während der Kleinkinderzeit von C._____ sei die Patientin stabiler und brauche nun keine Haushaltshilfe mehr. Unter der medikamentösen Dauertherapie sei es eher seltener zu akustischen und optischen halluzinatorischen Symptomen gekommen. Sie verwies darauf, dass die Patientin seit Jahren keiner Tätigkeit mehr nachgehe und weder angestammte noch andere Tätigkeiten zumutbar seien. Die Belastbarkeit sei aufgrund eines Energiemangels stark reduziert (IV 28).

E. 4.4.1

Im Bericht der Gesundheitskommission des Universitätsspitals D._____, Türkei, vom 19. August 2014 wurde gestützt auf die Untersuchung vom 11. Juli 2014 eine (behandelbare) majore Depression und eine dissoziative Störung diagnostiziert. Die Patientin nehme aktuell Venlafaxin (Antidepressivum) und Olanzapin (atyp. Neuroleptikum). Das äussere Erscheinungsbild der Patientin sei normal, ohne kognitive Störungen. Sie beschreibe eine dissoziative Wahrnehmungsstörung. Es bestehe ein soziales Rückzugsverhalten. Die Gefühlslage sei depressiv (IV 41.1, 46). Weiter wurde mitgeteilt, dass die Patientin ausser dieser Untersuchung vom 11. Juli 2014 am 29. November 2013 die psychiatrische Poliklinik wegen ihrer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) konsultiert habe (IV 41.2, 47). Am 11. Juli 2014 wurde auch ein SCL-90-Test durchgeführt, ausserdem wurde eine Medikamentenbezugsliste der W._____, Apotheke für den Zeitraum Januar - Juni 2014 eingereicht (IV 41.5).

E. 4.4.2

Gemäss dem Bericht über eine Sozialuntersuchung/Gespräch vom 24. Juli 2014 zum Gesundheitszustand und den sozialen Verhältnissen der Explorandin, unterzeichnet von X._____, gab die Explorandin an, sie lebe seit neun Monaten in der Region (...), sie nehme Psychopharmaka, rauche, leide unter unregelmässigem Schlaf, Appetitlosigkeit und immer noch andauernden Visionen/Bildern. Es wird weiter ausgeführt, dass die Patientin in der Schweiz als Kassiererin gearbeitet habe und seit Beginn der psychologischen Probleme im Jahr 2001 mit der Diagnose Schizophrenie frühzeitig berentet worden sei. Die Explorandin könne sich gut ausdrücken und antworte auf gestellte Fragen klar und angemessen und habe mit der Kommunikation keine Probleme. Sie nehme regelmässig Medikamente. Während der Medikamenteneinnahme sei sie ruhig und fühle sich gut. In der Türkei habe sie sich nicht zur Therapie an einen Arzt gewandt, da sie (aufgrund der Erfahrungen, die sie mit den Ärzten wegen der Behinderung/Krankheit ihres jüngeren Sohnes gemacht habe) kein Vertrauen in Ärzte habe und aus diesem Grund in der Türkei keine Diagnose habe gestellt werden können. Gemäss Meinung des Interviewers sollte der Krankheitszustand der Patientin nach einer psychiatrischen Untersuchung neu beurteilt werden (IV 41.3-4, 48).

E. 4.4.3

Gestützt auf die Aktenlage führte die Psychiaterin Dr. E._____ vom medizinischen Dienst am 30. September 2014 zu Händen der IVSTA aus, ursprünglich sei bei der Versicherten ein psychotischer Zustand beschrieben und im Jahr 2009 (recte: 2006) die Diagnose Schizophrenie gestellt worden. Die psychosoziale Belastung habe offenbar eine grosse Rolle gespielt. Die in den verschiedenen Akten dargestellte Krankengeschichte passe jedoch nicht zusammen. Jetzt werde eine Depression und eine Angststörung sowie eine dissoziative Störung diagnostiziert. Der aktuelle Gesundheitszustand sei unklar, es sei aber eher nicht von einer schizophrenen Erkrankung auszugehen. Die beschriebenen Befunde seien unauffällig, das Zeugnis sei aber zu kurz, um klar (zur Arbeitsfähigkeit) Stellung nehmen zu können. Die Ärztin empfahl deshalb das Einholen eines psychiatrischen Gutachtens in der Schweiz (IV 51).

E. 4.4.4

Im ärztlichen Attest vom 12. November 2014 bescheinigten Dr. N._____, Facharzt für Neurologie, und Dr. O._____, Chefarzt des P._____-Krankenhauses, der Patientin eine Reiseunfähigkeit wegen einer Verschlechterung ihrer Krankheit bei der Diagnose einer

majoren Depression und einer dissoziativen Störung. Die Patientin leide ausserdem unter einer Klaustrophobie und einer Olchophobie (krankhafte Angst vor Menschenansammlungen). Derzeit sei sie nicht in der Lage, eine lange Reise anzutreten. Sie müsse während den nächsten drei Monaten behandelt und beobachtet werden (IV 56, 58, 60).

E. 4.4.5

Auf Nachfrage der IVSTA führte Dr. E. _____ am 29. Dezember 2014 aus, in Berücksichtigung der geltend gemachten dissoziativen Störungen und Ängste sei die Reisefähigkeit in die Schweiz mit einer Begleitperson gegeben (IV 61).

E. 4.4.6

Im zur Begutachtung mitgebrachten Bericht vom 29. April 2015 informierte der Psychiater Dr. Q. _____ über die Konsultation der Patientin. Es seien eine generalisierte Angststörung, eine nicht näher bezeichnete bipolare affektive Störung, eine schizoaffektive Störung und Bluthochdruck diagnostiziert worden. Der Patientin seien Medikamente verordnet (Zyprexa, Efexor, Abizol) und sie angewiesen worden, deren Einnahme fortzusetzen (IV 73 f. = 86).

E. 4.4.7

In seinem Gutachten vom 12. Juni 2015 (IV 72) erhob Dr. F. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, einleitend anhand eines ausführliches Gesprächs mit der Explorandin eine Anamnese. Zur Objektivierung der persönlichen Aussagen und des subjektiven Erlebens der Explorandin dienten ein SCL-90-R-Test und ein BDI (Beck Depressionsinterview). Gestützt auf den SCL-90-R-Test stehe bei der Versicherten im Begutachtungszeitpunkt im Vordergrund der aktuell subjektiv empfundenen Beeinträchtigungen ein ängstlich-phobisches Syndrom bei übergenauer (zwanghafter) Grundhaltung und körperlichen Missempfindungen (vgl. IV 72.30-32). Beim BDI habe die Explorandin 47 von 60 Punkten erreicht. Ab 31 (von 63) Punkten könne von einem subjektiv als schwer ausgeprägt erlebten depressiven Syndrom gesprochen werden (IV 72.33-34). Aufgrund des anlässlich der Begutachtung ausserdem eingeholten Laborberichts (Blutprobe) wurde festgestellt, dass alle Werte der gemessenen Medikamente unterhalb des jeweiligen Referenzbereichs lagen, für Efexor XR und für Abizol sogar unterhalb der Nachweisbarkeitsgrenze, was für eine (sehr) geringe Dosierung und/oder unregelmässige beziehungsweise keine Einnahme der Medikamente spreche (IV 72.38). Im Rahmen der Würdigung der früheren medizinischen Beurteilungen äusserte sich der Gutachter zur Definition der schizophrenen Störungen nach ICD-10 (inkl. paranoide Schizophrenie F20.0) und den acht Symptomen, die eine besondere Bedeutung für diese Diagnose hätten. Erforderlich für die Diagnose einer Schizophrenie sei mindestens ein eindeutiges Symptom (2 oder mehr, wenn weniger eindeutig) der Gruppe 1-4 oder mindestens 2 Symptome der Gruppe 5-8. Diese Symptome müssten fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden gewesen sein. Die Explorandin nenne gemäss Bericht (bzw. den Vorberichten) das diagnostische Kriterium Nr. 3 (kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen). Es sei nicht nachvollziehbar, ob das Kriterium objektiv tatsächlich eindeutig vorhanden sei. Weitere Kriterien seien nicht erfüllt. Dr. F. _____ diagnostizierte gestützt auf die ihm vorgelegten Akten, das Gespräch mit der Explorandin und die weiteren durchgeführten Untersuchungen aktuell eine Dysthymia

(ICD-10 F34.1) bei - gemäss Einschätzung in den Vorakten - paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie sowie depressiver Episode, dissoziativer Störung, generalisierter Angststörung, bipolarer affektiver Störung und/oder schizoaffektiver Störung; bei akzentuierten (narzisstisch, emotional expressiv/histrionisch) Persönlichkeitszügen (Z73.1) und bei psychosozialen Belastungen. Dazu führte er aus, die in den Akten vorgeschlagenen Diagnosen paranoid-halluzinatorische Schizophrenie und depressive Episode, dissoziative Störung, generalisierte Angststörung, bipolare affektive Störung und/oder schizoaffektive Störung (ohne Bezug zu einem Klassifikationssystem) könnten nicht kritisch differenziert nachvollzogen werden. Sie seien gegenwärtig nicht zu begründen. Die von der Explorandin genannten Auffälligkeiten in der Wahrnehmung ("Geister/Visionen", "Stimmen aus dem eigenen Innern", Veränderung der eigenen Stimme; siehe IV 72.6 f.) seien wahrscheinlich als ein bildhafter Ausdruck ihrer inneren Befindlichkeit einzuordnen. Hierbei sei auch die ausgeprägte Verdeutlichungstendenz zu beachten. Ihre Angaben erfüllten nicht eindeutig das entsprechende Kriterium gemäss ICD-10 F20.0 (paranoide Schizophrenie). Weitere Kriterien der Kategorie F20.0 würden nicht erfüllt. Die ICD-10-Kriterien einer depressiven Episode gemäss F32/F33 seien auch nicht erfüllt. Der Schweregrad habe nicht das notwendige Ausmass erreicht. Bei der Explorandin bestünden keine der Symptome in ausreichender Schwere beziehungsweise hätten nicht in ausreichender Länge bestanden, um eine allfällig lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können (vgl. hierzu auch den durchgeführten MADRS [Montgomery and Asberg Depression Rating Scale]-Test, IV 72.16-17, 72.35-37). Die ängstlich-depressive Verstimmung der Versicherten erkläre sich vollständig als Folge einer Dysthymia (F34.1) sowie (psycho)-sozialer Faktoren. Die hier vorliegende Dysthymie und die damit verbundenen geringen objektivierbaren Defizite begründeten aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht keine längerfristige relevante Arbeitsunfähigkeit vom mindestens 20 %. Diese Einschätzung sei für jede Form von Tätigkeit (angestammt, angepasst, Haushalt) anzunehmen. Eine zusätzliche Störung von erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gegenwärtig nicht zu begründen. Die Explorandin nehme - wenn auch subjektiv deutlich eingeschränkt - am sozialen Leben teil (Kontakt mit den Nachbarn, Fernsehen, Telefonate mit der Schwester in der Schweiz, Zeitungen/ Bücher lesen). Auch ein therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung könne aus fachärztlicher Sicht nicht vermutet werden, nachdem hierfür, weder in den Akten, noch anlässlich der aktuellen Untersuchung vom 21. Mai 2015, Angaben dokumentiert beziehungsweise zu finden seien. Es seien auch keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere anhaltende Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten. Beim Verlauf der Störung seien neben einer Verdeutlichungstendenz auch (psycho)-soziale Faktoren zu benennen wie Herkunft, Migration, gegenwärtige soziale Lebensumstände, fehlender Berufsabschluss, einfache Berufserfahrung, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, langjähriger Rentenbezug, finanzielle Sorgen, Krankheit/Behinderung des Sohnes, rezidivierende familiäre und eheliche Konflikte. Diese Gesichtspunkte seien krankheitsfremd und seien für die Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht zu beachten.

E. 4.4.8

Gestützt auf die vervollständigte Aktenlage diagnostizierte Dr. E._____ vom medizinischen Dienst am 13. Juli 2015, mit Ergänzung vom 13. Oktober 2015, zu Handen der IVSTA eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) und führte dazu aus, die objektivierbaren Befunde bei der Versicherten seien minimal. Der Versicherten sei im Jahr 2003 ohne kritische Würdigung eine Rente zugesprochen und diese sei bei dürftiger Aktenlage wiederholt bestätigt worden. Die ursprünglich gestellte Diagnose einer Schizophrenie (als schwere Geisteskrankheit) könne nach der gründlichen gutachterlichen Untersuchung mit Sicherheit nicht bestätigt werden. Weder der Krankheitsverlauf noch die klinischen Befunde, noch die Daten aus der psychometrischen Untersuchung passten zu dieser Diagnose. Es lägen keine formalen Denkstörungen vor, keine Wahnsymptome, keine spezifischen Halluzinationen, keine katatonen Symptome wie Haltungstereotypen und vor allem keine Negativsymptomatik. In der Türkei werde diese Diagnose jetzt auch nicht mehr gestellt. Bei der von Dr. F._____ gestellten Diagnose einer Dysthymie gehe es um eine neurotische Entwicklung mit depressiven und ängstlichen Anteilen (und damit um ein anderes Spektrum von Krankheitsbildern). Die Störung stehe in einem engen Zusammenhang mit psychosozialen Belastungsfaktoren. Es zeige sich eine deutliche Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung von depressiven Symptomen und der Objektivierbarkeit dieser Symptome. Aus psychiatrischer Sicht liessen sich damit keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit begründen. Zuletzt habe die Versicherte ausser ihrer Tätigkeit als Familienfrau in einem Kaffee (recte: Verkäuferin in Boutique eines Möbelgeschäfts, vgl. IV 15) und als Näherin (IV 13) gearbeitet. Diese Tätigkeiten seien weiterhin zumutbar (IV 76, 80).

E. 4.4.9

Die Vereinigung der Ärztinnen und Ärzte des medizinischen Dienstes (Rapport OAIE, der Fachrichtungen Psychiatrie [Dr. R._____, Dr. S._____] , Neurologie, Rheumatologie, innere Medizin und eine praktische Ärztin) zusammen mit den zuständigen Sachbearbeitern der IVSTA teilten die Ergebnisse des Gutachtens und die Folgerung, dass der gesundheitliche Zustand der Versicherten sich seit dem Datum der Gutachtens verbessert habe (recte wohl: im Zeitpunkt des Gutachtens gegenüber den Feststellungen anlässlich der 2. IV-Revision im Jahr 2009) und eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % in jeglicher Tätigkeit bestehe. Gleichzeitig wurde ausgeführt, dass die Rente nicht während 15 Jahren ausgerichtet und die Versicherte noch nicht 55 Jahre alt sei. Eine Selbsteingliederung sei deshalb zumutbar (IV 82).

E. 4.4.10

Dem eingereichten kurzen Arztbericht von Dr. T._____, Privates U._____ Krankenhaus, (...), vom 28. März 2016, ist zu entnehmen, dass die Patientin die psychiatrische Poliklinik am 10. Februar 2016 und am 28. März 2016 aufgesucht habe. Es sei eine Psychose und eine depressive Störung diagnostiziert und eine (medikamentöse) Behandlung angeordnet worden. Die Medikamente (Zypexa, Efexor, Ativan) müssten weiter eingenommen werden (IV 88).

E. 4.4.11

Der Rapport OAIE kam zum Schluss, dass die neuen eingereichten Dokumente (vgl. oben E. 4.4.6 und 4.4.10) keinen Zweifel an den Feststellungen des Gutachtens vom 12. Juni 2015 ergäben, im Besonderen keine Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit dem Gutachten enthielten (IV 92).

E. 4.5

Im Attest vom 4. Januar 2017 diagnostizierte der Psychiater Dr. G._____, Psychiatrische Poliklinik des Universitätsspitals D._____, eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2). Die laufende Behandlung dauere fort (B-act. 11 B. 1-2). In seinem Bericht vom 17. März 2017 äussert sich Dr. G._____, zu seiner Behandlung der Patientin vom 26. Oktober 2016 bis 13. März 2017 (6 Untersuchungen). Bei der ersten Konsultation habe er erfahren, dass die Patientin in der Schweiz wegen einer Schizophrenie behandelt worden sei. Zuletzt habe sie während 2-3 Monaten die Einnahme der Medikamente eingestellt. Im Beurteilungszeitraum sei wegen der intensiven depressiven Symptome und elementären Halluzinationen am 21. Dezember 2016 mit Venlafaxin (stufenweise auf 150 mg erhöht) und Olanzapin 5 mg/Tg begonnen worden. Nach der medikamentösen Behandlung sei eine Reduzierung der depressiven Symptome und das Verschwinden der Halluzinationen beobachtet worden. Der Arzt berichtet über die weitere Behandlung und Anpassung der Medikamente. Er diagnostiziert für den Zeitraum seit Oktober 2016 rezidivierende schwere depressive Störungen (F33.2; mit undefiniert heftigen psychotischen Attacken; B-act. 15 B. 1-2).

E. 5.1

Gemäss Beschluss der SVA vom 14. Juni 2003 wurde der Beschwerdeführerin eine ganze Invalidenrente nach dem Gebrechenscode 641.65 (Schizophrenie bei mehrfachen Funktionsausfällen geistiger und psychischer Art; vgl. Codizes zur Gebrechens- und Leistungsstatistik, Version 1, gültig ab 1. Januar 2004 [KSGLS-C, 318.108.04] <https://www.bsvlive.admin.ch/vollzug/documents/view/3952/lang:deu/category:34>, besucht am 6.9.2017, S. 18, 21) zugesprochen (vgl. IV 16.2). Bei den zwei durchgeführten Revisionen verzichtete die SVA auf eine IV-Grad-Ermittlung. Als Vergleichszeitpunkt im vorliegenden Fall dient hier demnach - wie die Vorinstanz zu Recht ausführte - die Beurteilung der erste Rentenzusprache vom 16. Juli / 5. August 2003 (s. oben E. 3.6).

E. 5.2.1

Vorab ist festzustellen, dass die SVA im Jahr 2003 gestützt auf die angegebene Diagnostik (schweres depressiv-ängstliches Zustandsbild bei Status nach paranoider Psychose [DD: bei Psychose, residualer Typ; oben E. 4.1.2] und psychotisches Zustandsbild und Verdacht auf eine paranoid-halluzinatorische schizophrene Psychose [oben E. 4.1.1]) mit Elementen aus verschiedenen Formenkreisen von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen nach ICD-10, F30-F39: "schwere Depression", F40-48: "Angststörung" und F20-29: "paranoide Psychose"/"Verdacht auf paranoid-halluzinatorische schizophrene Psychose" und ohne genauere Definition und Einordnung in den medizinischen Akten (beispielsweise durch ICD-Codierung) den Gebrechenscode 641 (Schizophrenie) annahm und gestützt darauf - ohne weitere Abklärungen zur Arbeitsunfähigkeit - eine ganze Invalidenrente zusprach. Die Diagnose einer chronischen paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie findet sich erst im Bericht von med. pract. K._____, vom 26. Juli 2006 (IV 22 f.), während dieselbe Ärztin in ihrem Bericht an die Hausärztin vom 8. Juli 2006 weiterhin von einer (nicht weiter definierten) Psychose berichtete und ausführte, die Patientin sei weniger depressiv, während die Halluzinationen eher stärker seien (IV 19). Demnach hat die SVA im Jahr 2003 die ganze Rente wegen der Diagnose Schizophrenie zugesprochen, die zum damaligen Zeitpunkt noch gar nicht aktenkundig war, und auch bei der 1. IV- Revision eine Mischform einer Erkrankung mit schizophren-psychotischen und depressiven Anteilen beschrieben wurde.

E. 5.2.2

Weiter sind die Beurteilungen des Gutachters Dr. F. _____ und des medizinischen Dienstes zu bestätigen, dass die Berichte und Auskünfte der behandelnden Ärztinnen aus den Jahren 2002 - 2009 in versicherungsmedizinischer Hinsicht wenig aussagekräftig und kaum nachvollziehbar begründet sind, insbesondere im Hinblick auf die ausnahmslos bescheinigte volle Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin. Dies gilt im Besonderen für die Angaben der behandelnden Psychiaterin - die ihre psychiatrische Praxis ohne Facharztstitel führte (zugelassener Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie ab 2012, vgl. <https://www.medregom.admin.ch/> und <https://www.doctorfmh.ch/>, je besucht am 6.9.2017) - in ihrem Bericht vom 10. Dezember 2009, in welchem explizit eine stark verbesserte psychische Belastbarkeit der Patientin bei schwierigen Situationen (sich abgrenzen und wehren gegen Anfeindungen von aussen, bei disziplinarischen Problemen des älteren Sohnes, Krankheit des jüngeren Sohnes, Durchsetzen der eigenen Interessen innerhalb der Familie) unter der medikamentösen Behandlung beschrieben wird (IV 30.1-2). Als Begründung für die Arbeitsunfähigkeit wird im Wesentlichen ausgeführt, die Patientin habe seit Jahren nicht mehr gearbeitet. Zudem steht im Widerspruch zur vollen Arbeitsunfähigkeit, dass die Patientin nunmehr keine Hilfe im Haushalt mehr benötige (IV 28), weshalb zu schliessen ist, dass sie im Jahr 2009 - in Veränderung der Situation seit der Haushaltabklärung im Jahr 2006 (IV 24) - den Haushalt im Wesentlichen wieder selbst führen konnte (vgl. oben E. 4.3).

E. 5.2.3

Demnach liegen für die gesundheitliche Ausgangslage im Jahr 2003 und für den Zeitraum bis Ende 2009 nur herabgesetzt beweiskräftige medizinische Akten vor. Es lässt sich jedoch im Nachgang zum Zusammenbruch der Beschwerdeführerin im August 2001 (Tod des Vaters) eine in ihrer Arbeitsfähigkeit einschränkende psychische Erkrankung der Beschwerdeführerin - jedenfalls gestützt auf die Akten aus dem Jahr 2002 - annehmen (vgl. auch IV 80), die sich in der Folge (wohl bereits im Jahr 2009) verändert hat. Die Frage nach dem vom medizinischen Dienst und der Vorinstanz festgehaltenen genauen Verbesserungszeitpunkt und dem Mass der Verbesserung kann indessen offen bleiben, da hier (oben E. 4) nur zu prüfen ist, ob der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sich per Juni 2015 (Gutachten von Dr. F. _____) wesentlich verbessert hat.

E. 5.3.1

Aus den in der Türkei eingeholten oder auf Wunsch der Beschwerdeführerin in der Türkei ausgestellten Akten seit Juli 2014 (9 Monate nach der Übersiedlung in die Türkei im Oktober 2013) gehen Diagnosen aus den Formenkreisen affektive Störungen und neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen (majore Depression [F32/33], dissoziative Störung [F44], generalisierte Angststörung, Klaustrophobie und Ochlophobie [F40/41]; vgl. IV 46.1, 46.2, 60), sowie die Empfehlung, in der Türkei nach einer (gründlichen) psychiatrischen Untersuchung den Gesundheitszustand der Patientin neu zu beurteilen (IV 48.3-4), hervor. In den beiden Kurzbeurteilungen vom 29. April 2015 und vom 28. März 2016 finden sich die Diagnosen "generalisierte Angststörung, bipolare affektive Störung, nicht bestimmt, schizoaffektive Störung" und "Psychose und depressive Störung" sowie die Verschreibung von Psychopharmaka (IV 86, 88). Trotz Wissen um die in der Schweiz diagnostizierte Schizophrenie (vgl. IV 48.3-4), kamen die Ärzte in der Türkei demnach zu von einer Schizophrenie abweichenden Diagnosen.

E. 5.3.2

Aus den Akten gehen ausserdem wenig Angaben zu einer laufenden medizinischen Behandlung (ärztliche Konsultationen, Psychotherapie) von Oktober 2013 (Rückkehr in die Türkei) bis Juni 2016 (angefochtene Verfügung vom 23.06.2016) hervor. Aufgrund der Angaben von med. pract. K._____ zur notwendigen psychotherapeutischen Betreuung bis Ende 2009 wäre hingegen zu erwarten gewesen, dass die Beschwerdeführerin auch in der Türkei auf eine entsprechende Behandlung/Betreuung angewiesen wäre. Es findet sich aber nur der Hinweis auf eine Konsultation am 29. November 2013 wegen einer generalisierten Angststörung (vgl. IV 41.2, 47) sowie der Hinweis, die Patientin habe sich aufgrund ihrer Erfahrungen mit den Ärzten in der Schweiz nicht bei einem Arzt in Therapie begeben (IV 41.4, 48.3-4.). Eine weitere Konsultation findet sich erst wieder am 12. November 2014 anlässlich der angekündigten Begutachtung in der Schweiz (IV 56, 58, 60), mit dem Hinweis, die Patientin müsse behandelt werden. Dafür, dass die Beschwerdeführerin in diesem Zeitraum einer medizinischen Behandlung offenbar aber nicht mehr bedurfte, spricht jedoch, dass die in der Untersuchung in der Türkei vom Juli/August 2014 angegebenen Medikamente anlässlich der Begutachtung in der Schweiz nur teilweise und nur unter dem jeweiligen Referenzbereich nachgewiesen werden konnten. Dies erstaunt deshalb, weil auch der behandelnde Dr. Q._____ die Patientin im Attest vom 29. April 2015 (IV 73 f.) - unmittelbar vor der mit Stress verbundenen Reise in die Schweiz im Mai 2015 - angewiesen hatte, die verschriebenen Medikamente einzunehmen. Soweit die Beschwerdeführerin hierzu später behauptet, der behandelnde Dr. Q._____ habe sie explizit angewiesen, die Medikamente vorübergehend nicht einzunehmen (vgl. B-act. 1 Rz. 42), erweist sich die Behauptung als nachgeschoben und nicht als glaubwürdig (vgl. dazu Urteil BGer 9C_926/2015 vom 17. Oktober 2016 E. 4.2.4 m. H. auf BGE 121 V 45 E. 2a). Zu ergänzen bleibt Folgendes: Bei der Einleitung des Revisionsverfahrens wurde die Beschwerdeführerin aufgefordert, "weitere zweckdienliche Mitteilungen und Unterlagen über Ihren Gesundheitszustand und die Arbeits- und Verdienstverhältnisse zukommen zu lassen". In der Folge hat sie nur den unterschriebenen Fragebogen mit Telefonnummer und der Angabe, sie stehe nicht in einem Arbeitsverhältnis, zurückgeschickt (IV 34, 35). Belege für eine psychiatrische Behandlung hat sie bei dieser Gelegenheit nicht eingereicht. Insgesamt ergeben sich deshalb schon gestützt auf die kaum ersichtliche medizinische Behandlung für den Beurteilungszeitraum bis Juni 2016 keine Hinweise auf eine schwerwiegende, letztlich stationär behandlungsbedürftige Krankheit der Beschwerdeführerin, die eine volle Arbeitsunfähigkeit bedingen würde.

E. 5.4.1

Die Beschwerdeführerin rügt im Wesentlichen, sie sei mit der Beurteilung und den Schlussfolgerungen im Gutachten von Dr. F._____ nicht einverstanden. Weder die (nicht versicherungsmedizinisch, sondern bezüglich der Behandlung begründeten) Verlaufsberichte der während Jahren in der Schweiz behandelnden ausgewiesenen Fachärztin noch die Beurteilungen der behandelnden Ärzte in der Türkei seien genügend gewürdigt und beachtet worden. Die Begutachtung bei Dr. F._____ habe demgegenüber weniger als drei Stunden gedauert. Zudem berufe er sich nur auf die ICD-Codes und prüfe die Voraussetzungen der einzelnen psychischen Krankheiten. Seine darauf gestützten Schlussfolgerungen seien deshalb nicht verwertbar.

E. 5.4.2

Die Beschwerdeführerin verkennt bei ihrer Kritik am Gutachten, dass gerade die psychiatrische Begutachtung in versicherungsmedizinischer Hinsicht eine Auseinandersetzung mit den einzelnen Kriterien einer Krankheit verlangt, damit die - nicht medizinisch ausgebildete Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht - den Leistungsanspruch einer versicherten Person beurteilen kann. Dahingehend legt das Gutachten hier ausführlich und nachvollziehbar dar, weshalb im Begutachtungszeitpunkt die Kriterien für die Diagnose einer Schizophrenie bei der Beschwerdeführerin nicht vorlagen - selbst nicht unter Reduzierung respektive Weglassen (eines Teils) der verschriebenen Psychopharmaka. Das Gutachten legt ebenfalls fundiert und nachvollziehbar dar, weshalb im damaligen Zeitpunkt - entgegen dem subjektiven Empfinden der Explorandin - auch keine (allenfalls IV-relevante mittelschwere oder schwere) Depression vorlag.

E. 5.4.3

Die Beschwerdeführerin führt zwar zu Recht aus, der vom Psychologen V. _____ in der Türkei durchgeführte SCL-90-R-Test vom 11. Juli 2014 (IV 41.5) sei nicht in die Beurteilung durch die Vorinstanz respektive die Begutachtung durch Dr. F. _____ eingeflossen. Gemäss den Ausführungen von Dr. F. _____ anhand seiner Durchführung des SCL-90-IR-Tests misst der Test die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb eines Zeitraums von 7 Tagen. Der Bereich gehe dabei von "überhaupt nicht" bis "sehr stark" ausgeprägt. Die Angaben der Testperson würden in 9 Subskalen zusammengefasst (vgl. IV 72.8). Die Angaben der Explorandin ergaben demnach am 11. Juli 2014 in allen Subskalen (ausser der Zwanghaftigkeit) deutlich höhere Werte als bei der Durchführung des Tests bei Dr. F. _____ am 21. Mai 2015. Geschlossen werden kann daraus jedoch höchstens, soweit überhaupt durch das Gericht beurteilbar, dass die subjektiv empfundene Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin im Juli 2014 höher war als im Mai 2015, und es ihr demnach im Mai 2015 subjektiv besser ging als im Sommer 2014. Die Bewertung dieses Tests kann aber offen gelassen werden, da vorliegend ohnehin auf die Momentaufnahme im Gutachten vom 12. Juni 2015 abzustellen ist und die Vorinstanz auf eine Zustandsverbesserung ab Zeitpunkt des Gutachtens abgestellt hat.

E. 5.4.4

Soweit die Beschwerdeführerin ausserdem geltend macht, die sich in den Akten befindliche Medikamentenliste der W. _____ Apotheke von Januar bis Juni 2014 (IV 41.5) sei nicht in die Beurteilung eingeflossen, ist ihr entgegenzuhalten, dass aus einer Liste von verschiedenen bezogenen Medikamenten nichts zu deren Einnahme und damit zu ihrem Gesundheitszustand oder ihrer Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden kann.

E. 5.4.5

Die Beschwerdeführerin rügt weiter, teilweise seien die türkischen Berichte schlecht übersetzt worden und der Hinweis auf vorhandene andauernde Halluzinationen beziehungsweise "Visionen" oder "Bilder" oder "Geister" (vgl. B-act. 1 Rz. 28 mit Hinweis auf IV 48.1-2) seien ungenügend gewichtet worden. Hierzu ist gestützt auf die erwähnte Akte festzustellen, dass diese "Visionen" zwar als Symptome neben unregelmässigem Schlaf und Appetitlosigkeit erwähnt werden, sich im Bericht aber keinerlei weiteren Ausführungen dazu (z.B. Art der "Visionen" und Häufigkeit ihres Auftretens) finden. Insbesondere wird im Bericht ausgeführt, die Patientin fühle sich mit der

Medikamenteneinnahme ruhig und gut. Auch im Rahmen der Begutachtung bei Dr. F. _____ war die Beschwerdeführerin kaum in der Lage, genauer zu beschreiben, wie häufig sie "Dinge" sehe oder Stimmen aus dem eigenen Inneren höre und wann dies zuletzt geschehen sei. Sie gab an, eine solche Stimmveränderung habe sich zuletzt ein Jahr früher im Sommer 2014 ereignet, das heisst fast ein Jahr vor der Begutachtung. Unabhängig von der Genauigkeit der Übersetzung fehlen somit im türkischen Bericht genügende hinreichende Ausführungen oder Beschreibungen für die geltend gemachten Halluzinationen, deren Vorhandensein auch anlässlich der Begutachtung in der Schweiz nicht in einem für das Vorliegen einer Schizophrenie genügenden Mass und Häufigkeit dargelegt werden und damit verifiziert werden konnten. Zudem wird - wie der medizinische Dienst zu Recht feststellte - in den Beurteilungen in der Türkei die Diagnose der Schizophrenie nicht (mehr) in Betracht gezogen. Gestützt auf die vorliegend relevanten Akten ab 2013 verbleibt demnach die Diagnostik einer psychischen Beeinträchtigung mit depressiven Episoden und auch unterschiedlich definierten Angststörungen von verschiedenen beschriebener Schwere, wobei Dr. F. _____ im Mai/Juni 2015 keine genügenden Anzeichen für eine leichte depressive Phase ausmachen konnte und eine deshalb eine Dysthymie diagnostizierte.

E. 5.4.6

Zusammenfassend erweist sich das Gutachten von Dr. F. _____ demnach als nachvollziehbar und voll beweiskräftig. Daraus folgt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in Abwesenheit massgeblicher gesundheitlicher Einschränkungen von Krankheitswert spätestens bei der Begutachtung im Mai 2015 (Gutachten vom 12. Juni 2015) im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprache im Sommer 2003 wesentlich verbessert hatte und in diesem Zeitpunkt wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestand.

E. 5.4.7

Soweit die Beschwerdeführerin darüber hinaus rügt, Dr. F. _____ äussere sich nicht zu somatischen Beurteilungen, steht fest, dass die Beurteilung somatischer gesundheitlicher Einschränkungen nicht Aufgabe eines Gutachters in psychiatrisch-psychotherapeutischer Hinsicht ist. Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise auf massgebende somatische gesundheitliche Einschränkungen bei der Beschwerdeführerin, weshalb auch kein Raum für eine diesbezügliche weitere Abklärung besteht. Auch die Beschwerdeführerin macht diesbezüglich keine konkreten Angaben. Der in diesem Sinne gestellte Eventualantrag auf die Einholung weiterer Gutachten beziehungsweise eines polydisziplinären Gutachtens ist demzufolge als unbegründet abzuweisen.

E. 5.5

Die Beschwerdeführerin beanstandet ausserdem das Vorgehen und die Stellungnahmen der zuständigen Psychiaterin des medizinischen Dienstes und führt aus, sie sei die "treibende Kraft hinter der Einstellung ihrer IV-Rente" gewesen. Dagegen ist ihr - wie bereits dargelegt wurde - entgegen zu halten, dass aufgrund der vorhandenen Beschreibungen und Symptome von verschiedenartigen psychischen Krankheiten in den Akten aus der Schweiz (bis Dezember 2009) im Vergleich zu den Untersuchungsergebnissen der Ärzte in der Türkei (ab Juli 2014), die notabene weder Hinweise zum Vorliegen einer Schizophrenie enthalten noch Angaben zu einer Arbeits(un)fähigkeit daraus hervorgehen, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht nachvollziehbar war und eine Begutachtung in der Schweiz wegen der Pflicht der Vorinstanz zur korrekten

Sachverhaltsabklärung unumgänglich war. Soweit die Beschwerdeführerin weiter beanstandet, betreffend die Reise in die Schweiz sei mit ihr "russisches Roulette" gespielt worden, ist ihr entgegenzuhalten, dass der kurze Arztbericht vom 12. November 2014 von der Vorinstanz fachärztlich geprüft wurde und bei objektiver Betrachtung keine genügend nachvollziehbare Begründung dazu enthält, weshalb die Beschwerdeführerin mit Begleitung nicht hätte in die Schweiz reisen können. Die Vorbringen der Beschwerdeführerin zu den Beurteilungen und dem Vorgehen der zuständigen Psychiaterin des medizinischen Dienstes können demnach nicht gehört werden.

E. 5.6

Es bleibt zu ergänzen, dass, soweit im Bericht des Rapport OAIE vom 3. März 2016 auf die Voraussetzungen von Ziff. 4 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG verwiesen wird (oben E. 4.4.10), hier ein Revisionsfall gemäss Art. 17 ATSG (oben E. 3.6) und kein Anwendungsfall nach den Bestimmungen der IV-Revision 6a (Überprüfung der Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden) vorliegt. Entsprechend sind die Voraussetzungen von Ziffer 4 der SchlBest. hier nicht beachtlich. Die Beschwerdeführerin hat zwar während 14 Jahren eine volle Rente bezogen. Aufgrund ihres Alters von unter 50 Jahren und dem vorhandenen Spektrum von möglichen zumutbaren Tätigkeiten in der Art ihrer früheren Tätigkeiten in der Schweiz (zuletzt Verkauf, Näherin), erweist sich eine Selbsteingliederung als zumutbar.

E. 5.7

Gemäss dem Bericht von Dr. G. _____ vom 17. März 2017 (B-act. 15 Beilage 1-2, oben E. 4.5) ist seit 26. Oktober 2016 in der Türkei wieder eine regelmässige psychiatrische Behandlung der Beschwerdeführerin belegt, nachdem während Jahren kaum eine Behandlung ersichtlich war (siehe oben E. 5.3.2). Die Patientin sei aufgrund intensiver depressiver Symptome und elementärer Halluzinationen wieder auf Psychopharmaka eingestellt worden, nachdem sie die Einnahme der Medikamente eingestellt habe. Im Lauf der Behandlung seien die Medikamente laufend angepasst worden und eine Reduktion der depressiven Symptome und das Verschwinden der Halluzinationen erreicht worden. Dennoch wird eine rezidivierende schwere Depression (F33.2) diagnostiziert. Entgegen der eingeholten Beurteilung von Dr. E. _____ des medizinischen Dienstes vom 15. April 2017, welche im Wesentlichen ausführte, es bestehe mit Sicherheit keine depressive Episode mit psychotischen Symptomen und es ergäben sich keine neuen Erkenntnisse (vgl. B-act. 19.2), lässt sich gestützt auf den genannten Bericht vom 17. März 2017 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliessen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der angefochtenen Verfügung vom 23. Juni 2016 nicht wieder rentenrelevant verändert hat. Es wird deshalb Aufgabe der Vorinstanz sein, nach Abschluss dieses Verfahrens ein allfälliges Wiederaufleben des Leistungsanspruchs zu prüfen (siehe hiernach E. 6.3).

E. 6.1

Zusammenfassend ergibt sich, dass spätestens am 12. Juni 2015 (Gutachten von Dr. F. _____) eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin bestand und keine invaliditätsrelevante Einschränkung in ihrer Arbeitsfähigkeit mehr ersichtlich war. Die Beschwerdeführerin hat deshalb keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente, weshalb die Vorinstanz die Rente zu Recht aufgehoben hat. Die Beschwerde ist deshalb

abzuweisen. Daran ändert nichts, dass die Beschwerdeführerin seit 2001 nicht mehr erwerbstätig war und heute in einem Land lebt, in dem sie nie ausser Haus arbeitete.

E. 6.2

Ergänzend anzufügen bleibt, dass bei diesem Ausgang des Verfahrens offenbleiben kann, ob hier wegen der sehr rudimentären und unvollständigen Sachverhaltsabklärung bei der Zusprache der Invalidenrente - was auch für die Weitergewährung der Rente durch die kantonale IV-Stelle gilt -, nicht eine Aufhebung der Invalidenrente in substituierter Wiedererwägung der Verfügungen vom 16. Juli und 5. August 2003 in Betracht zu ziehen gewesen wäre.

E. 6.3

Da sich aufgrund der im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Akten nicht auszuschliessen lässt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wieder verschlechtert haben könnte (siehe oben E. 5.7), ist die Eingabe vom 24. März 2017 als neues Revisionsgesuch zu betrachten und die Sache nach Abschluss dieses Verfahrens zur Prüfung einer allenfalls rentenrelevanten Gesundheitsverschlechterung an die Vorinstanz zu überweisen.

E. 7

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 7.1

Die Verfahrenskosten werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache im vorliegenden Verfahren auf Fr. 800.- festgesetzt (Art. 63 Abs. 4bis VwVG, Art. 69 Abs. 1bis IVG 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 von der unterliegenden Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG) und aus dem am 13. September 2016 geleisteten Kostenvorschuss zu entnehmen.

E. 7.2

Weder die nichtanwaltlich vertretene unterliegende Beschwerdeführerin noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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