

BVGer C-957/2014 vom 15. März 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-03-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-957_2014

FR: TAF C-957/2014 du 15 mars 2016

IT: TAF C-957/2014 del 15 marzo 2016

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 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG, SR 172.021 beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Aus-land 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 Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

E. 1.3

Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; sie ist durch die angefochtene Verfügung vom 12. Juli 2013 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert. Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 VwVG und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin ist kroatische Staatsangehörige mit Wohnsitz in Kroatien, das seit dem 1. Juli 2013 Mitglied der EU ist. Mangels Unterzeichnung beziehungsweise Ratifizierung des Zusatzprotokolls (Protokoll III) ist das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) im Verhältnis zu Kroatien aber nicht anwendbar. Es ist daher weiterhin das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kroatien über Soziale Sicherheit vom 9. April 1996 (SR 0.831.109.291.1) und die Verwaltungsvereinbarung zur Durchführung dieses Sozialversicherungsabkommens vom 24. November 1997 (SR 0.831.109.291.12) anzuwenden. Nach Art. 4 Abs. 1 dieses Abkommens sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates, zu denen gemäss Art. 1 Abs. 1 Bst. a in Verbindung mit Art. 2 Abs. 1 Bst. A. ii. die Bundesgesetzgebung über die schweizerische Invalidenversicherung gehört, den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates

gleichgestellt; abweichende Bestimmungen in diesem Abkommen bleiben vorbehalten. Demnach beantwortet sich die Frage, ob die Vorinstanz den Rentenanspruch korrekt beurteilt hat, aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften, soweit sich aus dem Sozialversicherungsabkommen nichts Abweichendes ergibt.

E. 2.2

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 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). Weiter stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 12. Juli 2013) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis).

E. 2.3

In materiell-rechtlicher Hinsicht ist auf jene Bestimmungen des IVG und der IVV respektive des ATSG und der ATSV abzustellen, die für die Beurteilung eines Rentenanspruchs jeweils relevant waren und in Kraft standen. Vorliegend ist der Rentenanspruch ab dem 1. September 2013 strittig, weshalb das IVG und die IVV in den Fassungen der 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket (Revision 6a), anzuwenden sind (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], in Kraft seit 1. Januar 2012; die IVV in der entsprechenden Fassung).

E. 2.4

Invaliderität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist die durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 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. 2.5

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem

Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 2.6

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie - wie der Beschwerdeführer - in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

E. 2.7

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). Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 2.8

Gemäss Bst. a Abs.1 der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung wurde höchstrichterlich als verfassungs- und EMRK-konform beurteilt (BGE 139 V 547). Sie findet laut Bst. a Abs. 4 SchlBest. IVG keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen.

E. 2.9

Gemäss bisheriger Rechtsprechung vermochten somatoforme Schmerzstörungen und ähnliche ätiologisch-pathogenetisch unklare syndromale Leidenszustände in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken (vgl. Urteil des BGer 8C_689/2014 vom 19. Januar 2015 E. 2.1 mit Hinweisen auf BGE 136 V 279 E. 3, BGE 130 V 352 E. 2.2.2 und 2.2.3, BGE 132 V 65 BGE, 131 V 49 und BGE 130 V 396). Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzte das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) oder schliesslich unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person voraus (BGE 130 V 352 E. 2.2.3). Je mehr dieser Kriterien zutrafen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellten, desto eher waren die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 139 V 547 E. 9; BGE 137 V 64 E. 4.1; BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen, Urteil BGer C-1413/2013 vom 3. November 2015 E. 4.3.2).

E. 2.10

Die vorstehend zusammengefasst wiedergegebene Rechtsprechung erfuhr durch den Entscheid des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) eine Praxisänderung. Zusammenfassend erwog das Bundesgericht (E. 6), dass die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen, die sich aus denjenigen Befunden ergäben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend seien, zu berücksichtigen habe, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen müsse (E. 2). Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit (E. 3) habe die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges (E. 3.4.1.1) mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe bzw. (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung (E. 3.1 und 3.2) bezweckt. Deren Rechtsnatur könne offenbleiben (E. 3.3), denn an dieser Rechtsprechung sei nicht festzuhalten (E. 3.4 und 3.5). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell werde durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt (E. 3.6). An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) - ändere sich dadurch nichts (E. 3.7). An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) würden im Regelfall beachtliche Standardindikatoren treten (E. 4). Diese liessen sich in die Kategorien Schweregrad (E. 4.3) und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen (E. 4.4). Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes (E. 4.3.1.1) und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität (E. 4.3.1.3) sei zu verzichten. Der Prüfungsraster sei rechtlicher Natur (E. 5 Ingress). Recht und Medizin wirkten sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren (E. 5.1) wie auch bei deren - rechtlich gebotener - Anwendung im Einzelfall zusammen (E. 5.2). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades sei nur zulässig, wenn

die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen seien. Fehle es daran, habe die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (Urteil BGer C-1413/2013 vom 3. November 2015 E. 4.3.3).

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

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweismässigkeit 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 Beweismässigkeit; UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz 450; vgl. auch BGE 122 V 162 E. 1d; 122 II 464 E. 4a; 120 Ib 224 E. 2b). Diese Praxis wurde vom Bundesgericht immer wieder bestätigt (vgl. z.B. das Urteil des Bundesgerichts 9C_108/2010 vom 15. Juni 2010 E. 4.2.2).

E. 3.3

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 Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen).

E. 3.4

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweismässigkeit. 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. 3.5

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweismässigkeit als vereinbar, Richtlinien für die Beweismässigkeit 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.

E. 3.6

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen).

E. 4.1

Vorliegend hob die Vorinstanz mit angefochtener Verfügung vom 12. Juli 2013 (doc. 58) die laufende Rente der Beschwerdeführerin gestützt auf Bst. a Abs.1 SchlBest. IVG auf. Da die Beschwerdeführerin u.a. geltend macht, die Vorinstanz stütze sich zwecks Umgehung von Art 17 ATSG auf die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision (vgl. vorne Sachv. C), ist nachfolgend zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Revision nach Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG vorliegen. Diese liegen dann vor, wenn die Zusprechung der Invalidenrente auf einer von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG erfassten gesundheitlichen Beeinträchtigung (vgl. BGE 130 V 352) erfolgte und zudem keine Ausnahmesituation im Sinne von Bst. a Abs. 4 SchlBest. IVG entgegensteht (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgericht C-4265/2014 vom 21. Januar 2016 E. 5).

E. 4.2

Im Jahr 2007 wurde der Sachverhalt von der damals zuständigen IV-Stelle Luzern im Rahmen einer Rentenrevision nach Art. 17 ATSG umfassend geprüft. Die Revisionsverfügung vom 5. Juni 2007 trat an die Stelle der vorhergehenden Verfügungen (vgl. BGE 140 V 514 E. 5.2), weshalb vorliegend hinsichtlich der Anwendbarkeit von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG die Natur des Gesundheitsschadens, welcher der Verfügung vom 5. Juni 2007 zugrunde lag, relevant ist. Nicht entscheidend für die Anwendbarkeit von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG ist dagegen der Gesundheitsschaden, auf welcher die ursprüngliche Rentenzusprache vom 16. März 1999 basierte (vgl. Urteil des BGer 9C_127/2015 vom 15. Oktober 2015 E. 5.4). Bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin stützte sich die Vorinstanz hauptsächlich auf den Bericht des behandelnden Arztes Dr. C. _____ vom 4. Mai 2007 (LU 38 S. 3-8). Dieser hatte die Beschwerdeführerin zuletzt am 27. März 2007 untersucht (LU 38 S. 4). Seine Diagnosen lauteten: 1. generalisiertes Schmerzsyndrom mit Fibromyalgie, 2. reaktive Depression (1998), 3. Coxarthrose, leichte ISG-Arthrose beidseitig und beginnende Varus Gonarthrose beidseits (2003). Die Beschwerdeführerin sei wie seit 1999 weiterhin zu 100% arbeitsunfähig. Der behandelnde Arzt stützte sich seinerseits auf den Bericht des Kantonsspitals W. _____ vom 8. Januar 2003, den Austrittsbericht desselben Spitals vom

13. März 2003, den Bericht der I. _____ Klinik vom 4. Mai 2004, den Austrittsbericht des Kantonsspitals W. _____ vom 18. Oktober 2004, den Bericht des Kantonsspitals W. _____ vom 13. Oktober 2004 sowie den Bericht von Dr. J. _____ (Psychiatrie und Psychotherapie) vom 24. Juni 2005 (LU 38 S. 9-24). Diese Berichte aus den Jahren 2003-2005 halten im Wesentlichen übereinstimmend ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit Fibromyalgie und eine reaktive Depression fest. Auf die damalige Beurteilung des behandelnden Arztes ist vorliegend abzustellen, auch wenn die Aktenlage aus heutiger Sicht als eher dürftig einzuschätzen wäre. Im Übergabeprotokoll der IV-Stelle Luzern an die Vorinstanz vom 7. November 2008 wird ausschliesslich eine Fibromyalgie festgehalten, ohne weitere rentenrelevante Einschränkungen in somatischer oder psychischer Hinsicht. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit der letzten Revision eher noch verschlechtert. Es sei weiterhin eine ganze Rente bei einem IV-Grad von 100% auszurichten. Auch auf die Feststellungen im Übergabeprotokoll ist vorliegend abzustellen. Nach dem Gesagten ist als Zwischenergebnis festzuhalten, dass die Voraussetzungen für die Durchführung einer Rentenrevision gemäss Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG im Hinblick auf die Natur des Gesundheitsschadens erfüllt sind.

E. 4.3

Zu prüfen bleiben die in Bst. a Abs. 4 SchlBest. IVG beschriebenen formellen Ausschlussgründe für die Durchführung einer Rentenrevision nach den Bestimmungen der IV-Revision 6a. Im Zeitpunkt der Einleitung der Überprüfung am 21. März 2012 lag noch kein über 15-jähriger Rentenbezug vor (vgl. dazu BGE 139 V 442 E. 4 und BGer 8C_576/2014 vom 20. November 2014 E. 4). Bei Inkrafttreten der Änderung vom 1. Januar 2012 war die Beschwerdeführerin (Jg. 1958) noch nicht 55 Jahre alt. Da die Überprüfung der Rente zudem innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung erfolgte, sind die Voraussetzungen für eine Revision nach den obgenannten Bestimmungen insgesamt erfüllt. Es kann somit nachfolgend geprüft werden, ob die materiellen Voraussetzungen für eine Aufhebung der Rente gestützt auf Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG erfüllt sind.

E. 5.1

Die Vorinstanz stützt sich in der angefochtenen Verfügung hauptsächlich auf das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 30. Oktober 2012, bestehend aus einem rheumatologischen und einem psychiatrischen Teil (doc. 28, 29).

E. 5.2

Dr. F. _____ stellte in seinem psychiatrischen Teilgutachten (doc. 29) vom 30. Oktober 2012 fest, seit jeher habe das Schmerzsyndrom im Vordergrund gestanden. Zusammenfassend hielt er eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine Dysthymie fest. Dadurch habe sich keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit ergeben. Die dokumentierten depressiven Verstimmungen seien eine Folge des chronischen Schmerzsyndroms, erfüllten jedoch die Kriterien einer dauernden depressiven Episode nicht. Das rheumatologische Gutachten von Dr. E. _____ vom 30. Oktober 2012 (doc. 28) hielt fest, dass die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht für die bisherige Tätigkeit zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen sei. Eine relevante chronische körperliche Begleiterkrankung liege nicht vor. Dr. F. _____ habe in seinem Gutachten die Zumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung nicht abschliessend beurteilt; die Frage sei jedoch anhand des bidisziplinären Gutachtens verwaltungsintern beurteilt worden. Es lägen keine psychiatrische Komorbidität oder

sonstige erhebliche Funktionsstörungen vor; zudem lägen keine weiteren Kriterien in erheblichem Ausmass vor, die eine Schmerzüberwindung in Frage stellten. Der Versicherten sei weiterhin ein weites Spektrum von Arbeiten, inklusive der angestammten Tätigkeit, zumutbar. Die ärztlich attestierte Arbeitsfähigkeit könne auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertet werden.

E. 5.3

Die Beschwerdeführerin kritisiert im Wesentlichen die Beweiskraft des interdisziplinären MEDAS-Gutachtens, welche nachfolgend zu prüfen ist.

E. 6.1

Der Rheumatologe, Dr. E._____, hält in seinem MEDAS-Teilgutachten vom 30. Oktober 2012 (doc. 28) keine Diagnose mit (langdauernden) Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 7). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit werden genannt: chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mit Dysthymia, chronisches, sich generalisierendes Schmerzsyndrom, Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in die Extremitäten und in den Kopf, Fingerpolyarthrose, Diabetes mellitus Typ II, Nikotinkonsum von ca. 30 pack years, anamnestisch Coxarthrosen, anamnestisch Gonarthrosen, anamnestisch Reizmagensyndrom (S. 8). In der klinischen Untersuchung hätten zwar eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik, diffuse Druckschmerzen sowie Bewegungsschmerzen aller axialen und peripheren Gelenke und darüber hinaus, imponiert, jedoch könnten diese bezüglich Umfang und Intensität höchstens partiell auf ein bekanntes somatisch-pathologisches Krankheitsbild abgestützt werden (S. 13). Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei aus rein somatischer Sicht für die früher in der Schweiz ausgeübten Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen (S. 17). Auch aus interdisziplinärer Sicht könne für die früher in der Schweiz ausgeübten Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden (S. 17).

E. 6.2

Die Beschwerdeführerin rügt die Feststellung des Rheumatologen, wonach das diagnostizierte chronische, sich generalisierende Schmerzsyndrom nicht ausreichend somatisch abstützbar sei. Dies entspreche im Ergebnis nicht den tatsächlichen Gegebenheiten. Er verweist dabei auf den Bericht von Dr. C._____ vom 4. Mai 2007, wo auch eine Coxarthrose, leichte ISG-Arthrose beidseitig und eine beginnende Varus-Gonarthrose beidseits festgehalten wurde (B-act. 7 Beilage 10).

E. 6.3

Der rheumatologische Gutachter hat sich vorgängig intensiv mit den Vorakten auseinandergesetzt (S. 5-7, 13-16) und eine klinische Untersuchung durchgeführt. Sein Bericht ist plausibel und nachvollziehbar und es bestehen keine konkreten Hinweise auf eine unrichtige oder unvollständige Beurteilung. In ihrer Stellungnahme vom 9. April 2013 (doc. 48) stellte die RAD-Ärztin ebenfalls fest, Dr. E._____ habe sich mit der Vorbeurteilung eingehend auseinandergesetzt. Zusätzlich zu den mitgebrachten radiologischen Befunden habe er neue radiologische Befunde aufgenommen und eine Laborkontrolle durchgeführt. Seine Überlegungen, die zur Diagnose geführt hätten, seien eingehend erläutert und die Beurteilung begründet worden. Die im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Arztberichte in rheumatologischer Hinsicht wecken keine Zweifel an dieser Beurteilung. Der Bericht von Dr. C._____ (B-act. 7 Beilage 10) stammt aus dem

Jahr 2007 und ist damit nicht mehr aktuell; die Bestätigung von Dr. C. _____ aus dem Jahr 2014 (B-act. 7 Beilage 9) bringt keine neuen Erkenntnisse. Der Bericht von Dr. K. _____ vom 19. Juni 2013 (alt B-act. 1 Beilage 6) erhebt zwar diverse somatische Diagnosen, diese werden aber nicht begründet; zudem wird auf eine laufende, d.h. noch nicht abgeschlossene ambulante Schmerztherapie hingewiesen. Diese Arztberichte vermögen deshalb die Beurteilung des Rheumatologen nicht in Zweifel zu ziehen; zudem haben Arztberichte behandelnder Ärzte laut Rechtsprechung des Bundesgerichts zumeist geringeren Beweiswert als Gutachten externer Spezialärzte (vgl. vorne E. 3.5). Das Gericht schliesst sich deshalb der Beurteilung des Rheumatologen und der RAD-Ärztin an. Dem rheumatologischen Teilgutachten kommt demnach volle Beweiskraft zu.

E. 7.1

Der Psychiater, Dr. F. _____, hält in seinem MEDAS-Teilgutachten fest, dass die von der Beschwerdeführerin mitgebrachten medizinischen Unterlagen ein (ängstlich-) depressives Syndrom in unterschiedlicher Ausprägung postulierten. Ein suizidales Syndrom werde für 2010/2011 als fraglich beurteilt. Anlässlich seiner Untersuchung seien die objektivierbaren psychopathologischen Befunde gering ausgeprägt; ein relevantes depressives Syndrom könne auch mit Hilfe des Tests MADRS nicht ausreichend objektiviert werden. Es sei zusammenfassend von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie einer Dysthymie (ICD-10: F34.1) auszugehen. Im Verlauf (seit 1998) sei es zu rezidivierenden übermässigen Einnahmen (Intoxikationen) ärztlich verordneter Medikamenten gekommen. Aufgrund der ab den 1990-Jahren angegebenen körperlichen Schmerzen sowie der nicht ausreichenden Erklärbarkeit des subjektiv genannten Ausmasses durch ein somatisches Korrelat sollte aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gemäss ICD-10: F45.4 eine anhaltende Schmerzstörung diskutiert werden. Die in der ICD-10 genannten diagnostischen Kriterien für diese Erkrankung seien jedoch nur teilweise oder nicht erfüllt: Nicht erfüllt seien a) das Kriterium der wiederholten Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar seien (organische Befunde werden teilweise genannt; keine hartnäckige Forderungen nach medizinischen Untersuchungen); b) das Kriterium, dass ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz vorliege, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden könne (Verdeutlichungstendenz, häusliche Aktivitäten, Anreise zur aktuellen Untersuchung, Intoxikationen erfüllten das Teilkriterium "quälend" nicht); c) das Kriterium, dass der Schmerz in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auftrete, die schwerwiegend genug seien, um als entscheidende ursächliche Faktoren gelten zu können (Die Zunahme emotionaler Konflikte sowie psychosozialer Belastungen sei weitgehend Folge des Schmerzsyndroms). Erfüllt sei das Kriterium, dass die allfälligen organischen Korrelate die vorhandene Schmerzsymptomatik nicht ausreichend erklärten. Teilweise erfüllt sei das Kriterium, dass damit die Folge einer beträchtlich gesteigerten persönlichen oder medizinischen Hilfe oder Unterstützung verbunden sei (in casu: berufliche und private Entlastung, Ausrichtung einer Rente). Damit seien die Kriterien für das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.40) weit überwiegend nicht erfüllt. Stattdessen sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10: F45.41 auszugehen, für welche die ICD-10 seit mindestens sechs Monaten bestehende, im Vordergrund stehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren

Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben, nenne. Psychischen Faktoren werde eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Der Schmerz verursache in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Die ICD-10 Kriterien hierfür seien weitgehend erfüllt. Die Ausprägung der Störung sei aber leicht, weshalb eine relevante Arbeitsunfähigkeit von über 20% von 100 aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht begründbar sei (doc. 29. S. 21-24). Zu den von der Beschwerdeführerin selbst mitgebrachten Arztberichten aus Kroatien für den Zeitraum von 2010 und 2012 führt der psychiatrische Gutachter aus, dass diese zwar u.a. schwere depressive Episoden, mit und ohne psychotische Symptome, eine depressive Störung sowie eine rezidivierende psychotische Depression festhielten, jedoch aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht relevante Angaben dazu fehlten, ebenso objektive psychopathologische Befunde und eine Diskussion der Diagnosen. Die Zeugnisse postulierten ein (ängstlich)-depressives Syndrom unterschiedlicher Ausprägung (S. 15/16). Auch die Zeugnisse von Dr. C._____, welche eine depressive Entwicklung, eine reaktive Depression, ein Fibromyalgie-Syndrom, Anpassungsstörungen mit langdauernder reaktiver Depression sowie im Jahr 2007 einen seit 2002 subjektiv und objektiv verschlechterten Gesundheitszustand beschrieben, enthielten keine weiteren aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht relevanten Angaben, objektive psychopathologische Befunde oder eine Diskussion der Diagnosen (S. 11-15).

E. 7.2.1

In psychiatrischer Hinsicht rügt die Beschwerdeführerin zunächst sinngemäss, die reaktive Depression allein sei invalidisierend (B-act. 7 Ziff. 1, 4). Sie sei in allen ärztlichen Berichten zu finden und würde auch im Fachgutachten von Dr. F._____ auf Seite 24 sowie in allen fachärztlichen Berichten und Befunden aus Kroatien ihren Niederschlag finden. Die Berichte von Dr. H._____, Oberarzt und Psychiater am Spitalzentrum Z._____, welcher die Beschwerdeführerin aktuell betreue, seien von erheblichem Beweiswert. Er habe die Beschwerdeführerin mehrfach persönlich untersucht und jeweils eine rezidivierende Störung diagnostiziert. Es liege eine psychische Komorbidität vor, welche für sich allein invalidisierenden Charakter habe. Eine erhebliche Besserung des Gesundheitszustandes und eine Verbesserung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit seien nicht eingetreten. Die Beschwerdeführerin stützt sich dabei insbesondere auf die im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichte aus Kroatien. Der Bericht der behandelnden Psychologin und Psychotherapeutin Prof. L._____ hält - nach einem Suizidversuch - ausgeprägte depressive Symptome und eine äusserst gedämpfte Stimmung fest (Diagnose nach ICD: F33.2); sie betrachtet die Beschwerdeführerin als arbeitsunfähig (Bericht vom 20. Juni 2013 [alt B-act. 1 Beilage 5]). Im Arztzeugnis von Dr. K._____ vom 19. Juni 2013 werden etliche Diagnosen aufgeführt (Beilage 6). Dr. H._____ (Psychiater) hält in seinem Bericht vom 17. April 2013 fest, der psychische Zustand werde weiterhin von einer depressiven Symptomatik dominiert, verstärkt durch das Schmerzsyndrom in der Wirbelsäule, und diagnostiziert ebenfalls F33.2 (alt B-act. 1 Beilage 7a). In seinem Bericht vom 13. Februar 2013 [alt B-act. 1 Beilage 7b]) beschreibt Dr. H._____ die Beschwerdeführerin als lustlos, sie habe eine depressive Stimmung und ausgeprägte Gedanken der Perspektivlosigkeit, ein Minderwertigkeitsgefühl, zahlreiche Somatisierungsstörungen sowie Durchschlaf- und Konzentrationsstörungen; sie distanzieren sich von Suizidgedanken. Auch der fachärztliche Befund der psychiatrischen Klinik des

Spitalzentrums Z. _____ vom 23. Januar 2013 erhebt die Diagnose F33.2 (alt B-act. 1 Beilage 8).

E. 7.2.2

Zunächst ist festzuhalten, dass das psychiatrische Teilgutachten die Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten erfüllt (vgl. vorne E. 3.6). Es beruht auf allseitigen Untersuchungen, die geklagten Beschwerden werden berücksichtigt, es wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben, die Darlegung der Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ist einleuchtet und die Schlussfolgerungen sind begründet. Der Psychiater hat sich auch ausführlich mit den von der Beschwerdeführerin mitgebrachten medizinischen Unterlagen aus den Jahren 2010 bis 2012 auseinandergesetzt. Die gute Qualität des Teilgutachtens wird auch von der RAD-Psychiaterin in ihren Stellungnahmen vom 22. Dezember 2012 (doc. 36 S. 6) und vom 9. April 2013 (doc. 48 S. 1) bestätigt. Sie hält zu den Ausführungen von Dr. F. _____ u.a. fest, er habe sich mit den Vorbefunden auseinandergesetzt und er habe darauf hingewiesen, dass bei den Vorbeurteilungen sich die Beurteilung nicht auf eine Befundgrundlage abgestützt hätte, die eine eindeutige Diagnose erlaube. Zu prüfen bleibt somit, ob die im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen in psychiatrischer Hinsicht Zweifel an den Feststellungen der Ärzte zu wecken vermögen.

E. 7.2.3

Zu den beschwerdeweise neu eingereichten medizinischen Unterlagen führt die RAD-Psychiaterin am 28. September 2013 (B-act. 7 Beilage 1) aus, sie halte an ihren Ausführungen fest. Den Berichten von Dr. H. _____ könne die Diagnose einer schweren depressiven Störung nicht entnommen werden. Im Bericht von Dr. K. _____ würden etliche Diagnosen gestellt, welche einer Behandlung zugänglich wären; Angaben zu den erhobenen Befunden in psychiatrischer Hinsicht fehlten. Der Bericht von Dr. L. _____ vom 20. Juni 2013 sei ohne Studium der Vorakten erstellt worden. Zudem seien die darin enthaltenen Angaben nicht belegt. Bereits im Einspracheverfahren hatte die RAD-Ärztin festgehalten, aus dem von der Beschwerdeführerin eingereichten Bericht des klinischen Krankenhauszentrums Z. _____ vom 23. Januar 2013 liessen sich keine neuen Erkenntnisse ableiten (doc. 48).

E. 7.2.4

Der RAD-Psychiaterin ist auch in Bezug auf deren Beurteilung der im Beschwerdeverfahren eingereichten Unterlagen zu folgen. Ihre Ausführungen sind schlüssig und plausibel. Die von den behandelnden Ärzten aus Kroatien immer wieder erwähnte reaktive Depression (F33.2) bzw. reaktive depressive Episode ist laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung in der Regel nicht rentenbegründend (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-924/2013 vom 24. Februar 2015 E. 4.4, unter Hinweis auf BGE 127 V 294 E. 4). Die Berichte sind damit nicht geeignet, Zweifel an der Beurteilung durch den psychiatrischen Gutachter und durch die RAD-Ärztin aufkommen zu lassen.

E. 7.2.5

Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass auch dem psychiatrische Teilgutachten voller Beweiswert zukommt, soweit die Rüge erhoben wird, bereits die reaktive Depression (allein) sei invalidisierend.

E. 7.2.6

Dem interdisziplinären Gesamtgutachten vom 30. Oktober 2013 kommt also sowohl in rheumatologischer als auch in psychiatrischer Hinsicht - vorbehaltlich der Frage nach den Auswirkungen der festgestellten Beschwerden ohne klinische Grundlage (PÄUSBONOG) auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. nachfolgend E. 7.3) - volle Beweiskraft zu. Dies wird von den IV-Ärzten bestätigt. Die IV-Psychiaterin führt aus, in den beiden Gutachten hätten keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Einschränkungen eruiert werden können. Die anhaltende Arbeitsunfähigkeit lasse sich medizinisch nicht nachvollziehen. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten Tätigkeit als Näherin/Mitarbeiterin Konfektion als auch in einer Verweistätigkeit zu 100% arbeitsfähig (Stellungnahme vom 22. Dezember 2012 [doc. 36 S. 1]). Der hohe subjektive Leidensdruck habe sich weder durch den Psychiater noch durch den Rheumatologen bestätigen lassen. Der IV-Arzt Dr. G. _____ hat sich in seiner Stellungnahme vom 15. Mai 2013 (doc. 52) der Beurteilung in somatischer Hinsicht angeschlossen.

E. 7.3.1

Zuletzt rügt die Beschwerdeführerin, die Vorinstanz bzw. die Ärzte hätten zwar Beschwerden gemäss Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG (PÄUSBONOG) festgestellt, jedoch die Frage nach der Zumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess gar nicht geprüft. Replikweise räumt sie eine Prüfung ein, diese sei jedoch mangelhaft erfolgt. Der Beschwerdeführerin sei eine willentliche Schmerzüberwindung aufgrund einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer nicht zumutbar. Auch das Alter der Beschwerdeführerin, die Bildung, die 14-jährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt sowie die gesundheitlichen Probleme schlossen einen Wiedereinstieg praktisch aus.

E. 7.3.2

Anlässlich der Rentenrevision im Jahr 2007 wurde die Rente vorwiegend aufgrund gesundheitlicher Beschwerden ohne klinischen Befund gewährt (generalisiertes Schmerzsyndrom mit Fibromyalgie, act. 38 S. 3, vgl. vorne E. 4). Diese Beschwerden wurden im Rahmen der vorliegenden Rentenrevision von Dr. E. _____ bestätigt (vgl. dessen Ausführungen in doc. 28 S. 10: "Somit kann ich die in den mir vorgelegten Berichten erwähnte Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms bestätigen").

E. 7.3.3

Das ärztlich bestätigte Vorliegen eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage (PÄUSBONOG) hat laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung zur Folge, dass nachfolgend zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführerin die willentliche Überwindung des Schmerzsyndroms zugemutet werden kann. Bejahendenfalls wäre die Rente in Anwendung von Bst. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 aufzuheben. Das Bundesgericht ist in seiner bisherigen Praxis von der Vermutung der Zumutbarkeit ausgegangen (BGE 131 V 49 E. 1.2). In Abkehr seiner bisherigen Praxis hat es am 3. Juni 2015 in BGE 141 V 281 ff. festgehalten, dass künftig in einem strukturierten Beweisverfahren das tatsächliche Leistungsvermögen betroffener Personen ergebnisoffen und einzelfallgerecht zu prüfen sei (vgl. dazu vorne E. 2.10). Im Ergebnis ist die erreichbare Leistungsfähigkeit nunmehr nach folgendem normativem Prüfungsraster zu beurteilen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3; Urteil des BVGer C-2788/2014 vom 17. September 2015 E. 5.6):

A. Kategorie "funktioneller Schweregrad" 1. Komplex "Gesundheitsschädigungen" a) Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde b) Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz c) Komorbiditäten 2. Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen 3. Komplex "Sozialer Kontext" B. Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens) 1. Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen 2. Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck. Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren gäben, verschafften den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken.

E. 7.3.4

Den Akten der Vorinstanz sind zur Frage der Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung folgende Stellungnahmen zu entnehmen:

E. 7.3.4.1

Dr. F. _____ führt in seinem MEDAS-Teilgutachten aus, mögliche Voraussetzungen für die Unzumutbarkeit einer Schmerzüberwindung könnten aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht u.a. sein: - das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer; - ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; und/oder - ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung. Alle 3 Gründe seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht vorhanden (vgl. doc. 29 S. 26/27 und 29).

E. 7.3.4.2

Die RAD-Ärztin hält in ihrer Stellungnahme vom 22. Dezember 2012 (Beilage III Fragebogen, doc. 36 S. 5) fest, dass keine psychiatrische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer ausgewiesen sei. Eine willentliche Schmerzüberwindung sei zumutbar. Zu weiteren gestellten Fragen auf dem Formular (Buchstaben A., B., C. und D.) im Zusammenhang mit der Zumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung nimmt die RAD-Ärztin nicht Stellung. In der zweiten Stellungnahme vom 9. April 2013 (doc. 48) hat sie sich zur Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung nicht geäußert. Auch Dr. G. _____ des medizinischen Dienstes der IV-Stelle hat sich in seiner Stellungnahme vom 15. Mai 2013 dazu nicht geäußert (doc. 52).

E. 7.3.4.3

Die Vorinstanz legt in ihrer internen Abklärung vom 12. Juni 2013 (doc. 54) dar, Aufgabe des begutachtenden Arztes bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen sei es, sich dazu zu äussern, ob eine psychische Komorbidität oder weitere Umstände gegeben seien, welche die Schmerzbewältigung im Hinblick auf eine Erwerbstätigkeit behinderten. Gestützt darauf hätten die rechtsanwendenden Behörden zu entscheiden, ob der Gesundheitsschaden invalidisierend sei, d.h. zu prüfen, ob eine festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich sei und ob einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorlägen, um gesamthaft den Schluss auf eine im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung zuzulassen. Dr. F. _____ habe in seinem Gutachten zu den erwähnten Fragen aus psychiatrischer Sicht Stellung genommen,

die Zumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung jedoch nicht abschliessend beurteilt; die Frage sei jedoch anhand des bidisziplinären Gutachtens verwaltungsintern beurteilt worden. Es lägen keine psychiatrische Komorbidität oder sonstige erheblichen Funktionsstörungen vor; zudem lägen keine weiteren Kriterien in erheblichem Ausmass vor, die eine Schmerzüberwindung in Frage stellten. Eine Erwerbstätigkeit sei aus objektiver Sicht zumutbar (doc. 54 S. 3).

E. 7.3.4.4

Der Rheumatologe hat sich in seinem (Teil-)Gutachten nicht zur Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung geäussert.

E. 7.3.5.1

Den vorstehenden Stellungnahmen ist zu entnehmen, dass die Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung zwar diskutiert worden ist, jedoch auch im Hinblick auf die altrechtliche Praxis nicht abschliessend, wie die Vorinstanz selber einräumt. In den Akten finden sich - gestützt auf eigene Untersuchungen - dazu nur die Ausführungen von Dr. F._____ auf S. 26/27. Dort legt er lediglich kurz - im Rahmen einer halben Seite - dar, warum die drei möglichen Gründe für die Unzumutbarkeit einer Schmerzüberwindung nicht vorhanden seien (vgl. vorne E. 7.3.4.1). Die RAD-Ärztin hat sich ebenfalls nicht vollumfänglich mit der Frage auseinandergesetzt (vgl. vorne 7.3.4.2). Dies führt vorliegend dazu, dass Zweifel an der Beurteilung der Ärzte in Bezug auf die Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung - auch im Hinblick auf die altrechtliche Praxis - aufkommen.

E. 7.3.5.2

Hinzu kommt, dass die Frage der Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung nicht im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens geprüft worden ist, da der neueste Entscheid des Bundesgerichts zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung noch nicht bekannt war. Die Prüfung entspricht damit nicht den neusten - detaillierten - bundesgerichtlichen Anforderungen (vgl. vorne 6.2). Das Gutachten von Dr. F._____ verliert zwar im Hinblick auf die Frage der Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung nicht a priori seinen Beweiswert; ein abschliessendes Abstellen auf dieses hält jedoch vor Bundesrecht nicht stand, da Abklärungsdichte und -tiefe angesichts der detaillierten bundesrechtlichen Anforderungen ungenügend sind (vgl. dazu BGE 141 V 281 E. 8 und zur allfälligen Nichtberücksichtigung der neuesten bundesgerichtlichen Rechtsprechung im Rahmen von Revisionen: Urteil 8C_590/2015 vom 24. November 2015 E. 5.3). Das Gutachten von Dr. F._____ ist zur Frage der Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung von eingeschränktem Beweiswert, analog dem Beweiswert eines altrechtlichen medizinischen Gutachtens vor der Veröffentlichung des Bundesgerichtsentscheides BGE 137 V 210.

E. 7.3.5.3

Die Arztberichte aus Kroatien sind zudem - in ihrer Gesamtheit - geeignet, weitere Zweifel an der gutachterlichen Feststellung zur Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung aufkommen zu lassen, auch wenn deren Beweiswert eingeschränkt ist.

E. 7.3.6

Vorliegend erfüllt die Beschwerdeführerin zwar die beiden eine Revision nach den Schlussbestimmungen ausschliessenden Kriterien (vgl. vorne E. 4.4) jeweils knapp nicht. Dennoch lassen das Alter der Beschwerdeführerin (zum Zeitpunkt der Verfügung war sie 55 Jahre alt, heute 57), die mittlerweile 17- bzw. 19-jährige Abwesenheit vom

Arbeitsmarkt, die subjektive Schwere der Schmerzen (vgl. psychiatrisches Gutachten, doc. 29 S. 9-11) sowie die Arztberichte aus Kroatien - zusätzlich zu den nicht abschliessenden Abklärungen - Zweifel an der vorinstanzlichen Beurteilung der Frage nach der Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung aufkommen. Somit kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin ihre Schmerzen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwinden und sich in den Arbeitsprozess reintegrieren kann. Der Sachverhalt ist damit nicht vollständig abgeklärt (vgl. Art. 43 ff. ATSG sowie Art 12 VwVG).

E. 8

Die Beschwerde ist daher insofern gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 12. Juli 2013 aufzuheben und die Sache gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG mit der Anweisung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, eine ergänzende Begutachtung zur Frage der Zumutbarkeit der Schmerz-überwindung im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 141 V 281 ff.) durchführen zu lassen und anschliessend neu zu verfügen. Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die der Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung an die IVSTA entgegenstehen würden, da ergänzende Abklärungen zur Frage der Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung vorzunehmen sind (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

E. 9

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 9.1

Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der beschwerde-führenden Partei gilt, sind weder der Beschwerdeführerin noch der Vorinstanz Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 e contrario und 2 VwVG; vgl. BGE 132 V 215 E. 6.1). Der im Verfahren C-4633/2013 geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihr anzugebendes Konto zurückzuerstatten.

E. 9.2

Die durch einen Anwalt vertretene Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. VGKE). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.- (inklusive Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. Urteil des BVGer C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) gerechtfertigt.

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