



---

Abteilung III  
C-1444/2015

## Urteil vom 17. Oktober 2017

---

Besetzung

Richterin Franziska Schneider (Vorsitz),  
Richter Beat Weber, Richter Christoph Rohrer,  
Gerichtsschreiber Michael Rutz.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_,  
vertreten durch Dr. iur. Marco Chevalier, Rechtsanwalt,  
Beschwerdeführerin,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,  
Verfügung vom 10. Februar 2015.

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

Die 1971 geborene, schweizerische Staatsangehörige A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte oder Beschwerdeführerin) war bis zu einem Verkehrsunfall vom 27. August 1999 als Serviceangestellte in der Schweiz erwerbstätig und meldete sich am 12. Januar 2001 bei der IV-Stelle des Kantons B.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: IV-Stelle B.\_\_\_\_\_) unter Hinweis auf unfallbedingte chronische Schmerzen im rechten Arm, im Nacken und im Rücken nach einem Schleudertrauma, Depressionen sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Die IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ klärte die medizinischen und wirtschaftlichen Verhältnisse ab und holte insbesondere Berichte beim behandelnden Psychiater Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 12. April 2001 (IV-act. 7) und beim behandelnden Neurologen Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 4. Juli 2001 (IV-act. 10) ein. Gestützt darauf sprach sie der Versicherten mit Verfügung vom 12. Februar 2002 rückwirkend ab 1. August 2000 eine ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % zu (IV-act. 16). Dieser Anspruch wurde revisionsweise mit Mitteilungen vom 9. August 2002 (IV-act. 19), vom 16. Dezember 2005 (IV-act. 40) und vom 6. August 2010 (IV-act. 63) bestätigt.

**B.**

Am 6. Dezember 2012 stellte die Q.\_\_\_\_\_ Pensionskasse (nachfolgend: Vorsorgeeinrichtung) bei der IV-Stelle des Kantons E.\_\_\_\_\_ ein Revisionsgesuch und beantragte, dass die der Versicherten ausgerichtete Invalidenrente in Anwendung der Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a aufzuheben sei (IV-act. 66). Sie reichte zur Begründung ein psychiatrisch-neurologisches Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 29./30. November 2012 ein (SUVA-act. 7 und 8). Die nach einem weiteren Wohnortwechsel zuständig gewordene IV-Stelle des Kantons H.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: IV-Stelle H.\_\_\_\_\_; IV-act. 67) eröffnete daraufhin ein Revisionsverfahren. Sie holte dabei zunächst einen Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 27. März 2013 (IV-act. 75) sowie eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (nachfolgend: RAD) vom 4. Juni 2013 ein (IV-act. 82). Auf Empfehlung des RAD vom 14. Februar 2014 (IV-act. 91) gab sie am 3. März 2014 sodann bei der J.\_\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag (IV-act. 95), das am 16. Juni 2014 erstattet wurde (IV-act. 104). Nach Einholen einer abschliessenden Stellungnahme des RAD vom 28. Juni 2014 (IV-act. 106) wies die IV-Stelle H.\_\_\_\_\_ die Versicherte mit Schreiben vom 21. Juli

2014 auf die Möglichkeit eines Beratungsgesprächs hinsichtlich beruflicher Wiedereingliederung hin. Sie ersuchte um Mitteilung innert 30 Tagen, ob die Versicherte an Wiedereingliederungsmassnahmen teilnehmen und ein persönliches Beratungsgespräch haben wolle (IV-act. 108). Am 22. Juli 2014 stellte die Vorinstanz vorbescheidweise die Aufhebung der bisherigen Rente in Aussicht (IV-act. 109), wogegen die Versicherte am 12. September 2014 Einwände erheben liess (IV-act. 118).

**C.**

Infolge Wegzugs der Versicherten nach Deutschland übermittelte die IV-Stelle H.\_\_\_\_\_ das Rentendossier am 2. Oktober 2014 der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) zur weiteren Bearbeitung (IV-act. 64). Diese hob nach Einholen einer Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes vom 25. November 2014 (IVSTA-act. 5) mit Verfügung vom 10. Februar 2015 die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente gestützt auf die Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a entsprechend dem Vorbescheid der IV-Stelle H.\_\_\_\_\_ per Ende März 2015 auf. Einer gegen diese Verfügung gerichteten Beschwerde entzog sie die aufschiebende Wirkung (IVSTA-act. 15).

**D.**

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter mit Eingabe vom 5. März 2015 (Poststempel) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte, dass die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Vorinstanz zu verpflichten sei, ihr auch für die Zeit ab 1. April 2015 die gesetzliche Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei durch das Gericht eine gutachterliche Expertise anzuordnen (BVGer-act. 1).

**E.**

Die Vorinstanz beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 12. Mai 2015 unter Hinweis auf die Ausführungen in der angefochtenen Verfügung die Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 3).

**F.**

Der mit Zwischenverfügung vom 21. Mai 2015 bei der Beschwerdeführerin eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.– (BVGer-act. 4) wurde am 5. Juni 2015 geleistet (BVGer-act. 7).

**G.**

Die Beschwerdeführerin verzichtete am 3. Juni 2015 auf eine Replik (BVGer-act. 6).

**H.**

Am 26. August 2016 ersuchte die Gemeinde K. \_\_\_\_\_ unter Beilage einer Vollmacht der Beschwerdeführerin um Auskunft über das Beschwerdeverfahren (BVGer-act. 9).

**I.**

Mit Verfügung vom 8. September 2017 wurde die Vorsorgeeinrichtung zum Beschwerdeverfahren beigegeben (BVGer-act. 10). Mit Eingabe vom 12. September 2017 verzichtete sie unter Verweis auf die Ausführungen der Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung auf eine Stellungnahme (BVGer-act. 11).

**J.**

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; 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; 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 10. Februar 2015, mit welcher die Vorinstanz die seit 1. August 2000 ausgerichtete ganze 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: SchIBst. IVG) aufgehoben und einen Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung verneint hat. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente hat. Für den Fall, dass die Vorinstanz die Rente zu Recht aufgehoben hat, wäre zu klären, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen hat.

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdeführerin ist Schweizer Staatsbürgerin. Aufgrund ihres Wohnsitzes in Deutschland besteht in räumlicher Hinsicht ein internationaler Sachverhalt mit Bezug zur EU, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretene Verordnung (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1), zu beachten sind. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

**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: 10. Februar 2015) 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). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 10. Februar 2015 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision); 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.

**4.1** 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).

**4.2** Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 141 V 281 E. 2.1; 130 V 396). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar ist (BGE 141 V 281 E. 3.7; 136 V 279 E. 3.2.1; 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteil des BGer 8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

**4.3** Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung vermochten fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann

nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte «Foerster-Kriterien», vgl. BGE 130 V 352; 131 V 39 E. 1.2; 139 V 547 E. 3.2.3).

**4.4** Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch ein strukturiertes normatives Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist 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 beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; 141 V 547 E. 2; Urteil des BGer 8C\_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2). Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem festgelegten Prüfungsraster erübrigt sich, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteile des BGer 9C\_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1 und 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4).

**4.5** 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 gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

**4.6** 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. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden 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, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

**4.7** 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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

**4.8** 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.

**4.9** Wird die Rente gestützt auf Bst. a Abs. 1 SchlBst. IVG herabgesetzt oder aufgehoben, so hat die Bezügerin oder der Bezüger Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG. Ein Anspruch auf eine Übergangsleistung nach Art. 32 Abs. 1 Bst. c IVG entsteht dadurch nicht (Bst. a Abs. 2 SchlBst. IVG). Werden Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG durchgeführt, so wird die Rente bis zum Abschluss der Massnahmen weiter ausgerichtet, längstens aber während zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung (Bst. a Abs. 3 SchlBst. IVG). Der Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen ist Folge der Reduktion oder Aufhebung der Rente (Urteil des BGer 8C\_667/2015 vom 6. September 2016 E. 4.1).

## **5.**

**5.1** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, 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).

**5.2** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

**5.3** 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. 1.3.4; 135 V 465 E. 4.4).

## 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. August 2000 eine ganze Rente der schweizerischen Invalidenversicherung. Im Zeitpunkt der Einleitung des Revisionsverfahrens am 18. Dezember 2012 (IV-act. 68) lag somit noch kein über 15-jähriger Rentenbezug vor. Bei Inkrafttreten der Änderung am 1. Januar 2012 war die im Jahr 1971 geborene 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 eingeleitet wurde (vgl. BGE 140 V 15 E. 5.3.4.2), ist Bst. a SchIBst. IVG in formeller Hinsicht anwendbar.

**6.2** In materieller Hinsicht ergibt sich die Anwendbarkeit von Bst. a SchIBst. IVG ausschliesslich aus der Natur des Gesundheitsschadens, auf dem die Rentenzusprache 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 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 9.4). Dabei kommt es 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. Urteile des BGer 8C\_413/2016 vom 2. September 2016 E. 4.2.3, 9C\_106/2015 vom 1. April 2015 E. 2.2 und 9C\_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.4).

**6.3** Die ursprüngliche Rentenzusprache (Verfügung vom 12. Februar 2002) beruhte auf der Annahme, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Serviceangestellte ab 27. August 1999 nicht mehr zumutbar gewesen sei, und dass ihr auch «praktisch keine andere Tätigkeit» (IV-act. 11) mehr zugemutet werden könne. Diese Einschätzung gründete hauptsächlich auf dem IV-Arztbericht vom Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 4. Juli 2001, in dem folgende Diagnosen genannt wurden:

- Status nach Verkehrsunfall mit
  - HWS-Distorsion
  - leichter traumatischer Hirnverletzung
- cervikocephales Schmerzsyndrom, Ausweitung zu einem Panvertebralsyndrom
- verhaltensneurologische Störungen, Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik

Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hielt fest, dass Arbeiten bereits mit geringer körperlicher, seelischer und kognitiver Belastung derzeit nicht realisierbar erschienen. Die angestammte Tätigkeit im Gastgewerbe sei nicht mehr zumutbar. Eine zumutbare Tätigkeit könne nicht sicher formuliert werden. Gegebenenfalls könne eine BEFAS-Abklärung weiteren Aufschluss geben (IV-act. 10).

**6.4** Weiter lagen im Zeitpunkt der ursprünglichen Verfügung vom 12. Februar 2002 im Wesentlichen folgende ärztliche Einschätzungen vor:

**6.4.1** Im Bericht der Klinik L.\_\_\_\_\_ vom 18. Januar 2000 wurde ein Status nach Verkehrsunfall am 27. August 1999 mit HWS-Distorsion und leichter traumatischer Hirnverletzung beschrieben, die einen persistierenden cervikocephalen Symptomenkomplex, neuropsychologische Defizite, ein Lumbovertebralsyndrom und eine Anpassungsstörung mit depressiver Entwicklung zur Folge gehabt habe. Zudem leide die Beschwerdeführerin an einem Asthma bronchiale (IV-act. 7; SUVA-act. 5).

**6.4.2** Der behandelnde Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, attestierte im IV-Arztbericht vom 12. April 2001 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 27. August 1999 (IV-act. 7). Bezüglich Diagnosen verwies er auf seinen älteren Bericht vom 23. August 2000, in welchem er typischerweise persistierende und therapierefraktäre Schleudertraumabeschwerden und eine posttraumatische Belastungsstörung

(ICD-10: F34.1) mit Schlafstörungen, einer Depression, Nachhallerinnerungen, Vermeidungsverhalten und sozialem Rückzug aufführte (SUVA-act. 4).

**6.5** In den ärztlichen Berichten, die im Zeitpunkt der Rentenzusprache vorgelegen haben, wird ein typisches Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule mit einer Häufung von Beschwerden wie Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Übelkeit, neuropsychologischen Defiziten (Konzentrations- und Gedächtnisstörungen), rasche Ermüdbarkeit und Depression beschrieben (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 12/06 vom 6. Juni 2006 E. 4.1; BGE 134 V 109 E. 6.2.1). Ein organisch nachweisbares Korrelat für das sich zum Panvertebralsyndrom ausgeweitete Cervikalsyndrom und das Lumbovertebralsyndrom wird in den damaligen Arztberichten nicht beschrieben. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hielt vielmehr fest, dass rein neurologisch weder radikuläre noch spinale Funktionsstörungen zu verzeichnen seien (Bericht vom 1. März 2001; Beilage zu IV-act. 7). Mit der im MRI vom 30. November 1999 festgestellten Diskusprotrusion ohne Neurokompression und fokalen Läsionen waren keine organisch nachweisbaren Funktionsausfälle verbunden, was auch im zuhanden des Unfallversicherers erstellten Gutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 1. Oktober 2000 bestätigt wurde (SUVA-act. 1). Die Berentung erfolgte somit primär aufgrund eines HWS-Schleudertraumas ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle und damit gestützt auf eine unter die unklaren Beschwerden zu subsumierende Diagnose (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.3; Urteil des BGer 8C\_730/2015 vom 24. Februar 2016 E. 4.1). Die Diagnose einer leichten traumatischen Hirnverletzung ändert nichts am Charakter des unklaren Beschwerdebilds (vgl. Urteil des BGer 8C\_106/2013 vom 31. Mai 2013 E. 5.1; 9C\_847/2016 vom 19. Juni 2017 E. 3.1 und 3.2).

**6.6** Was die vom behandelnden Psychiater diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F34.1) angeht, so ist nicht davon auszugehen, dass diese selbstständig zur Begründung des Rentenanspruches beigetragen hat. So ging der IV-ärztliche Dienst damals davon aus, dass der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin noch nicht genügend abgeklärt gewesen sei, auf die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens aber verzichtet werden könne, weil ohnehin eine ganze Rente zuzusprechen sei (IV-act. 11). Im Übrigen ist die posttraumatische Belastungsstörung gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ebenfalls als unklares Beschwerdebild zu qualifizieren, auf das die Rechtsprechung bezüglich unklarer Beschwerdebilder gemäss BGE 141 V 281 anwendbar

ist (BGE 142 V 342). Sie stellt somit eine Gesundheitsbeeinträchtigung dar, die ebenfalls in den Anwendungsbereich von Bst. a SchIBst. IVG fällt (vgl. etwa Urteil des BVGer C-5002/2014 vom E. 4.2.1 und 4.2.2).

**6.7** Die Beschwerdeführerin, welche die Anwendung von Bst. a SchIBst. IVG nicht ausdrücklich bestreitet, weist in der Beschwerde darauf hin, dass im Gutachten des J. \_\_\_\_\_ festgehalten werde, dass die Rentenzusprache nicht nur aufgrund der Diagnose eines syndromalen Beschwerdebilds erfolgt sei, sondern auch Ängste und die akzentuierten emotional instabilen Persönlichkeitszüge damals eine Rolle gespielt hätten (S. 45 des Gutachtens). Diesbezüglich fehlt es jedoch in den Unterlagen, die im Zeitpunkt der Rentenzusprache vorgelegen haben, an entsprechenden fachärztlichen Diagnosen, die einen solchen Schluss zuließen. So geht denn auch der RAD-Arzt Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seiner Stellungnahme vom 28. Juni 2014 davon aus, dass im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache ein syndromales Beschwerdebild vorgelegen habe (IV-act. 106). Es ist daher davon auszugehen, dass die Rente der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einzig auf einem unklaren Beschwerdebild beruhte. Somit lag entgegen der im Vorbescheidverfahren geäusserten Auffassung der Beschwerdeführerin auch kein sogenannter Mischsachverhalt vor, der der Herabsetzung oder Aufhebung der Rente unter dem Titel von Bst. a SchIBst. IVG entgegenstünde.

**6.8** Schliesslich ergibt sich aus den formlosen Bestätigungen des Rentenanspruchs bei unverändertem Invaliditätsgrad in den Jahren 2002, 2005 und 2010 nichts anderes, zumal in diesen Revisionsverfahren jeweils keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung stattgefunden hat (Vgl. BGE 133 V 108). Im Übrigen bestätigten die behandelnden Ärzte dabei im Wesentlichen die bereits bei der Rentenzusprache bekannten Diagnosen (IV-act. 18, 39 und 59).

**6.9** Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass eine Prüfung des Rentenanspruchs unter dem Rechtstitel der Bst. a Abs. 1 SchIBst. 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). Dabei stellen sich die gleichen Fragen, wie wenn ein erstmaliges Leistungsgesuch zu beurteilen ist. Es geht somit darum, aus heutiger Sicht zu beurteilen, ob die Voraussetzungen für einen Rentenbezug im Zeitpunkt der Überprüfung gegeben sind

oder nicht. Anders als im Rahmen einer revisionsweisen Überprüfung unter den (restriktiven) Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG basiert die hier anwendbare Rentenüberprüfung nicht auf einem Vergleich von verschiedenen Zeiträumen (Urteil des BGer 9C\_688/2016 vom 16. Februar 2017 E. 3.2). Für die Zulässigkeit der Aufhebung der Rente nach Massgabe von Bst. a Abs. 1 SchlBst. IVG ist erforderlich, dass diese noch immer auf einem unklaren Beschwerdebild gründet (BGE 140 V 197; 139 V 547 E. 10.1.2).

## 7.

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

**7.1** Im Auftrag der Vorsorgeeinrichtung wurde die Beschwerdeführerin am 27. November 2012 bidisziplinär begutachtet:

**7.1.1** Im Gutachten von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, vom 29. November 2012 wurden die folgenden Diagnosen genannt:

- Panvertebrales Schmerzsyndrom und Schulterschmerzen beidseits mit/bei
  - Status nach HWS-Deflexionstrauma 27.08.99
  - neurologisch:
    - eingeschränkte Beweglichkeit HWS
    - verstärkte BWS-Kyphose
    - kein radikuläres spinales oder peripher-neurologisches sensomotorisches Defizit
  - radiologisch/neuroradiologisch
    - HWS: mässig ausgeprägte degenerative Veränderungen multieta-ger, keine Instabilität, keine Wurzelkompression
    - BWS: verstärkte BWS-Kyphose
    - LWS: verstärkte LWS-Lordose, degenerative Veränderungen un-tere LWS
    - Becken: diskrete Hüft dysplasie rechts
- Verdacht auf leichtes Karpaltunnelsyndrom rechts
- Status nach Mammaaugmentationsoperation
- Status nach Naevusentfernung Halsregion links

- Asthma bronchiale
- Nikotinabusus

Die Gutachterin kam zum Schluss, dass aufgrund der aktuellen neurologischen und radiologischen bzw. neuroradiologischen Befunde für eine leichte angepasste Tätigkeit (Gewichtslimite: 9 kg, ohne Überkopfarbeiten und Zwangshaltungen) keine Einschränkung bestehe. Wegen der degenerativen Veränderungen und verminderten Beweglichkeit im HWS-Bereich sollten Zwangshaltungen und Überkopfarbeiten vermieden werden. Zurzeit sei der Einsatz als Buffettochter, Serviertochter, Fabrikarbeiterin und Kioskverkäuferin vollumfänglich zumutbar, wobei Überkopfarbeiten vermieden werden sollten. Eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % lasse sich mit den aktuellen Befunden nicht begründen. Ein Einsatz mit wiederholten Überkopfarbeiten erfahre eine Einschränkung von 20 % (SUVA-act. 7).

**7.1.2** Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Gutachten vom 30. November 2012 die folgenden Diagnosen:

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)
- Dysthymie (ICD-10: F34.1)

Der Gutachter attestierte nach Prüfung der Foerster-Kriterien eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % für die angestammte wie auch für angepasste Tätigkeiten (SUVA-act. 8).

**7.1.3** Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung kamen Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Dr. med. F.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass unter Berücksichtigung der psychiatrischen und neurochirurgischen Befunde, deren Auswirkungen sich überschneiden würden, von einer Restarbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit von 80 % auszugehen sei; Arbeiten mit erforderlichen Überkopfarbeiten seien zu 70 % zumutbar.

**7.2** Der behandelnde Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie der Psychologe lic. phil. O.\_\_\_\_\_ beschrieben in ihrem zu Händen der kantonalen IV-Stelle erstellten Bericht vom 27. März 2013 eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation seit Oktober 2012. Sie führten folgende Diagnosen auf:

- emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus aufgrund frühkindlicher Belastungssituationen und Gewalterlebnisse (ICD-10: F60.3)

- generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) mit Panikattacken (ICD-10: F41.0) und Agoraphobie (ICD-10: F40.0)
- frühere Kokainabhängigkeit, zur Zeit der therapeutischen Behandlung abstinent
- chronische Rückenschmerzen, Status nach Autounfall mit Rückenverletzungen
- chronische Migräne, Status nach Autounfall mit Schleudertrauma
- Status nach Hepatitis C-Erkrankung

Dr. med. I. \_\_\_\_\_ und lic. phil. O. \_\_\_\_\_ wiesen darauf hin, dass die Beschwerdeführerin für kurze Zeit zwischen 10 % und 20 % bei der Securitas gearbeitet habe. Diese Arbeit habe sie im Sommer 2012 aufgrund von Panikattacken aufgeben müssen. Sie seien der Meinung, dass die Beschwerdeführerin in der nächsten Zeit keine Chancen habe, sich wieder in der Arbeitswelt zurecht zu finden (IV-act. 75).

**7.3** Im auf allgemein medizinischen, psychiatrischen, orthopädischen und neurologischen Untersuchungen beruhenden Gutachten des J. \_\_\_\_\_ vom 16. Juni 2014 wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)
- Dysthymie (ICD-10: F34.1)
- Panikstörung (ICD-10: F41.0)
- akzentuierte, emotional instabile Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt:

- Carpaltunnelsyndrom rechts (ICD-10: G56.0)
- Kopfschmerzen vom Spannungstyp (ICD-10: G44.2, M79.7)
- generalisiertes Schmerzsyndrom im Sinne einer Fibromyalgie entsprechend den Kriterien des ACR 2010
  - bildgebend geringfügige, altersentsprechende degenerative Veränderungen der HWS und der LWS
  - geringe BWS-Kyphose
  - Status nach HWS-Distorsionstrauma (27.08.1999)
  - Status nach Stichverletzung rechte Fusssohle (April 2014)

- Status nach Agoraphobie (ICD-10: F40.0)
- schädlicher Gebrauch von Tranquilizer, gegenwärtig nicht abstinent (ICD-10: F13.25)
- Status nach episodischem Alkoholabusus, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F10.20)
- Status nach Störungen durch Kokain, episodischer seltener Substanzgebrauch, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F14.20)

Die Gutachter hielten im Rahmen ihrer interdisziplinären Beurteilung fest, dass die Beschwerdeführerin aus gesamtmedizinischer Sicht die angestammte Tätigkeit nicht mehr ausüben könne. In einer adaptierten Verweistätigkeit (Hilfsarbeiten ohne Kundenkontakt) bestehe seit 2005 eine Arbeitsfähigkeit von vier Stunden pro Tag. Im psychiatrischen Teilgutachten wird das zumutbare Arbeitspensum auf 50 % festgelegt (IV-act. 104).

## **8.**

Zu prüfen ist im Folgenden, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgeht, dass im Zeitpunkt der Überprüfung des Rentenanspruchs keine anspruchrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vorliegt bzw. ob sich der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt erweist.

**8.1** Die Vorinstanz stützte sich hinsichtlich der Feststellung des Gesundheitszustandes auf die Erkenntnisse gemäss polydisziplinärem Gutachten des J. \_\_\_\_\_ vom 16. Juni 2014, das vom RAD-Arzt Dr. med. N. \_\_\_\_\_ als nachvollziehbar und vollständig bezeichnet wurde (vgl. Stellungnahme vom 28. Juni 2014; IV-act. 106). Sie wich jedoch von den Ergebnissen der Gutachter insoweit ab, als es auf die gutachterlich attestierte Leistungseinschränkung von 50 % für eine leidensangepasste Tätigkeit nicht abgestellt und stattdessen aus rechtlicher Sicht eine volle Arbeits- und Erwerbsfähigkeit angenommen hat. In der angefochtenen Verfügung führte sie aus, dass sich den aktuellen medizinischen Unterlagen keine objektivierbaren anatomischen Befunde entnehmen liessen, welche aus versicherungsmedizinischer Sicht eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründeten. Es bestehe daher für die Zukunft kein Rentenanspruch mehr. Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien nur auf psychiatrischen Gebiet gestellt worden. Es bestehe keine schwere psychische und keine körperliche Komorbidität, ein weitgehender erheblicher sozialer Rückzug sei nicht ausgewiesen und ein erheblicher, nicht mehr angehbarer primärer Krankheitsgewinn werde nicht erwähnt. Die therapeutischen Möglichkeiten, vor allem

in Bezug auf die Angststörung, seien nicht ausgeschöpft. Es seien aus medizinischer Sicht damit keine psychischen Leiden bzw. eine Komorbidität von erheblicher Schwere ausgewiesen, die einen Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess als unzumutbar erscheinen liessen.

**8.2** Die Beschwerdeführerin lässt im Wesentlichen geltend machen, dass aufgrund fehlender, aussagekräftiger Verlaufsberichte keine abschliessende psychiatrische Beurteilung möglich gewesen sei. So sei es dem psychiatrischen Gutachter des J. \_\_\_\_\_ nicht möglich gewesen, einen genügenden Längsschnitt der Erkrankung zu sehen. Deshalb habe er ausdrücklich festgehalten, dass die Diagnose einer rezidivierenden Störung nicht ausgeschlossen werden könne. Diese könne anders als die diagnostizierte Dysthymie aus rechtlicher Sicht invalidisierend sein. Immerhin weise der Gutachter auf massive, sogar suizidale Krisen hin, deren Hintergründe aber nicht zu eruieren seien. Das psychiatrische Teilgutachten setze sich nicht mit der vom vormals behandelnden Psychiater gestellten Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline auseinander. Damit sei das Gutachten in einem wesentlichen Teil unvollständig. Zur vollständigen Erhebung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts wäre eine umfassende Begutachtung unter stationären Rahmenbedingungen mit mehreren Gesprächen erforderlich gewesen. Zudem hätte erwartet werden dürfen, dass die Angaben zur Modelkarriere verifiziert worden wären, zumal diese von der Beschwerdeführerin zum ersten Mal geäussert worden seien. Auch wären die Angaben zu einem früheren Drogenkonsum abzuklären gewesen. Die Gutachter hätten der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % unter Berücksichtigung der nicht erfüllten Foerster-Kriterien attestiert. Mit anderen Worten seien sie trotz der unvollständigen Möglichkeit der Beurteilung des Krankheitsverlaufes davon ausgegangen, dass die Arbeitsfähigkeit durch erklärbare, psychische Krankheitsbilder zu 50 % eingeschränkt sei. Es sei nicht zulässig, sich über ein vom RAD als schlüssig bezeichnetes Gutachten hinwegzusetzen und schlicht aufgrund der Diagnosen jegliche Arbeitsunfähigkeit zu verneinen. Insgesamt seien die gutachterlichen Abklärungen nicht geeignet, eine Einstellung der Rentenleistungen zu begründen.

**8.3** Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die gutachterlichen Ausführungen zwar eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit von Arbeitsleistungen bilden, es aber keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall gutachtlich befassten Arztpersonen ist, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer andauernden oder

vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit in bestimmter Höhe und Ausprägung führt. Weil die Arbeitsfähigkeit keine rein medizinische, sondern letztlich auch eine juristische Frage ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der in einem medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliert (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2; Urteil des BGer 9C\_651/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 5.1). Wenn allerdings MEDAS-Ärzte lege artis begutachten und unter Berücksichtigung der normativen Vorgaben auf eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit schliessen, ist dem aus rechtlicher Sicht zu folgen, sofern die rechtsanwendende Stelle nicht konkrete, fallgebundene Gesichtspunkte zu nennen vermag, die im Rahmen der Folgenabschätzung eine im Vergleich zum medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abweichende Ermessensausübung gebieten (vgl. Urteil des BGer 9C\_358/2014 vom 21. November 2014 E. 5).

**8.4** Das von der Vorinstanz im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte polydisziplinäre Gutachten des J. \_\_\_\_\_ vom 16. Juni 2014 basiert auf den Vorakten und auf für die strittigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen. Es berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden sowie die Anamnese. Sodann erfolgten eine interdisziplinäre Beurteilung und die Beantwortung der gestellten Fragen. Im Gutachten wird nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, dass aus somatischer Sicht keine anspruchrelevante Einschränkung der Leistungsfähigkeit vorliegt. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen am ganzen Körper, vorrangig im Bereich des Nackens und des Rückens, konnten vom orthopädischen und neurologischen Experten nicht mittels objektivierbaren Befunden erklärt werden. Im Rahmen der neurologischen Begutachtung konnte lediglich ein Karpaltunnelsyndrom objektiviert werden, das die Schmerzen in der rechten Hand erklären kann. Dieses Leiden kann jedoch laut dem Gutachter gut behandelt werden und hat keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin deckt sich zudem mit der Einschätzung von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom November 2012 und wird von der Beschwerdeführerin nicht bestritten. Strittig ist einzig der psychische Gesundheitszustand, namentlich ob ein unklares Beschwerdebild vorliegt, und die daraus allenfalls resultierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

**8.5** Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, hat im psychiatrischen Teilgutachten des J. \_\_\_\_\_ vom 10. Mai 2014 neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auch eine Dysthymie, eine Panikstörung sowie akzentuierte, emotional instabile Persönlichkeitszüge mit Einfluss

auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Dazu ist festzuhalten, dass eine Dys-thymie (vgl. BGer\_8C\_623/2013 vom 11. März 2014 E. 3.2) wie auch akzentuierte Persönlichkeitszüge (vgl. Urteil des BGer 8C\_897/2013 vom 18. Februar 2014 E. 3.9) nach der Rechtsprechung für sich allein betrachtet keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden darstellen. Für den Gutachter stand im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit – wie er ausdrücklich festhielt – denn auch die Schmerzverarbeitungsstörung im Vordergrund. Das Paniksyndrom, das nicht dauernd und nur episodisch auf-trete, wurde vom Gutachter als nur leicht ausgeprägt eingestuft. Nachdem der Gutachter eine schwere depressive Fehlentwicklung nachvollziehbar ausgeschlossen hat, ist es letztlich unter versicherungsrechtlichen Aspekten auch nicht relevant, ob von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen wäre, ist sie doch letztlich – wie auch die Panikstörung – nicht als ein selbstständiges, vom Schmerzsyndrom losgelöstes Leiden anzusehen, die sich aufgrund ihres Schweregrades unbestreitbar von der somatoformen Schmerzstörung unterscheiden liesse (vgl. Urteil des BGer 8C\_264/2014 vom 5. November 2014 4.3.3; 9C\_246/2012 vom 16. Juli 2012 E. 5.3.3). Die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit basiert damit im Wesentlichen auf einem unklaren Beschwerdebild.

**8.6** Soweit die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf den Bericht des behandelnden Psychiaters vom 27. März 2013 (siehe E. 7.2) vorbringen lässt, dass sie ebenfalls an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) leide, womit sich der Gutachter des J. \_\_\_\_\_ jedoch nicht genügend auseinandergesetzt habe, ist dem nicht zu folgen. Der psychiatrische Experte des J. \_\_\_\_\_ hat in Kenntnis des genannten Berichts das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ausdrücklich verneint. Er hat zwar kurz, aber nachvollziehbar dargelegt, weshalb die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus nicht zu stellen ist. Seine Ausführungen, wonach keine Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten seit den frühen Erwachsenenjahren wie auch nicht auf Konflikte, Traumatisierungen oder Schwierigkeiten in der Kindheit oder während der Schulzeit, vorliegen würden, decken sich mit den von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Anamneseerhebung gemachten Angaben. Dabei hat sie über eine harmonische und gute Kindheit und eine gute Beziehung zu beiden Eltern berichtet. Zudem hat sie normale Schulen besucht und danach eine Lehre absolviert. Dem Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, der ebenfalls keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert hat, und den Berichten der behandelnden Ärzte aus den Jahren 2000 und 2001 sind ebenfalls keine diesbezüglichen Auffälligkeiten zu entnehmen. Eine ausführlichere Auseinandersetzung mit dem Bericht des behandelnden

Psychiaters erübrigte sich auch deshalb, weil in diesem keine psychopathologischen Befunde genannt werden und die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht begründet wird. Der Hinweis des behandelnden Arztes auf frühkindliche Belastungssituationen und Gewalterlebnisse findet in den Akten und den Angaben der Beschwerdeführerin keine Stütze. Im psychiatrischen Teilgutachten des J.\_\_\_\_\_ wird schliesslich gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin und die Akten auch nachvollziehbar festgehalten, dass die Diagnose einer früheren Kokainabhängigkeit nicht der Realität entspreche.

**8.7** Aus dem Dargelegten folgt, dass auch im Zeitpunkt der Rentenüberprüfung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem unklaren Beschwerdebild auszugehen ist. Damit beurteilt sich die Frage der invalidisierenden Wirkung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin nach der geänderten Schmerzrechtsprechung gemäss BGE 141 V 281, die auch bei Rentenüberprüfungen gestützt auf die SchlBst. IVG zur Anwendung kommt (Urteil des BGer 9C\_354/2015 vom 29. Februar 2016 E. 5) und grundsätzlich auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden ist (Urteil des BGer 9C\_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4).

**8.8** Das J.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom 16. Juni 2014 wurde erstellt, bevor das Bundesgericht am 3. Juni 2015 mit BGE 141 V 281 die Rechtsprechung zum invalidisierenden Charakter pathogenetisch-ätiologisch unklarer syndromaler Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage geändert hat. Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren jedoch nicht per se ihren Beweiswert. Im Rahmen einer gesamthafte Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen ist entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6). In sinngemässer Anwendung auf die materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8).

**8.9** Zu klären ist zunächst, ob der psychiatrische Experte des J.\_\_\_\_\_ die Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) den Anforderungen von BGE 141 V 281 entsprechend so begrün-

det hat, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind. Im Rahmen der Diagnosestellung ist nach der geänderten Rechtsprechung dem diagnoseinhärenten Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung vermehrt Rechnung zu tragen. Als vorherrschende Beschwerde bei einer anhaltenden Schmerzstörung ist ein «andauernder, schwerer und quälender Schmerz», der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf, die schwerwiegend genug sein sollten, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten. Die Folge ist gewöhnlich eine beträchtliche persönliche oder medizinische Betreuung oder Zuwendung (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 mit Hinweisen; Urteil des BGer 8C\_77/2016 vom 18. April 2016 E. 5.2).

**8.10** Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung wurde bei der Beschwerdeführerin aktenkundig erstmals im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 30. November 2012 gestellt. Diese Diagnose wurde sodann vom psychiatrischen Gutachter des J. \_\_\_\_\_ übernommen. Keiner der beiden psychiatrischen Experten hat sich jedoch mit dem Schmerzgeschehen substantiiert auseinandergesetzt bzw. schmerzbedingte Beeinträchtigungen im Alltag überprüft (vgl. etwa Urteil des BGer 9C\_125/2015 E. 5.3 und 7.1). Damit fehlt es an den notwendigen Ausführungen zum funktionellen Schweregrad der diagnostizierten Schmerzstörung. Die Experten legten auch nirgends dar, ob bzw. gegebenenfalls welche funktionellen Beeinträchtigungen im Einzelnen durch die Schmerzstörung resultieren und die Arbeitsfähigkeit einschränken. Welche Bereiche vom Schmerzleiden betroffen sind, bleibt vielmehr unklar. Es ist damit nicht nachvollziehbar, ob Dr. med. P. \_\_\_\_\_ dem diagnoseinhärenten Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung im Sinne der geänderten Rechtsprechung ausreichend Rechnung getragen hat. Aus diesen Gründen fehlt es an einer rechtsgenügenden, für den Rechtsanwender nachvollziehbaren Auseinandersetzung mit den klassifikatorischen Vorgaben gemäss ICD-10 Ziff. F45.4 bzw. einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung. Eine solche ist jedoch Bedingung für eine Einschätzung der daraus fliessenden funktionellen Folgen und damit der Arbeitsfähigkeit (BGE 141 V 281 E. 2.2.1; vgl. BGE 9C\_822/2014 vom 29. Oktober 2015 E. 5.2.2).

**8.11** Im Gutachten des J. \_\_\_\_\_ finden sich im Übrigen gewisse Hinweise auf eine Aggravation oder eine ähnliche Erscheinung (BGE 141 V

281 E. 2.2), die den Anspruch auf eine Invalidenrente ausschliessen könnten (BGE 141 V 281 E. 2.2.2). So führte der psychiatrische Experte aus, dass die Schmerzfehlerverarbeitung mit einer ausgesprochenen histrionischen Ausweitungstendenz und auch einer gewissen Aggravationstendenz verbunden sei. Es ist aber nicht ersichtlich, inwiefern der Gutachter dies bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt hat.

**8.12** Selbst wenn in diagnostischer Hinsicht die Anforderungen der Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 als erfüllt zu betrachten und Ausschlussgründe zu verneinen wären, erlaubt das Gutachten des J. \_\_\_\_\_ – wie auch die übrigen vorliegenden medizinischen Akten – keine schlüssige Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit im Lichte der massgebenden Indikatoren (E. 4.5 hievor). Der Psychiater des J. \_\_\_\_\_ beantwortete in erster Linie die Fragen nach einer psychischen Komorbidität und der Überwindbarkeit der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Diese Kriterien sind indessen nach der geänderten Rechtsprechung nicht mehr entscheidend. Diese Mängel wiegen umso mehr, als die Vorinstanz sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht auf die Beurteilung des psychiatrischen Teilgutachtens bzw. des Gesamtgutachtens abgestützt und entgegen dem Ergebnis des Gutachtens die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Verweistätigkeiten von 50 % nicht anerkannt hat.

**8.13** Die Rückschlüsse auf den funktionellen Schweregrad des Leidens ist nicht anhand des vom Gutachter angenommenen primären Krankheitsgewinns, sondern anhand der Indikatoren zu den Komplexen «Gesundheitsschädigung», «Persönlichkeit» und «sozialer Kontext» zu ziehen. Diesbezüglich ergeben sich aus dem Gutachten zwar Erkenntnisse in Bezug auf den Indikator «Komorbiditäten» und auf den Komplex «Persönlichkeitsstruktur». Wie bereits erwähnt, fehlt es aber an Ausführungen zum Schweregrad der Schmerzstörung und zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde. Auch zur Frage nach dem Behandlungserfolg bzw. der Behandlungresistenz lässt sich dem Gutachten nicht entnehmen, ob die von der Beschwerdeführerin bis zum Wegzug nach Deutschland besuchten Therapien lege artis und mit optimaler Kooperation durchgeführt wurden. Weiter fällt ins Gewicht, dass Dr. med. P. \_\_\_\_\_ die Notwendigkeit einer bisher noch nie stattgefundenen verhaltenstherapeutischen Therapie sowie eines Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik anspricht, eine diesbezügliche Auseinandersetzung findet aber in Bezug auf den Indikator «Behandlungserfolg oder Behandlungsresistenz» nicht statt. Ebenso wird unter dem As-

pekt der Konsistenz nicht beleuchtet, ob allenfalls ein fehlender Leidensdruck die Beschwerdeführerin bisher davon abgehalten hat, diese therapeutischen Optionen auszuschöpfen. Schliesslich lässt sich auch der für die Konsistenzprüfung relevante Indikator gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen nicht rechtsgenügend beurteilen. Es ist daher unabdingbar, ein neues interdisziplinäres Gutachten einzuholen, das die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in Einklang mit der geltenden Rechtslage nach Massgabe der im Regelfall heranzuziehenden Standardindikatoren ermöglicht.

**8.14** Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), wenn wie vorliegend die Vorinstanz den Leistungsanspruch noch nicht nach der geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung (siehe E. 4.4 und 4.5) geprüft hat und die massgeblichen Fragen im Zusammenhang mit erhöhten Anforderungen an die Diagnosestellung und dem strukturierten Beweisverfahren in Nachachtung dieser neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung noch völlig ungeklärt sind (vgl. Urteil des BGer 9C\_450/2015 vom 29. März 2016 E. 4.2.2; Urteile des BVer C-4329/2014 vom 11. Januar 2017 E. 10.2, C-5000/2014 vom 21. Oktober 2016 E. 7 und C-4265/2014 vom 21. Januar 2016 E. 7). Die Beurteilung des Leistungsanspruchs muss sich für alle Fachbereiche auf eine aktuelle Aktenlage stützen, weshalb die Vorinstanz nach Aktualisierung der medizinischen Akten bei bisher nicht mit der Beurteilung der Beschwerdeführerin befassten medizinischen Fachpersonen in der Schweiz ein interdisziplinäres, insbesondere internistisch, neurologisches und psychiatrisches MEDAS-Gutachten einzuholen haben wird (bei Bedarf sind auch weitere Disziplinen einzubeziehen). Anders als bei einer Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist bei der Anwendung SchIBst. IVG die Einholung von Verlaufsberichten nicht nötig. Im Rahmen der erneuten Begutachtung ist die neue Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln und sind der Beschwerdeführerin die ihr zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210

E. 3.4.2.9). Bei diesem Ergebnis braucht auf die im Übrigen geltend gemachte materielle Mängel am polydisziplinären Gutachten nicht weiter eingegangen zu werden. Da die Frage des Rentenanspruchs noch völlig offen ist, braucht an dieser Stelle auch nicht über den Anspruch auf geeignete Wiedereingliederungsmassnahmen im Falle einer auf die SchlBst. a IVG gestützten Rentenaufhebung oder -herabsetzung befunden zu werden.

## **9.**

**9.1** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1), sind der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Ihr ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.– nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Da der Vorinstanz gestützt auf Art. 63 Abs. 2 VwVG ebenfalls keine Kosten aufzuerlegen sind, werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**9.2** Die obsiegende Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'700.– (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) gerechtfertigt.

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 10. Februar 2015 aufgehoben und die Streitsache zu weiteren Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.– nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

**3.**

Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'700.– zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde; Beilage: Formular Zahladresse)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- die Q.\_\_\_\_\_ Pensionskasse (Gerichtsurkunde)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)
- die Gemeinde K.\_\_\_\_\_ (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, sofern die Voraussetzungen gemäss den Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) gegeben sind. Die Rechtschrift 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: