



---

Abteilung III  
C-2339/2014

## Urteil vom 16. Juni 2016

---

Besetzung

Richterin Franziska Schneider (Vorsitz),  
Richter David Weiss, Richter Michael Peterli,  
Gerichtsschreiber Michael Rutz.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_,  
vertreten durch Antonius Falkner, Rechtsanwalt,  
Beschwerdeführerin,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenaufhebung, Verfügung vom  
19. März 2014.

**Sachverhalt:****A.**

Die 1967 geborene, heute in ihrer Heimat Türkei wohnhafte A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte oder Beschwerdeführerin) war in den Jahren 1983 bis 1997 in der Schweiz als Hilfsarbeiterin in einer Fabrik erwerbstätig und meldete sich am 29. März 1999 bei der IV-Stelle des Kantons (...) unter Hinweis auf Rückenprobleme zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an (Akten der IV-Stelle des Kantons [...] [nachfolgend: IV-act.] 1). Die kantonale IV-Stelle klärte die medizinischen und wirtschaftlichen Verhältnisse ab und holte insbesondere ein rheumatologisches Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 7. März 2001 ein (IV-act. 30). Gestützt darauf ermittelte sie einen Invaliditätsgrad von 75 % und sprach der Versicherten mit Verfügung vom 27. Juni 2001 rückwirkend ab 1. März 1998 eine ganze Invalidenrente samt Kinderrenten zu (IV-act. 12). In der Folge bestätigte die kantonale IV-Stelle gestützt auf einen beim Hausarzt der Versicherten, Dr. med. C. \_\_\_\_\_, eingeholten IV-Arztbericht vom 16. September 2005 (IV-act. 52 und 53) mit Mitteilung vom 27. Januar 2006 den Anspruch auf eine ganze Rente bei unverändertem Invaliditätsgrad von 75 % (IV-act. 54).

**B.**

Infolge Wegzugs der Versicherten in die Türkei übermittelte die kantonale IV-Stelle das Rentendossier am 31. Mai 2006 der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) zur weiteren Bearbeitung (IV-act. 64).

**C.**

Im Rahmen eines von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens nahm der medizinische Dienst der IVSTA am 2. Juli 2011 Stellung (IVSTA-act. 4). Die Versicherte reichte am 27. Dezember 2011 den ausgefüllten Revisionsfragebogen (IVSTA-act. 10) sowie am 15. Februar 2012 (Eingang) Laborberichte und Berichte behandelnder Ärzte aus der Türkei ein (IVSTA-act. 11-29). Daraufhin holte die IVSTA beim Zentrum D. \_\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten vom 11. Juni 2012 ein (IVSTA-act. 46). Am 3. Juli 2012 teilte die Versicherte mit, dass bei ihr ein Gebärmuttertumor festgestellt worden sei, welcher in der folgenden Woche operiert werden müsse (IVSTA-act. 47). Sie reichte am 8. August 2012 entsprechende Arztberichte ein (IVSTA-act. 50-52). Im Hinblick auf die Überprüfung des Rentenanspruchs gestützt auf die am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a legte die IVSTA am 9. August

2012 das Gutachten des Zentrums D. \_\_\_\_\_ vom 11. Juni 2012 ihrem medizinischen Dienst vor (IVSTA-act. 54), der dazu am 19. August 2012 Stellung nahm (IVSTA-act. 55). Gestützt darauf ermittelte die IVSTA einen Invaliditätsgrad von 18 % seit 11. Juni 2012 (IVSTA-act. 56). Nachdem der Fall im Rahmen einer interdisziplinären Besprechung vom 6. Dezember 2012 von den Ärzten des medizinischen Dienstes besprochen worden war (IVSTA-act. 59), stellte die IVSTA der Versicherten mit Vorbescheid vom 12. Juni 2013 die Aufhebung der Rente in Aussicht (IVSTA-act. 63). Dagegen liess die Versicherte am 15. Juli 2013 (IVSTA-act. 64) und 19. August 2013 Einwände erheben (IVSTA-act. 64 und 66). Am 18. September 2013 reichte sie zudem medizinische Unterlagen aus der Türkei ein (IVSTA-act. 68-75). Daraufhin holte die IVSTA eine weitere Beurteilung ihres medizinischen Dienstes ein (Protokoll der interdisziplinären Besprechung vom 19. Dezember 2013; IVSTA-act. 80) und hob mit Verfügung vom 19. März 2014 die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente per Ende April 2014 auf. Einer gegen diese Verfügung gerichteten Beschwerde entzog sie die aufschiebende Wirkung (IVSTA-act. 82).

**D.**

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter mit Eingabe vom 30. April 2014 (Poststempel) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte, dass ihr weiterhin die seit März 1998 zuerkannte, ganze Invalidenrente auszurichten sei. Eventualiter sei die Streitsache an die Vorinstanz zur Einholung ergänzender ärztlicher Berichte zurückzuweisen. Zudem ersuchte sie um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung (BVGer-act. 1).

**E.**

Der mit Zwischenverfügung vom 7. Mai 2014 bei der Beschwerdeführerin eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.– (BVGer-act. 2) wurde am 9. Mai 2014 geleistet (BVGer-act. 4).

**F.**

Die Vorinstanz beantragte in ihrer auf die Frage der aufschiebenden Wirkung beschränkten Vernehmlassung vom 26. Mai 2014, dass diese nicht wiederherzustellen sei (BVGer-act. 5).

**G.**

Mit Zwischenverfügung vom 10. Juni 2014 wurde das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung abgewiesen (BVGer-act. 6).

**H.**

Die Vorinstanz schloss in ihrer Vernehmlassung zur Hauptsache vom 29. Juli 2014 auf Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 9).

**I.**

In ihrer Replik vom 12. September 2014 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (BVGer-act. 11).

**J.**

Die Vorinstanz verzichtete mit Eingabe vom 25. September 2014 auf eine weitere Stellungnahme und verwies auf ihre Vernehmlassung (BVGer-act. 13), worauf der Schriftenwechsel mit verfahrensleitender Verfügung vom 6. Oktober 2014 abgeschlossen wurde (BVGer-act. 14).

**K.**

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

**Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:****1.**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

**2.**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 19. März 2014, mit welcher die Vorinstanz die bisher ausgerichtete Invalidenrente der Beschwerdeführerin auf der Grundlage von Bst. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes

Massnahmenpaket [AS 2011 5659]; nachfolgend: SchlBst. IVG) aufgehoben hat. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente hat.

### **3.**

**3.1** 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).

**3.2** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 19. März 2014) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

**3.3** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1),

weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 19. März 2014 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a], AS 2011 5659); weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

#### 4.

In formeller Hinsicht sieht die Beschwerdeführerin ihren Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt, weil die Vorinstanz den angeordneten Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde in der angefochtenen Verfügung weder begründet noch vorgängig mittels Vorbescheid mitgeteilt habe. Hierzu ist festzuhalten, dass die Vorinstanz nicht verpflichtet war, der Beschwerdeführerin speziell in Bezug auf den Entzug der aufschiebenden Wirkung das rechtliche Gehör zu gewähren, da sie sich zur Sache als solche vor Erlass der angefochtenen Verfügung äussern konnte (vgl. URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, S. 464 Rz. 2380 mit Hinweis auf das Urteil des BGer 2A.619/2002 vom 20. März 2003 E. 3). Ob eine Verletzung der Begründungspflicht vorliegt, kann offenbleiben, da nicht von einer besonders schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs auszugehen und diese als ausnahmsweise geheilt zu betrachten wäre, zumal die Beschwerdeführerin in der Lage war, den angeordneten Entzug der aufschiebenden Wirkung sachgerecht anzufechten und Gelegenheit hatte, sich vor dem mit voller Kognition ausgestatteten Bundesverwaltungsgericht vor Erlass der Zwischenverfügung vom 10. Juni 2014, mit der das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung abgewiesen wurde, zu äussern (vgl. dazu BGE 127 V 431 E. 3d/aa).

#### 5.

**5.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der

gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**5.2** Nach Bst. a Abs. 1 SchIBst. IVG 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 SchIBst. 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.

**5.3** 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, 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; 125 V 256 E. 4).

**5.4** 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, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

**5.5** Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise

sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Solche Indizien können sich aus dem Gutachten selber ergeben (z.B. innere Widersprüche, mangelnde Nachvollziehbarkeit) oder auch aus Unvereinbarkeiten mit anderen ärztlichen Stellungnahmen (Urteil des BGer 9C\_49/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 4.1).

## **6.**

Zu prüfen ist zunächst, ob sich die Vorinstanz bei der Rentenaufhebung zu Recht auf Bst. a SchIBst. IVG gestützt hat. In dieser Hinsicht ist zu klären, ob dem Vorgehen der Vorinstanz eine der in Bst. a Abs. 4 SchIBst. IVG genannten Ausnahmesituationen entgegensteht und ob die Zusprechung der Invalidenrente auf einer von Bst. a SchIBst. IVG erfassten gesundheitlichen Beeinträchtigung erfolgte.

**6.1** Die Beschwerdeführerin bezieht seit 1. März 1998 eine ganze Rente der schweizerischen Invalidenversicherung. Bei Revisionsverfahren, welche – wie hier – noch vor dem Inkrafttreten der 6. IV-Revision eingeleitet wurden, bildet der 1. Januar 2012 als erster Tag der dreijährigen Umsetzungsfrist gemäss Bst. a Abs. 1 SchIBst. IVG den fiktiven Anknüpfungspunkt für die Ermittlung der massgebenden Rentenbezugsdauer (BGE 140 V 15 E. 5.3.5; Urteil des BGer 8C\_576/2014 vom 20. November 2014 E. 4.3.2). Im Zeitpunkt der Einleitung der Überprüfung lag somit noch kein über 15-jähriger Rentenbezug vor. Bei Inkrafttreten der Änderung am 1. Januar 2012 war die Beschwerdeführerin zudem noch nicht 55 Jahre alt, weshalb keiner der Ausschlussgründe nach Bst. a Abs. 4 SchIBst. IVG gegeben ist. Da die Überprüfung der Rente innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Änderungen erfolgte, ist Bst. a SchIBst. IVG in formeller Hinsicht anwendbar, was von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten wird.

**6.2** In materieller Hinsicht ergibt sich die Anwendbarkeit von Bst. a SchIBst. IVG ausschliesslich aus der Natur des Gesundheitsschadens, auf dem die Rentenzusprechung beruhte (vgl. Urteil des BGer 9C\_379/2013 vom 13. November 2013 E. 3.2.3). Unklare Beschwerdebilder, wie sie in den SchIBst. IVG vorausgesetzt werden, charakterisieren sich durch den Umstand, dass mittels klinischer Untersuchungen weder Pathologie noch Ätiologie nachweisbar oder erklärbar sind (vgl. Urteil des BGer 8C\_654/2014 vom 6. März 2015 mit Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 9.4). Mit Blick auf die Zielsetzung von Bst. a SchIBst. IVG kommt es dabei auf die Natur des Gesundheitsschadens an und nicht auf eine präzise Diagnose (vgl. Urteil des BGer 9C\_384/2014 vom 10. Juli 2014 E. 3.2). Nach BGE 140 V 197 E. 6

sind vom Anwendungsbereich von Bst. a SchIBst. IVG laufende Renten nur auszunehmen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden beruhen. Lassen sich unklare Beschwerden von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf erstere Anwendung finden. Eine Herabsetzung oder Aufhebung unter dem Titel von Bst. a SchIBst. IVG fällt lediglich dann ausser Betracht, wenn unklare und erklärbare Beschwerden zwar diagnostisch unterscheidbar sind, aber bezüglich der darauf zurückzuführenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit keine exakte Abgrenzung erlauben (vgl. Urteil des BGer 9C\_106/2015 vom 1. April 2015 E. 2.2).

**6.3** Die ursprüngliche Rentenzusprache (Verfügung vom 27. Juni 2001) beruhte auf der Annahme einer Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 100 % in der bisherigen Tätigkeit als Hilfsarbeiterin sowie von 70 % bis 80 % in einer leidensangepassten Tätigkeit. Diese Einschätzung gründete im Wesentlichen auf dem Gutachten vom 7. März 2001 von Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, in dem folgende Diagnosen genannt wurden:

- Primäres Fibromyalgiesyndrom
- Panvertebrales Schmerzsyndrom bei:
  - Hohl- und Rundrücken
  - Muskulärer Dysbalance mit Haltungsinsuffizienz
- Somatoforme Schmerzstörung mit Symptomausweitung
- Diabetes mellitus Typ II
- Adipositas
- Status nach Vitamin-D-Mangel

Der Gutachter kam damals zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin in einer Fabrik nicht mehr arbeitsfähig sei. Leichte Arbeiten ausser Haus seien ihr stundenweise im Rahmen von 20 % bis 30 % eines vollen Arbeitspensums möglich und zumutbar. Bei der Haushaltsarbeit bestehe eine Einschränkung von ungefähr 20 % (IV-act. 30).

**6.4** In der Beschwerde wird geltend gemacht, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Rentenzusprache im Jahr 2001 an einer Vielzahl verschiedener Beschwerden gelitten habe, die nicht alle den pathogenetisch-äti-

logisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage zugeordnet werden könnten. Jedenfalls handle es sich beim panvertebralen Schmerzsyndrom bei Hohl- und Rundrücken sowie muskulärer Dysbalance, dem Diabetes mellitus Typ II und auch der Adipositas um objektivierbare Krankheitsbilder mit klar fassbarer organischer Grundlage.

**6.5** Die Vorinstanz hält dem entgegen, dass im Zeitpunkt der Berentung als Hauptdiagnosen pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage (primäre Fibromyalgie und somatoforme Schmerzstörung) festgestellt worden seien. Daneben seien diverse erklärbare Nebendiagnosen gestellt worden, die jedoch die Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit nicht beeinflusst hätten.

**6.6** Es trifft zwar zu, dass im Zeitpunkt der Rentenzusprache neben dem Fibromyalgiesyndrom und der somatoformen Schmerzstörung, die als unklare Beschwerdebilder im Sinne von Bst. a SchlBst. IVG (BGE 139 V 547 E. 2.2) gelten, auch teilweise organisch erklärbare Diagnosen gestellt wurden. Die der ursprünglichen Rentenverfügung zugrundeliegende Arbeitsunfähigkeit von 70 % bis 80 % in einer leidensangepassten Tätigkeit, resultiert jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hauptsächlich aus der diagnostizierten Fibromyalgie bzw. der somatoformen Schmerzstörung und nicht aus somatischen Beeinträchtigungen, zumal bei der Beschwerdeführerin zu keinem Zeitpunkt wesentliche somatische Befunde erhoben wurden, welche das Ausmass der geklagten Beschwerden und der festgelegten Arbeitsunfähigkeit zu erklären vermochten. Organisch nachweisbare Funktionsausfälle wurden nicht nachgewiesen. In Bezug auf das diagnostizierte panvertebrale Schmerzsyndrom hat Dr. med. B.\_\_\_\_\_ eine Fehlhaltung der Wirbelsäule und eine muskuläre Dysbalance beschrieben, jedoch keinerlei relevante pathologische Befunde erhoben. Auch im Bericht der neurologischen Klinik des Universitätsspitals (...) vom 29. April 1998, der auf einer interdisziplinären Untersuchung beruht, wurden klinisch normale Verhältnisse im Bereich der Wirbelsäule beschrieben und neben dem primären Fibromyalgie-Syndrom keine körperliche oder psychische Begleiterkrankung festgestellt (IV-act. 24). So geht auch Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom medizinischen Dienst der Vorinstanz in seiner Stellungnahme vom 2. Juli 2011 davon aus, dass die Rente gestützt auf die rheumatologische Expertise von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 7. März 2001 aufgrund einer Fibromyalgie und einer somatoformen Schmerzstörungen zugesprochen wurde (IVSTA-

act. 4). Schliesslich wird auch im aktuellen Gutachten des Zentrums D. \_\_\_\_\_ vom 11. Juni 2012 festgehalten, dass die geklagten Schmerzen bei früheren Untersuchungen auf kein strukturelles, organisches Korrelat hätten zurückgeführt werden können (IVSTA-act. 46 S. 30). Die diagnostizierte Adipositas stellt grundsätzlich kein invalidisierendes Leiden dar (vgl. Urteil des BGer 9C\_780/2015 vom 7. Januar 2016 E. 3.3.2). Was den Diabetes mellitus Typ II anbelangt, so hat Dr. med. B. \_\_\_\_\_ ausdrücklich festgehalten, dass dieser keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hatte.

**6.7** Auch aus der revisionsweisen Bestätigung des Rentenanspruchs bei unverändertem Invaliditätsgrad (Mitteilung vom 30. April 2006; IV-act. 54) gestützt auf den Bericht vom Hausarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 16. September 2005 (IV-act. 53) ergibt sich nichts anderes. Einerseits fand in diesem Revisionsverfahren keine umfassende Sachverhaltsabklärung statt. Andererseits hielt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht ausdrücklich fest, dass sich die Beschwerden des Bewegungsapparats nicht geändert hätten. Das neu diagnostizierte metabolische Syndrom hatte keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, wie Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom medizinischen Dienst der Vorinstanz in seiner Stellungnahme vom 2. Juli 2011 überzeugend ausführte, obwohl Dr. med. C. \_\_\_\_\_ diese unter den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte (IVSTA-act. 4). Schliesslich ist davon auszugehen, dass auch die von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ genannte Depressivität ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit blieb. Abgesehen davon, dass Dr. med. C. \_\_\_\_\_ nicht über eine psychiatrische Facharztausbildung verfügt, ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die von ihm genannte Depressivität als ein eigenständiges Krankheitsbild zu werten ist, zumal keine ausgeprägte depressive Symptomatik beschrieben wurde.

**6.8** Selbst wenn im Zeitpunkt der Berentung gewisse somatische Befunde erhoben werden konnten und insoweit eine teilweise organische Ursache vorhanden war, steht dies der Einordnung des Gesamtleidens als unklares Beschwerdebild nicht entgegen, wenn diese wie hier nur eine untergeordnete Bedeutung erlangt und somit nicht selbstständig zur Begründung des Rentenanspruches beigetragen haben (vgl. Urteile des BGer 9C\_843/2014 vom 4. September 2015 E. 5.3 und 8C\_51/2016 vom 5. April 2016 E. 4.2). Wenn die Vorinstanz gestützt auf die Einschätzung ihres medizinischen Dienstes vom 7. Dezember 2012 (IVSTA-act. 59) davon ausgeht, dass die damals im Sinne der Rechtsprechung erklärbaren Beschwerden nur untergeordnete Bedeutung hatten und somit nicht selbstständig zur Begründung des Rentenanspruches beigetragen haben, ist das nicht zu beanstanden.

**6.9** Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass eine Rentenrevision unter dem Rechtstitel der Bst. a Abs. 1 SchlBst. IVG zulässig ist, wobei der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig, das heisst mit Bezug auf jedes Sachverhaltssegment zu prüfen ist (Urteile des BGer 9C\_813/2008 vom 8. April 2009 E. 4.1 und 9C\_206/2010 vom 8. Oktober 2010 E. 3.1 je mit Hinweisen). Zulässig ist dabei auch eine Neubeurteilung eines im Wesentlichen nicht verbesserten Gesundheitszustandes.

## **7.**

Aus den im Rahmen der Prüfung des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin unter dem Titel von Bst. a Abs. 1 SchlBst. IVG eingereichten bzw. eingeholten medizinischen Akten ergibt sich im Wesentlichen Folgendes:

**7.1** Laut verschiedenen Berichten behandelnder Ärzte aus der Türkei leidet die Beschwerdeführerin an einem Diabetes mellitus Typ II und an einer Hypertension und wird deswegen medikamentös behandelt (Bericht des Universitätsspitals vom 28. Januar 2011, IVSTA-act. 23; Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2011, IVSTA-act. 22; Bericht des Privatspitals G.\_\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2011, IVSTA-act. 19-20). Im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2011 werden überdies eine Angststörung, eine Anämie sowie eine Fibromyalgie genannt (IVSTA-act. 21).

**7.2** Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom medizinischen Dienst der IVSTA, hielt in seiner Stellungnahme vom 2. Juli 2011 als Diagnosen eine Fibromyalgie, eine somatoforme Schmerzstörung, ein Panvertebralsyndrom bei Haltungsinsuffizienz und muskulärer Dysbalance, ein Diabetes Typ II und eine Adipositas fest (IVSTA-act. 4).

**7.3** Im auf allgemein medizinischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen beruhendem Gutachten des Zentrums D.\_\_\_\_\_ vom 11. Juni 2012 (IVSTA-act. 46) wurde folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

- Unspezifisches, chronisches und generalisiertes, vorwiegend tendomyotisches Schmerzsyndrom ohne organisches Korrelat

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter:

- Metabolisches Syndrom mit/bei:
  - Adipositas Grad II nach WHO (BMI von 35.5 kg/m<sup>2</sup>)

- insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2, schlecht eingestellt (HbA1c > 10 %)
- schwerer arterieller Hypertonie, schlecht eingestellt
- massiver Dyslipidämie, unbehandelt
- Medikamentös-induzierte Kopfschmerzen bei Schmerzmittelabusus
- Thalassaemia minor

Die Gutachter hielten fest, dass die Beschwerden der Beschwerdeführerin aus interdisziplinärer Sicht im Sinne eines unspezifischen, mittlerweile generalisierten und chronifizierten Schmerzbildes mit Symptomausweitung interpretiert werden müssten. Die zuletzt ausgeführte Tätigkeit am Fließband sei vor allem wegen der rein stehenden, nach vorne geneigten Arbeitshaltung und den repetitiv-uniformen Bewegungsabläufen für die Beschwerdeführerin mit einer chronischen Schmerzerkrankung eher ungünstig und sei ihr nicht mehr zumutbar. Jedoch könne aus interdisziplinärer Sicht für eine wechselbelastende, körperlich leichte oder auch mittelschwere Tätigkeit kein Grund für eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gefunden werden. Die Beschwerdeführerin sei für solche Tätigkeiten zu 100 % und vollschichtig arbeitsfähig. Wegen des insulinpflichtigen Diabetes mellitus seien Schicht- und Fließbandarbeiten nicht mehr geeignet. Zudem sollte die Beschwerdeführerin die Möglichkeit haben, unter sauberen Bedingungen ihre Blutzuckerwerte zu messen und ihr Insulin zu applizieren. Aus interdisziplinärer Sicht müsse retrospektiv angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin bereits zum Zeitpunkt ihrer Berentung für eine behinderungsangepasste Tätigkeit voll arbeitsfähig gewesen sei.

**7.4** Am 3. Juli 2012 hat die Beschwerdeführerin der Vorinstanz telefonisch mitgeteilt, dass bei ihr ein Gebärmutterhalstumor festgestellt worden sei, der operativ entfernt werden müsse (IVSTA-act. 47). Sie hat daraufhin zwei Biopsieberichte vom 29. Juni und 14. Juli 2012 (IVSTA-act. 51 und 52) sowie einen Austrittsbericht des H. \_\_\_\_\_ Krankenhauses eingereicht (IVSTA-act. 53), wonach ihr im Rahmen einer Hospitalisation vom 9. bis 14. Juli 2012 operativ eine Ovarialzyste entfernt worden sei. Der behandelnde Gynäkologe nannte die folgenden Diagnosen: Diabetes Mellitus (E13), endometriale adenomatöse Hyperplasie (N85.1), entwicklungsorientierte Ovarialzyste (Q50.1) und Leiomyom des Uterus (D25).

**7.5** Der IV-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nahm zum Gutachten des Zentrums D. \_\_\_\_\_ und den neuen ärztlichen Berichten aus der Türkei am 19. August 2012 Stellung (IVSTA-act. 55). Er hielt fest, dass am 11. Juni 2012 eine sehr gute Untersuchung der Beschwerdeführerin durchgeführt worden sei, die sämtliche Aspekte beleuchte. Die psychiatrische Untersuchung bestätige weder zu früheren Zeiten noch aktuell eine signifikante Psychopathologie. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ hat die Diagnosen der D. \_\_\_\_\_-Gutachter übernommen und eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit sowie von 0 % in einer angepassten Verweistätigkeit festgelegt. Er hielt überdies fest, dass die Unterlagen aus der Türkei die bekannten Probleme schildern würden. Im Weiteren habe die Beschwerdeführerin wegen gynäkologischer Probleme behandelt werden müssen, was allerdings keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Der Zustand der Beschwerdeführerin habe sich seit der Berentung nicht geändert, die initiale Beurteilung sei aber nicht korrekt gewesen. Der IV-Arzt legte das folgende Zumutbarkeitsprofil fest: stehende Tätigkeit, keine schweren Arbeiten, Heben von Gewichten bis max. 8 kg. Als zumutbare Verweistätigkeiten bezeichnete er folgende Tätigkeiten: Park- und Museumswächterin, Tätigkeit im Verkauf per Korrespondenz, Billetverkäuferin, Tätigkeit in der Registrierung, Klassierung und Archivierung, Telefonistin, Tätigkeit in der Dateneingabe oder der Datenscannung.

**7.6** Am IV-ärztlichen Rapport vom 6. Dezember 2012 wurde das medizinische Dossier der Beschwerdeführerin besprochen. Im entsprechenden Protokoll wurde festgehalten, dass im Gutachten des Zentrums D. \_\_\_\_\_ die medizinische Situation und Entwicklung einleuchtend dargestellt würden. Der Umstand, dass die Haushaltsarbeiten und die Kinderbetreuung von der Familie übernommen würden, erlaube es der Beschwerdeführerin, wieder eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit im Sinn von Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Rente sei gestützt auf Bst. a Abs. 1 SchIBst. IVG aufzuheben (IVSTA-act. 59).

**7.7** Einwandweise reichte die Beschwerdeführerin die folgenden medizinischen Unterlagen aus der Türkei ein:

**7.7.1** Im Bericht vom 9. Februar 2013 der Privatklinik G. \_\_\_\_\_ werden eine arteriosklerotische Herzkrankheit, eine essentielle Hypertension, eine Hyperlipidämie sowie ein Diabetes mellitus Typ II genannt (IVSTA-act. 74).

**7.7.2** Im Medikamenten-Gebrauchsanweisungsbericht vom 29. April 2013 des staatlichen Krankenhauses der Region J. \_\_\_\_\_ werden ein nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus, ohne Komplikationen (E11.9), eine essentielle (primäre) Hypertension (I10) und eine Hyperlipidämie (E78.4) aufgeführt (IVSTA-act. 75).

**7.7.3** Im Bericht vom 2. Juli 2013 der Privatklinik G. \_\_\_\_\_ wurde eine essentielle, primäre Hypertension (I10) diagnostiziert (IVSTA-act. 72).

**7.7.4** Im Bericht vom 27. August 2013 des staatlichen Krankenhauses der Region J. \_\_\_\_\_ werden als Diagnosen Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) und eine generalisierte Angststörung (F 41.1) aufgeführt. Die Patientin komme seit 9 Monaten regelmässig zur Behandlung (IVSTA-act. 73).

**7.7.5** Im Bericht vom 28. August 2013 der Privatklinik K. \_\_\_\_\_ werden eine bipolare Depression (F31-F34) (F38-F39), wiederkehrende depressive Störungen, aktuell schwere und starke psychologische Anfälle (F33.2) und eine Migräne (G48) genannt (IVSTA-act. 71).

**7.7.6** Im Bericht vom August 2013 des staatlichen Krankenhauses der Region J. \_\_\_\_\_ wird festgehalten, dass die Beschwerdeführerin wegen Diabetes Typ II behandelt werde. Obwohl sie dreimal täglich Insulin anwende, sei ihr Blutzuckerwert nicht regulär und behindere sie bei ihren täglichen Aktivitäten (IVSTA-act. 70).

**7.8** Der medizinische Dienst der Vorinstanz hielt im Rahmen eines Reports vom 19. Dezember 2013 fest, dass sich die neuen Dokumente aus der Türkei aus somatischer Sicht auf eine gynäkologische Intervention bezögen. Diese habe keine dauerhaften Konsequenzen für die Arbeitsfähigkeit. Die IV-Ärzte hielten zudem fest, dass weder der Diabetes noch die Hypertension schwere Komplikationen verursachten. Die bei der Koronar-Angiographie festgestellten Werte (Bericht vom 9. Februar 2013) befänden sich im Normbereich. Aus psychiatrischer Sicht werde im Bericht vom 28. August 2013 der Privatklinik K. \_\_\_\_\_ eine bipolare Depression diagnostiziert. Diese Diagnose gehöre zur Diagnosegruppe F31 (bipolare affektive Störungen), währenddem die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen zur Diagnosegruppe F33 (rezidivierende depressive Störung) gehöre. Diese entspreche nicht dem Code F33.2 wie angegeben, sondern dem Code F33.3.

Diese Einschätzung sei in Bezug auf die am Tag zuvor vom Arzt des staatlichen Krankenhauses der Region J. \_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen nicht glaubwürdig. Dieser habe Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) sowie eine generalisierte Angststörung (F41.1) diagnostiziert. Diese Diagnosen gehörten zur Diagnosegruppe F40 bis F48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen). Die neuen Berichte enthielten weder eine Anamnese noch eine Beschreibung der Symptome oder der Funktionseinschränkungen. Das Gutachten des Zentrums D. \_\_\_\_\_ sei daher nicht anzuzweifeln. Die einwandweise vorgebrachte Argumentation des Rechtsvertreters, wonach sich die Reise in die Schweiz zur Begutachtung entspannend auf die Beschwerdeführerin ausgewirkt habe, da diese sich aus ihrem Umfeld in der Türkei haben herauslösen können, zeige auf, dass sozio-kulturelle Faktoren vorhanden seien. Es liege folglich keine psychische Störung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor (IVSTA-act. 80).

## **8.**

Zu prüfen ist im Folgenden, ob die Vorinstanz insbesondere gestützt auf das Gutachten des Zentrums D. \_\_\_\_\_ zu Recht davon ausgeht, dass keine anspruchrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt bzw. ob sich der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt erweist.

**8.1** Das von der Vorinstanz im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte polydisziplinäre Gutachten des Zentrums D. \_\_\_\_\_ vom 11. Juni 2012 basiert auf den Vorakten (IVSTA-act. 46 S. 2 ff.) und auf für die strittigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen (IVSTA-act. 46 S. 16 ff., 20 f. und 25). Es berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (IVSTA-act. 46 S. 14 f.) sowie die Anamnese (IVSTA-act. 46 S. 11 ff.). Sodann erfolgte eine interdisziplinäre Beurteilung (IVSTA-act. 46 S. 27 ff.) und die Beantwortung der gestellten Fragen. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein, und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden für die rechtsanwendende Person nachvollziehbar begründet, wobei auch eine Auseinandersetzung mit den abweichenden früheren ärztlichen Beurteilungen von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ und Dr. med. C. \_\_\_\_\_ stattgefunden hat. Folglich erfüllt das polydisziplinäre Gutachten des Zentrums D. \_\_\_\_\_, dem sich in medizinischer Hinsicht auch der IV-ärztliche Dienst anschloss, die praxisgemässen Kriterien (siehe E. 4.5). Die Beweiswertigkeit dieses Gutachtens wurde denn auch von der Beschwerdeführerin nicht in Frage gestellt.

**8.2** Damit ist gestützt auf die Ausführungen im rheumatologischen Gutachten davon auszugehen, dass die von der Beschwerdeführerin geschilderten Schmerzen, die sich mittlerweile auf den ganzen Körper ausgedehnt hätten und zuletzt auch vermehrt im Bereich der rechten Ferse und des rechten Ellbogens aufgetreten seien, nicht durch organische Befunde erklären lassen. Die rheumatologische Begutachtung erfolgte detailliert und die Beurteilung berücksichtigte sowohl die klinischen als auch die radiologischen Befunde. Dabei ergab die klinische Untersuchung eine frei bewegliche Wirbelsäule und frei bewegliche Gelenke. Hauptbefund der klinischen Untersuchung sei eine diffuse Druckdolenz praktisch aller Muskeln, Sehnen und Muskeln-/Sehneninsertionen, ohne gleichzeitige muskuläre Verkürzungen oder Hypertonus. Radiologisch hätten sich an der Lendenwirbelsäule, dem rechten Ellbogen und der rechten Ferse keine relevanten pathologischen Veränderungen finden lassen. Weiter legte auch der psychiatrische D. \_\_\_\_\_-Experte einleuchtend und nachvollziehbar dar, dass er trotz eingehender Untersuchung keine psychische Störung mit Krankheitswert feststellen konnte, zumal der Psychostatus der Beschwerdeführerin völlig unauffällig war. Er führte aus, dass die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aus psychiatrischer Sicht nicht zu stellen sei, da im Untersuchungsgespräch keinerlei Leidensdruck bestanden habe, und es liessen sich auch keine psychosozial schwerwiegenden Faktoren vor dem Krankheitsbeginn herausarbeiten. Diese Einschätzung ist nachvollziehbar und schlüssig. Schliesslich wird auch einleuchtend dargelegt, dass aus rein internistischer Sicht wegen des insulinpflichtigen Diabetes mellitus Schicht- und Fließbandarbeiten nicht mehr geeignet seien, ansonsten sich daraus aber keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen lasse.

**8.3** An dieser Einschätzung vermag auch die nach dem Zeitpunkt der Begutachtung aufgetretene gynäkologische Erkrankung nichts zu ändern, die einen operativen Eingriff zur Folge hatte. Die entsprechenden Berichte der behandelnden Ärzte aus der Türkei wurden dem medizinischen Dienst der Vorinstanz vorgelegt, der festhielt, dass die gynäkologischen Beschwerden keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten (IVSTA-act. 55), was zudem weder von den türkischen Ärzten attestiert noch von der Beschwerdeführerin geltend gemacht wird. Weiter ergeben sich auch aus den im Einwandverfahren neu eingereichten Berichten der behandelnden Ärzte aus der Türkei keine anspruchsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung. Zunächst handelt es sich bei den eingereichten Unterlagen lediglich um Kurzatteste, in denen hauptsächlich Diagnosen

und verordnete Medikamente aufgelistet werden. Untersuchungsbefunde oder Ausführungen zu allfälligen funktionellen Einschränkungen finden sich keine. Weiter sind die aufgeführten somatischen Diagnosen (Diabetes, Adipositas, Bluthochdruck) bereits bekannt. Dazu ist zusätzlich anzumerken, dass Adipositas und Diabetes nach der Rechtsprechung grundsätzlich keine Invalidität zu begründen vermögen (Urteil des BGer 8C\_903/2014 vom 13. August 2015 E. 4.3 mit Hinweisen). Im Hinblick auf in den Berichten vom 27. und 28. August 2012 gestellten psychiatrischen Diagnosen ist ebenfalls nicht ersichtlich, gestützt auf welche psychopathologischen Befunde diese gestellt wurden. Der medizinische Dienst der Vorinstanz hat überdies nachvollziehbar aufgezeigt, dass die Diagnosestellung höchst zweifelhaft ist. Hinweise auf eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung im Zentrums D. \_\_\_\_\_ liegen damit nicht vor. Insgesamt ergeben sich aus den von der Beschwerdeführerin nach der Begutachtung eingereichten ärztlichen Berichte aus der Türkei keine Zweifel am Gutachten des Zentrums D. \_\_\_\_\_. Aufgrund der fehlenden Hinweise für eine Veränderung des Gesundheitszustandes spricht auch der Zeitraum von 21 Monaten zwischen der Erstattung des Gutachtens und dem Erlass der Verfügung nicht dagegen, auf das Gutachten des Zentrums D. \_\_\_\_\_ abzustellen (vgl. Urteil des BGer 8C\_1024/2010 vom 3. März 2010 E. 2.1).

**8.4** Was die diagnostizierten unklaren Beschwerdebilder betrifft, welchen gutachterlicherseits sowie von der Vorinstanz – noch unter Geltung der inzwischen aufgegebenen Überwindbarkeitsvermutung – keine anspruchrelevante Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurden, führt auch die Überprüfung gemäss BGE 141 V 281 zu keinem anderen Ergebnis:

**8.4.1** Die invalidisierende Wirkung von anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen (BGE 130 V 352) und damit vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) beurteilt sich nach der mit BGE 141 V 281 grundlegend überdachten und teilweise geänderten Rechtsprechung, die auch bei Rentenüberprüfungen gestützt auf die SchIBst. IVG zur Anwendung kommt (Urteil des BGer 9C\_354/2015 vom 29. Februar 2016 E. 5). Demnach kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit (nach wie vor) nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 mit Hinweis auf BGE 130 V 396). Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40), setzt somit zunächst eine

fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 2.1; Urteil des BGer 9C\_822/2014 vom 29. Oktober 2015 E. 4.2). Die Sachverständigen haben die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 mit Hinweisen).

**8.4.2** Es liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2.1). Verboten solche Ausschlussgründe die Annahme einer versicherten Gesundheitsbeeinträchtigung, so besteht von vorneherein keine Grundlage für eine Invalidenrente (BGE 141 V 281 E. 2.2.2) und die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich.

**8.4.3** Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist sodann nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1; Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleich-

mässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Sie erlauben – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits – das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1).

**8.4.4** Aus dem Gutachten des Zentrums D.\_\_\_\_\_, das seinen Beweiswert nicht per se verliert (BGE 141 V 281 E. 8 mit Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6) und im vorliegenden Fall eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubt, ergibt sich in Bezug auf den "funktionellen Schweregrad" und namentlich die im Komplex "Gesundheitsschädigung" zu prüfende Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, dass kaum relevante Einschränkungen auszumachen sind. Der rheumatologische Experte beschrieb weitgehend unauffällige klinische und radiologische Befunde. Zudem wurden auch keine psychopathologischen Befunde erhoben und dementsprechend keine psychiatrische Diagnose gestellt. Das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung sowie einer depressiven Störung wurden ausdrücklich verneint. Der psychiatrische Gutachter hielt fest, dass der Verlauf der Schmerzsymptomatik für ein dysfunktionales Bewältigungsverhalten mit Symptomausweitung spreche. Dem psychiatrischen Gutachten lässt sich weiter entnehmen, dass das Beschwerdebild von – nicht versicherten (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1; Urteil des BGer 9C\_549/2015 vom, 29. Januar 2016 E. 4.3) – psychosozialen Faktoren (Wunsch nach finanzieller Sicherheit durch Rentenzahlung, Geburt des behinderten Sohnes im Jahr 2011) und einem massiven sekundären Krankheitsgewinn (die gesamte Familie kümmerge sich um sie, so dass sie sich zum Beispiel nicht um die Mahlzeiten und ihren kleinen, behinderten Sohn kümmern müsse) mitgeprägt ist. Weiter fällt auf, dass die Beschwerdeführerin ihre Schmerzen, die permanent am ganzen Körper vorhanden seien, auf einer zehnstufigen visuellen Analogskala (VAS) auf 8 bis 9 ansiedelte, was fast dem grössten vorstellbaren Schmerz entspricht. Diese Angabe ist jedoch nur schwer mit den Beobachtungen in der Untersuchungssituation vereinbar. Dort sei keinerlei Leidensdruck zu erkennen gewesen und die Schmerzen seien völlig im Hintergrund gewesen. Zudem sei die Beschwerdeführerin während des ganzen Gesprächs ohne Schmerzáusserungen auf ihrem Stuhl gesessen und habe lebhaft mit beiden Händen gestikuliert. Eine schwere Ausprägung der Störung fällt damit insgesamt ausser Betracht.

**8.4.5** Was den Indikator «Behandlungserfolg oder -resistenz» anbelangt, so gab die Beschwerdeführerin gegenüber dem Gutachter an, regelmässig verschiedene Psychiater zu konsultieren, zu denen sie alle zwei Monate hingehe. Im Gutachten wird zudem eine absolute Therapieresistenz beschrieben, wobei weder verschiedene medikamentöse noch physiotherapeutische Bemühungen das Schmerzbild hätten beeinflussen können. Die Gutachter halten dagegen eine analgetische medikamentöse Behandlung als nicht indiziert. Dagegen wäre eine Aktivität mit entsprechender Rekonditionierung sinnvoll. Im vorliegenden Fall kann daraus für den Schweregrad der Störung nichts abgeleitet werden.

**8.4.6** Eine massgebliche Komorbidität ist nicht ausgewiesen. Körperlich bestehen wie erwähnt keine Gesundheitsschädigungen mit einem wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Auch im psychiatrischen Gutachten wird ein unauffälliger psychischer Gesundheitszustand beschrieben und keine psychiatrische Diagnose gestellt. Damit fehlt eine psychische oder somatische Komorbidität, namentlich sind die Beschwerden der Wirbelsäule nach dem hiavor Gesagten nicht invalidisierend (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3).

**8.4.7** Im Übrigen ist ausgewiesen, dass die Beschwerdeführerin sozial gut eingebettet ist und ihr Lebenskontext – namentlich die Unterstützung durch die Familienangehörigen – durchaus auf das Vorhandensein von (mobilisierbaren) Ressourcen im Hinblick auf die Ausübung einer Erwerbstätigkeit schliessen lässt. Soweit die belastende Lebenslage mit der Invalidität des Ehemannes und der Geburt des an einem Herzfehler und dem Down-Syndrom leidenden Sohnes Ressourcen rauben, hat dafür nicht die Invalidenversicherung einzustehen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3). Des Weiteren bestehen keine Hinweise auf die im Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2) zu prüfenden Merkmale, welche im Rahmen der umfassenden Ressourcenprüfung ins Gewicht fallen könnten. Der psychiatrische Gutachter hat Hinweise auf Persönlichkeitsfehlentwicklungen verneint. Zusammenfassend fehlt es unter Berücksichtigung der nicht schwer ausgeprägten Schmerzstörung, fehlender Komorbiditäten und eher günstiger persönlicher Ressourcen an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden. Eine Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4) erübrigt sich vor diesem Hintergrund (vgl. Urteil 9C\_514/2015 vom 14. Januar 2016 E. 4). Weitere Abklärungen sind nicht angezeigt.

**8.5** Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer vollschichtigen

Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer wechselbelastenden, körperlich leichten oder auch mittelschweren Tätigkeit von 100 % auszugehen ist. Zudem ist mit den D. \_\_\_\_\_-Gutachtern davon auszugehen, dass in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit vor allem wegen der rein stehenden, nach vorne geneigten Arbeitshaltung und den repetitiv-uniformen Bewegungsabläufen für die Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar ist. Die davon abweichende Einschätzung des medizinischen Dienstes, der von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 80 % ausgeht, ist mangels Begründung der Abweichung nicht abzustellen. Diese Frage hat aber ohnehin keinen Einfluss auf den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin, da die Vorinstanz das trotz Invalidität erzielbare Einkommen allein gestützt auf die fachärztlich auf 100 % festgelegte Arbeitsfähigkeit in Verweisungstätigkeiten festgelegt und den daraus resultierenden Betrag in die Vergleichsrechnung nach Art. 16 ATSG eingesetzt hat.

## **9.**

**9.1** Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs, das heisst mittels eines Vergleichs von Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage im Jahr 2014, zu bestimmen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen; BGE 129 V 222. E. 4).

**9.2** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgeblichen Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1; 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen; Urteil des BGer 8C\_567/2013 vom 30. Dezember 2013 E. 2.2.1).

**9.3** Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Ta-

bellentlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb; 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2; 126 V 75 f. E. 3b/bb; 124 V 321 E. 3b/aa; AHl 2000 S. 81 E. 2a). Bei einem Auslandswohnsitz ist zudem zu beachten, dass für die Invaliditätsbemessung entweder Zahlen aus dem In- und Ausland beizuziehen sind, wobei das Valideneinkommen und Invalideneinkommen aufgrund der gleichen Grundlage bemessen werden müssen, weil sonst ungleiche Lohnniveaus die erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitsschadens verfälschen (vgl. THOMAS ACKERMANN, Die Bemessung des Invaliditätsgrads, in: Sozialversicherungsrechtstagung 2012, S. 38).

**9.4** Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage der Schweizerischen Lohnstrukturerhebungen des Bundesamtes für Statistik ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Ob und in welcher Höhe statistische Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des Einzelfalles ab, die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen. Relevante Merkmale sind leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad (BGE 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b/bb).

**9.5** Die Vorinstanz hat ausgehend von der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit von 100 % bei einer der gesundheitlichen Situation angepassten Tätigkeit einen Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG durchgeführt (IVSTA-act. 56). Sie hat gestützt auf den zuletzt in der Schweiz erzielten Lohn ein Valideneinkommen für das Jahr 2010 von Fr. 3'958.– ermittelt. Da dieses 11.18 % unter dem statistischen Durchschnittseinkommen 2010 bei vergleichbarer Tätigkeit (Fr. 4'1750.69) liege, hat es das Valideneinkommen um 6.18 % auf Fr. 3'967.07 erhöht (Parallelisierung; vgl. BGE 135 V 58). Zur Bestimmung des Invalideneinkommens hat sie die Tabellenlöhne der LSE 2010 für die Branchen «sonst. persönliche Dienstleistungen (96)», «sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen (77-82)», «Grosshandel (46)»

und «Detailhandel (47)» herangezogen und unter Gewährung eines leidensbedingten Abzugs vom Tabellenlohn von 20 % ein Invalideneinkommen von Fr. 3'260.52 ermittelt. Durch die Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen berechnete sie schliesslich einen Invaliditätsgrad von aufgerundet 18 %.

**9.6** Das Vorgehen der Vorinstanz bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades wird von der Beschwerdeführerin nicht bemängelt und ist im Grundsatz nicht zu beanstanden. Im Zeitpunkt des vorinstanzlichen Einkommensvergleichs vom 13. September 2012 (IVSTA-act. 56) und der angefochtenen Verfügung vom 19. März 2014 lagen die Zahlen der LSE 2012, die erst im Oktober 2014 veröffentlicht wurden (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 328 vom 22. Oktober 2014), noch nicht vor. Insoweit konnten die aktuellsten statistischen Daten nur der LSE 2010 entnommen werden (vgl. Urteil des BGer 9C\_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2). Die Vorinstanz hat demzufolge für die Ermittlung des Invalideneinkommens zu Recht auf die LSE 2010 abgestellt. Dieses Vorgehen ist auch insoweit unproblematisch, als sich bei gestützt auf die LSE bis 2010 rechtskräftig zugesprochenen Invalidenrenten ohnehin nicht allein gestützt auf die Anwendung der LSE 2012 eine anspruchsrelevante Änderung des Invaliditätsgrades – nach oben oder nach unten – ergeben darf (Urteil des BGer 9C\_632/2015 vom 4. April 2016 E. 2.5.8.1 [zur Publikation vorgesehen]). Bei einer Rentenrevision ist der Einkommensvergleich auf den Zeitpunkt hin durchzuführen, auf den die Rente verändert wird (vgl. Urteil des BGer 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1; ACKERMANN, a.a.O., S. 15 f.). Der vorinstanzliche Einkommensvergleich ist somit dahingehend zu modifizieren, dass als zeitliche Vergleichsbasis das Jahr 2014 (anstatt 2010) heranzuziehen ist. Zudem ist das Valideneinkommen abzuändern.

**9.7** Vor Eintritt des Gesundheitsschadens verdiente die Beschwerdeführerin im Jahr 1996 Fr. 40'031.50 (inkl. 13. Monatslohn; IV-act. 8), was einen Monatslohn von Fr. 3'335.96 ergibt. Dieser Lohn ist auf das Jahr 2014 zu indexieren (2117 [Indexwert 1996] x 2673 [Indexwert 2014]; vgl. Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2014 [Index: Basis 1939], abrufbar unter [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)), was Fr. 4'212.10 ergibt. Dabei ist nicht von einem unterdurchschnittlich tiefen Lohn auszugehen, weshalb auf eine Parallelisierung zu verzichten ist. Das von der Vorinstanz ermittelte Invalideneinkommen (vor Leidensabzug) von Fr. 4'075.– ist ebenfalls auf das Jahr 2014 zu indexieren (2579 [Indexwert 2010] x 2673 [Indexwert 2014]), woraus

Fr. 4'224.20 resultiert. Selbst bei Gewährung des maximalen Leidensabzug von 25 % resultiert im Einkommensvergleich ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von maximal 25 %, weshalb der Einkommensvergleich der Vorinstanz im Ergebnis nicht zu beanstanden ist.

## **10.**

**10.1** Nicht zu beanstanden und unbestritten ist schliesslich die Annahme der Vorinstanz, dass die Beschwerdeführerin die attestierte Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung verwerten kann. Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar. Nach ebenfalls ständiger Rechtsprechung können indes nach langjährigem Rentenbezug ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der sofortigen Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (SVR 2011 IV Nr. 30 S. 86, 9C\_163/2009 und seitherige Praxis, z.B. 9C\_178/2014 vom 29. Juli 2014). Diese Rechtsprechung ist allerdings auf Fälle beschränkt worden, in denen die (revisions- oder wiedererwägungsweise) Rentenaufhebung eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahre bezogen hat (SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220, 9C\_228/2010 E. 3). Die Beschwerdeführerin kann sich nicht auf diese Rechtsprechung berufen, obwohl sie im Zeitpunkt der Rentenaufhebung (Verfügung vom 19. März 2014) bereits mehr als 15 Jahre eine Rente bezogen hatte. Denn der massgebliche Rentenaufhebungsgrund ist nach dem Gesagten die Schlussbestimmung zur IV-Revision 6a, welche bezüglich der Dauer des Rentenbezugs auf die Einleitung des Verfahrens abstellt, als die Beschwerdeführerin noch keinen über 15-jährigen Rentenbezug aufwies (vgl. Urteile des BGer 9C\_623/2014 vom 18. Februar 2015 E. 5 und 8C\_90/2015 vom 23. Juli 2015 E. 4).

**10.2** Die Frage nach einem allfälligen Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG (Bst. a Abs. 2 und 3 SchlBst. IVG) wurde weder von der Vorinstanz noch von der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin thematisiert. Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Bst. a Abs. 2 SchlBst. IVG bestehen nicht in jedem Fall. Vielmehr setzt das Bestehen eines solchen voraus, dass die Massnahmen für eine

Wiedereingliederung "sinnvoll und nutzbringend" sind (vgl. BGE 141 V 385 E. 5.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des BVGer C-3507/2014 vom 25. Mai 2016 E. 5). Unabhängig davon, ob eine im Ausland wohnende Rentenzügerin, die weder obligatorisch noch freiwillig AHV/IV-versichert ist, allenfalls Anspruch aus Massnahmen nach Art. 8a IVG hätte, fällt im vorliegenden Fall ein solcher Anspruch ausser Betracht, da es laut Einschätzung der D. \_\_\_\_\_-Gutachter aus invaliditätsfremden Gründen am Eingliederungswillen fehlt. So wird im Gutachten festgehalten, dass berufliche Eingliederungsmassnahmen aufgrund des langjährigen und völlig inadäquaten Schonverhaltens der Beschwerdeführerin wenig erfolgsversprechend seien. Daher ist die Rentenaufhebungsverfügung vom 19. März 2014 auch unter eingliederungsrechtlichem Gesichtspunkt nicht zu beanstanden.

#### **11.**

Aus dem Dargelegten folgt, dass die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 19. März 2014 zu bestätigen ist.

#### **12.**

**12.1** Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 400.– festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

**12.2** Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist entsprechend dem Verfahrensausgang ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Die Verfahrenskosten von Fr. 400.– werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Der einbezahlte Kostenvorschuss wird zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet.

**3.**

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Einschreiben mit Rückschein)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Franziska Schneider

Michael Rutz

### **Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: