



## Urteil vom 3. Oktober 2018

---

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),  
Richterin Franziska Schneider,  
Richter Michael Peterli,  
Gerichtsschreiber Matthias Burri-Küng.

---

Parteien

**A.**\_\_\_\_\_, (Türkei),  
vertreten durch lic. iur. Amanda Guyot, Rechtsanwältin,  
Beschwerdeführerin,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenrevision, Verfügung der IVSTA  
vom 28. Februar 2017.

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

**A.a** Die am (...) 1979 geborene türkische Staatsangehörige A. \_\_\_\_\_ (*nachfolgend*: Beschwerdeführerin) meldete sich am 25. März 2004 bei der IV-Stelle der Sozialversicherungsanstalt des Kantons B. \_\_\_\_\_ zum Bezug von Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung (IV) an (act. 2-1 ff.). Zuletzt war sie bei der C. \_\_\_\_\_ AG als Näherin angestellt (act. 7-1 ff.). Die IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ tätigte in der Folge beruflich-erwerbliche Abklärungen (act. 3 ff.). Mit Verfügung vom 17. August 2005 verneinte sie den Anspruch auf eine Invalidenrente (act. 27-1 f.). Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ mit Einspracheentscheid vom 10. Januar 2006 ab (act. 38-8 ff.).

**A.b** Gegen diesen Einspracheentscheid liess die Beschwerdeführerin am 10. Januar 2006 Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons B. \_\_\_\_\_ erheben (act. 39-8 ff.). Mit Entscheid IV 2006/27 vom 20. Februar 2007 hiess das Versicherungsgericht des Kantons B. \_\_\_\_\_ die Beschwerde gut und sprach der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. April 2004 eine Dreiviertelsrente der IV zu (act. 42-1 ff.). Auf die gegen dieses Urteil von der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil vom 9C\_171/2007 vom 24. Juli 2007 nicht ein (act. 47-6 ff.).

**B.**

**B.a** Die im Jahr 2008 durchgeführte Überprüfung des Rentenanspruchs schloss die IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ am 25. November 2008 mit Mitteilung eines unveränderten Rentenanspruchs (act. 49-5 f.).

**B.b** Infolge Wohnsitznahme in der Türkei leitete die IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ die IV-Akten der Beschwerdeführerin am 2. Dezember 2010 an die zuständige IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA (*nachfolgend*: Vorinstanz) weiter, mit dem Hinweis, dass die nächste Rentenrevision per 1. November 2013 vorgesehen sei (act. 60 f.).

**B.c** Nach Rückfrage bei IV-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (act. 70-1 f.) beschloss die Vorinstanz am 31. Juli 2013, eine Überprüfung des Rentenanspruchs gestützt auf die am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision eingeleitet (erstes Massnahmenpaket, SchlBest. IVG) durchzuführen (act. 71). Am 30. September 2013 wurde der

Beschwerdeführerin mitgeteilt, dass eine allgemeinmedizinische, psychiatrische und rheumatologische Abklärung in der Schweiz notwendig sei (act. 77-1 f.). Die Beschwerdeführerin wurde am 10. September 2014 im E. \_\_\_\_\_ untersucht und begutachtet (act. 85-1 ff.). Gestützt auf das Gutachten des E. \_\_\_\_\_ vom 23. September 2014 (act. 90-1 ff.), kündigte die Vorinstanz der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 2. Februar 2015 an, dass kein Anspruch auf eine Rente mehr bestehe (act. 99-1 ff.).

**B.d** Gegen diesen Vorbescheid liess die Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Marco Büchel, am 17. März 2015 Einwand erheben (act. 104-1 ff.). Mit Verfügung vom 8. Juni 2015 hielt die Vorinstanz an ihrem Vorbescheid fest und stellte die Rentenleistungen per 1. August 2015 ein (act. 110-1 ff.).

**B.e** Gegen diese Verfügung liess die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 10. Juli 2015 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erheben (C-4295/2015, BVGer act. 1).

**B.f** Aufgrund des zwischenzeitlich ergangenen Urteils des Bundesgerichts 9C\_492/2014 vom (publiziert als BGE 140 V 251) betreffend Änderung der Rechtsprechung im Zusammenhang mit syndromalen Beschwerdebildern, beantragte die Vorinstanz mit Vernehmlassung vom 14. Oktober 2015 die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Rückweisung der Sache zur Beurteilung des Rentenanspruchs im Lichte der Indikatorenrechtsprechung gemäss vorgenanntem bundesgerichtlichen Urteil (C-4295/2014, BVGer act. 9).

**B.g** Nachdem sich die Beschwerdeführerin mit der Rückweisung der Sache gemäss Antrag der Vorinstanz einverstanden erklärte, hiess das Bundesverwaltungsgericht die Beschwerde mit Urteil C-429/2014 vom 20. November 2015 insoweit gut, als es die Verfügung vom 8. Juni 2015 aufhob und die Sache an die Vorinstanz zurückwies, damit diese nach erfolgter ergänzender Abklärungen über den Leistungsanspruch neu verfüge (C-4295/2014, BVGer act. 14).

## **C.**

**C.a** In der Folge holte die Vorinstanz aktuelle medizinische Berichte ein (act. 123-1, 124 ff.). Am 4. Mai 2016 ordnete sie eine interdisziplinäre psychiatrische und rheumatologische Begutachtung in der Schweiz an (act. 130-1 f.). Gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten vom 24. Oktober

2016 (act. 152-1 ff., 153-1 ff.) kündigte die Vorinstanz der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 28. Dezember 2016 an, dass die Rente zu Recht ab dem 1. August 2015 aufgehoben worden sei (act. 160-1 ff.).

**C.b** Gegen diesen Vorbescheid liess die Beschwerdeführerin, vertreten durch lic. iur. Rechtsanwalt Marco Büchel, am 26. Januar 2017 Einwand erheben (act. 163-1 ff.). Mit Verfügung vom 28. Februar 2017 hielt die Vorinstanz an ihrem Vorbescheid fest und bestätigte die Rentenaufhebung ab dem 1. August 2015 (act. 167-1 ff.).

## **D.**

**D.a** Gegen diese Verfügung liess die Beschwerdeführerin, nunmehr vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Amanda Guyot, mit Eingabe vom 27. März 2017 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erheben (BVGer act. 1). Die Verfügung vom 28. Februar 2017 sei aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin weiterhin eine Dreiviertelsrente auszurichten, wobei diese seit der Einstellung per 1. August 2015 nachzuzahlen sei. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Subeventualiter sei die Vorinstanz zu verpflichten, berufliche Massnahmen zu prüfen und erforderlichenfalls zu gewähren. Zudem sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteistandung zu gewähren.

**D.b** Nachdem die Beschwerdeführerin am 25. April 2017 das Formular "Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege" samt Beweismitteln nachgereicht hatte (BVGer act. 4), wurde das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Zwischenverfügung vom 10. Mai 2017 gutgeheissen und der Beschwerdeführerin Rechtsanwältin lic. iur. Amanda Guyot als amtliche bestellte Rechtsvertreterin beigeordnet (BVGer act. 5).

**D.c** Mit Vernehmlassung vom 18. Mai 2017 beantragte die Vorinstanz die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (BVGer act 7).

**D.d** Nachdem die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 24. Mai 2017 auf die Einreichung einer Replik verzichtet hatte (BVGer act. 9), wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 31. Mai 2017 per 12. Juni 2017 abgeschlossen (BVGer act 10).

## **E.**

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

## **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]) und die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 27. März 2017 einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

### **2.**

**2.1** Die Beschwerdeführerin kann im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids beanstanden (Art. 49 VwVG).

**2.2** Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2009/65 E. 2.1).

### **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; *im Folgenden*: 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). Ferner besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

**3.2** In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. BGE 130 V 329). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (*pro rata temporis*; vgl. BGE 130 V 445).

#### **4.**

Strittig zwischen den Parteien ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Nachfolgend wird zunächst zu prüfen sein, ob die Vorinstanz die Rente der Beschwerdeführerin zu Recht gestützt auf Bst. a Abs. 1 der SchIBest. IVG aufgehoben hat.

**4.1** Zur Begründung der angefochtenen Verfügung führte die Vorinstanz im Wesentlichen aus, unter Anwendung der Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a bestünden keine funktionellen Einschränkungen, welche eine Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würden (act. 167-2). Ergänzend führte die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung vom 18. Mai 2017 aus, dass im Rahmen des interdisziplinären Gutachtens vom 23. September 2014 (gemeint ist das Gutachten des E.\_\_\_\_\_) kein klar fassbares somatisches Krankheitsbild habe diagnostiziert werden können. Die Depression sei eine nicht eigenständige, sondern als eine depressive Stimmungslage aufgrund einer reaktiven Begleiterscheinung somatoformer Schmerzstörungen definiert worden. Die Rentenrevision gemäss Bst. a Abs. 1 der SchIBest. IVG sei

daher zu Recht erfolgt. Ferner sei festzuhalten, dass dies im vorangegangenen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts nicht in Frage gestellt worden sei (BVGer act. 7).

**4.2** Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, die Voraussetzungen einer Rentenaufhebung gestützt auf Bst. a Abs. 1 der SchIBest. IVG seien vorliegend nicht erfüllt (BVGer act. 1, S. 10 f.). Der Beschwerdeführerin sei nicht ausschliesslich gestützt auf ein unklares syndromales Beschwerdebild eine Rente zugesprochen worden. Es treffe zwar zu, dass unter anderem die somatoforme Schmerzstörung in Form eines cervico-spondylogenen Schmerzsyndroms relevant gewesen sei. Allerdings sei die langanhaltende ausgeprägte Depression selbständig berücksichtigt worden. Der Regionalärztliche Dienst (RAD) habe damals die Auffassung vertreten, dass mit den Berichten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ bereits eine genügende psychiatrische Beurteilung vorgelegen habe. Es sei daher festzuhalten, dass die Rentenzusprache aufgrund des Schmerzsyndroms und der langanhaltenden und ausgeprägten Depression als eigenständige Erkrankung erfolgt sei. Somit stehe fest, dass die Rentenrevision nach Bst. a Abs. 1 der SchIBest. IVG nicht zulässig sei.

## **5.**

Die Rechtslage präsentiert sich wie folgt:

**5.1** Nach Bst. a Abs. 1 SchIBest. 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. Sie findet laut Bst. a Abs. 4 SchIBest. 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. Bst. a Abs. 3 SchIBest. IVG sieht vor, dass bei Durchführung von Massnahmen nach Art. 8a IVG die Rente bis zum Abschluss dieser Massnahmen weiter ausgerichtet wird, längstens aber während zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung.

**5.2** In materieller Hinsicht ergibt sich die Anwendbarkeit von Bst. a SchIBest. IVG ausschliesslich aus der Natur des Gesundheitsschadens, auf dem die Rentenzusprechung beruht (vgl. Urteil des BGer 9C\_379/2013

vom 13. November 2013 E. 3.2.3). Unklare Beschwerdebilder, wie sie in den SchIBest. 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), wobei es mit Blick auf die Zielsetzung von Bst. a SchIBest. IVG auf die Natur des Gesundheitsschadens und nicht auf eine präzise Diagnose ankommt (vgl. Urteil des BGer 9C\_384/2014 vom 10. Juli 2014 E. 3.2)

**5.3** Nach BGE 140 V 197 E. 6.2.3 sind vom Anwendungsbereich von Bst. a Abs. 1 SchIBest. IVG laufende Renten nur auszunehmen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden beruhen. Lassen sich unklare Beschwerden von erklärbaren Beschwerden trennen, können die SchIBest. IVG auf erstere Anwendung finden. Gemäss Urteil des BGer 8C\_34/2014 vom 8. Juli 2014 E. 4.2 fällt eine Herabsetzung oder Aufhebung unter dem Titel von Bst. a Abs. 1 SchIBest. IVG lediglich ausser Betracht, wenn unklare und erklärbare Beschwerden zwar diagnostisch unterscheidbar sind, aber bezüglich der darauf zurückführenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit keine exakte Abgrenzung erlauben (sogenannter "Mischsachverhalt").

## **6.**

Zunächst ist festzuhalten, dass das vorangegangene Urteil des Bundesverwaltungsgericht C-4295/2014 vom 20. November 2015 der Prüfung der Rechtmässigkeit der Überprüfung des Rentenanspruchs nach Bst. a Abs. 1 SchIBest. IVG nicht entgegensteht, da sich diesbezüglich keine Erwägungen im Urteil finden.

**6.1** Zwischen den Parteien zu Recht nicht umstritten ist, dass keiner der Ausschlussgründe nach Bst. a Abs. 4 SchIBest. IVG gegeben ist. Bei Inkrafttreten von Bst. a Abs. 1 SchIBest. am 1. Januar 2012 war die 1979 geborene Beschwerdeführerin noch nicht 55 Jahre alt. Mit Blick auf den Zeitraum vom 1. April 2004 (Anspruchsbeginn) bis zur Einleitung der Überprüfung im Juli 2013 ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin während dieser Zeit noch nicht während mehr als 15 Jahren eine Rente bezogen hat.

**6.2** Die ursprüngliche Zusprache der Dreiviertelsrente erfolgte vorliegend mit Urteil des Versicherungsgerichts B.\_\_\_\_\_ IV 2006/27 vom 20. Februar 2007 (act. 42-1 ff.). Darin wurde in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen Folgendes festgehalten: Dr. med. F.\_\_\_\_\_ habe eine langanhaltende

tende ausgeprägte Depression und somatoforme Schmerzstörung mit Betonung auf der rechten Körperhälfte und einer kleinen Diskushernie C6/C7 diagnostiziert. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ habe eine langanhaltende Depression, ein Verdacht auf ein Fibromyalgiesyndrom und eine Zervikobrachialgie bei Diskushernie C6/C7 links diagnostiziert (vgl. act. 42-2 f.). Gestützt auf diese Berichte kam das Versicherungsgericht B. \_\_\_\_\_ in Übereinstimmung mit dem RAD zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit noch zu 50 % arbeitsfähig sei (act. 42-3 f., vgl. insbesondere auch 42-7 Ziff. 4). Das Versicherungsgericht des Kantons B. \_\_\_\_\_ stufte die Beschwerdeführerin als voll Erwerbstätige ein und ermittelte anhand eines Einkommensvergleichs einen Invaliditätsgrad von 60 % (vgl. act. 42-7 Ziff. 2 und 4).

Zwar sind damit die unklaren (somatoforme Schmerzstörung, vgl. BGE 130 V 352; Fibromyalgiesyndrom, vgl. BGE 132 V 65) und die erklärbaren (langanhaltende ausgeprägte Depression; Zervikobrachialgie bei Diskushernie C6/C7) Beschwerden auf diagnostischer Ebene unterscheidbar, jedoch lässt sich weder dem Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons B. \_\_\_\_\_ noch den entsprechenden Arztberichten bzw. den Stellungnahmen des RAD eine exakte Abgrenzung der auf die einzelnen Diagnosen zurückzuführenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeiten entnehmen. Diese Einschätzung erscheint vor dem Hintergrund der damaligen Sach- und Rechtslage (einschliesslich der Rechtspraxis im Zeitpunkt der Leistungszusprache) sowie dem Umstand, dass ärztliche Einschätzungen stets eine Ermessensausübung beinhalten, vertretbar (vgl. auch BGE 125 V 383 E. 3). Die Rentenzusprache erfolgte somit auf einem sogenannten "Mischsachverhalt", der einer (voraussetzungslosen) Überprüfung nach Bst. a Abs. 1 der SchIBest. IVG nicht zugänglich ist (Urteile des BGer 9C\_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.6, in: SVR 2014 IV Nr. 39 S. 137; 9C\_308/2013 vom 26. August 2013 E. 5.1).

## 7.

**7.1** Die Vorinstanz hat die Rentenaufhebung in ihrer Vernehmlassung vom 18. Mai 2017 (alternativ) mit einer anspruchserheblichen Sachverhaltsveränderung nach Art. 17 Abs. 1 ATSG begründet (BVGer act. 7). Gestützt auf das interdisziplinäre rheumatologische und psychiatrische Gutachten von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ und Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2016 sei davon auszugehen, dass aus psychiatrischer Sicht die in den Vorakten postulierte depressive Episode als remittiert zu erachten sei. Eine relevante Arbeitsunfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht sei aufgrund der

anhaltenden Schmerzstörung für keinen Zeitraum begründbar. Zu diesem Schluss gelange auch der im Anschluss beurteilende IV-Facharzt für Psychiatrie mit Bericht vom 19. Dezember 2016. Danach seien die Standardindikatoren korrekt angewandt worden und hätten keinen eindeutigen, nachvollziehbaren Schluss zugelassen, wonach funktionelle Einschränkungen bestünden, die eine Arbeitsunfähigkeit begründeten. Auch der rheumatologische Gutachter sei zur Schlussfolgerung gelangt, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Näherin aufgrund der Leiden nie anhaltend eingeschränkt gewesen sei. Ebenfalls bestehe keine Einschränkung für leicht bis mittelgradige körperliche Belastungen. Eine invaliditätsrelevante, langandauernde Arbeitsunfähigkeit in ausserhäuslichen wie auch in häuslichen Tätigkeiten sei folglich nicht gegeben. Sodann bestehe kein Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen, da die Beschwerdeführerin weder obligatorisch noch freiwillig versichert sei.

**7.2** Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, die Vorinstanz habe keine Veränderung des Gesundheitszustands mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen können, sodass auch nicht von einer erheblichen Veränderung des Invaliditätsgrades ausgegangen werden könne. Auch eine ordentliche Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sei daher nicht zulässig (BVGer act. 1, Rz. 24). Zur Begründung macht sie im Wesentlichen geltend, die Vorinstanz habe ihre Abklärungspflicht in mehrfacher Hinsicht verletzt. Zunächst habe sie im Rahmen der Begutachtung durch das E.\_\_\_\_\_ gänzlich darauf verzichtet, Arztberichte der behandelnden türkischen Ärzte einzuholen. Der im E.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom September 2014 erwähnte letzte Verlaufsbericht datiere vom Oktober 2008 und sei somit im Zeitpunkt der Erstbegutachtung bereits 6 Jahre alt gewesen. Auch der psychiatrische E.\_\_\_\_\_ -Gutachter Dr. med. J.\_\_\_\_\_ habe keine aktuellen Arztberichte eingeholt, obwohl die Beschwerdeführerin ausgeführt habe, dass sie regelmässig in psychiatrischer Behandlung sei und Psychopharmaka einnehme. Auch im Rahmen der zweiten Begutachtung im Nachgang zum Rückweisungsentscheid des Bundesverwaltungsgerichts \_\_\_\_\_ habe \_\_\_\_\_ die Vorinstanz ihre Abklärungspflicht (erneut) verletzt, indem sie es dem damaligen Rechtsvertreter überlassen habe, die relevanten Arztberichte der behandelnden Ärzte aus der Türkei einzuholen. Nachdem die Berichte der behandelnden Ärzte Dr. med. K.\_\_\_\_\_ und Dr. med. L.\_\_\_\_\_ vorlagen, habe die Vorinstanz darauf verzichtet ergänzende Fragen zu stellen, was zwingend notwendig gewesen wäre, da es sich bei den Berichten der

behandelnden Ärzte nur um Kurzberichte gehandelt habe. Aufgrund unvollständigen Aktenlage seien beide im Recht liegende Gutachten nicht beweiskräftig (BVGer act. 1, Rz. 20). Das psychiatrische E.\_\_\_\_\_-Teilgutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_\_-stelle als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Episode, wobei eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % festgestellt worden sei. Auf das E.\_\_\_\_\_-Gutachten könne nicht abgestellt werden, da es der neuen Rechtsprechung zu den Standardindikatoren nicht genüge. Gemäss dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_\_-vom 24. Oktober 2016 solle die Depression mittlerweile gar remittiert sein. Dies überzeuge nicht, sei doch bereits anlässlich der Rentenzusprache eine langanhaltende Depression bestätigt worden. Es handle sich beim Leiden der Beschwerdeführerin nicht um eine blosser Episode, sondern um eine ausgeprägte, therapieresistente schwere depressive Störung. Die Beschwerdeführerin befinde sich nach wie vor in psychiatrischer Behandlung und nehme auch Psychopharmaka ein. Bezüglich der von Dr. med. I.\_\_\_\_\_-festgehaltenen "feindseligen Grundhaltung bei depressiver Verstimmung" sei festzuhalten, dass es sich dabei nicht um eine Diagnose handle. Selbst wenn man den Gutachter nicht als befangen einstufe, sei daraus doch eine mangelhafte Würdigung der Umstände und eine mangelnde Objektivität ersichtlich (BVGer act. 1, Rz. 21). Ein weiterer schwerwiegender Mangel im interdisziplinären Gutachten vom 24. Oktober 2016, sei die fehlende Würdigung des Suizidversuchs. Im psychiatrischen Gutachten werde der Suizidversuch nicht einmal erwähnt, obwohl dieser zweifelsfrei ein Indiz für eine schwere depressive Episode darstelle (BVGer act. 1, Rz. 22). Des Weiteren wären anlässlich einer Aufhebung der IV-Rente absolut zwingend berufliche Massnahmen zu prüfen und erforderlichenfalls zu gewähren, da die Beschwerdeführerin keine Ausbildung absolviert habe, in der Türkei nie und in der Schweiz nur wenige Jahre als ungelernte Näherin gearbeitet habe. Die Beschwerdeführerin beziehe seit über 10 Jahren eine Rente. Es sei daher utopisch, dass sie sich selber in den Arbeitsprozess eingliedern könne. Dabei wäre auch zu prüfen, ob die Restarbeitsfähigkeit überhaupt verwertbar sei (BVGer act. 1, Rz. 23).

**7.3** 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).

**7.4** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit

den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b; AHI 1997 S. 288 E. 2b). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

**7.5** Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt indessen nicht zu einer materiellen Revision (BGE 115 V 308 E. 4a/bb; SVR 2004 IV Nr. 5 S. 13 E. 2, I 574/02). Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen (URS MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, Rz. 490). Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen (vgl. Urteil des BGer 9C\_243/2010 vom 28. Juni 2011 E. 3.4.2.3). Auch eine Veränderung von versicherungsmedizinischen Beurteilungsparametern kann zu einer abweichenden ärztlichen Schlussfolgerung hinsichtlich eines tatsächlich gleich gebliebenen Zustandes führen. Eine neue medizinische Beurteilung etwa, die mit der Entwicklung der Rechtspraxis begründet wird, kann weder unter dem Gesichtspunkt von Art. 17 ATSG noch unter einem anderen Anpassungstitel eine neue Beurteilung des Anspruchs veranlassen (BGE 135 V 201 und 215; vgl. aber die am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmung a der Änderung des IVG vom 18. März 2011). Eine zwischenzeitlich veränderte Rechtspraxis darf erst im Rahmen einer festgestellten erheblichen Tatsachenänderung berücksichtigt werden. Sie könnte auch nicht als Grundlage für eine Wiedererwägung herangezogen werden, weil deren Voraussetzungen vor dem Hintergrund der Rechtspraxis im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung beurteilt werden.

**7.6** Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a).

**7.7** Im Rahmen einer Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG bildet zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Überprüfung des Leistungsanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Ermittlung des Invaliditätsgrades (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung im erwerblichen oder im Aufgabenbereich) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4 und das Urteil des BGer 9C\_889/2011 vom 8. Februar 2012 E. 3.2).

## **8.**

**8.1** Zunächst ist festzuhalten, dass die geänderte Rechtsprechung zu Erkrankungen aus dem somatoformen und depressiven Formenkreis (vgl. BGE 141 V 208, BGE 143 V 409 und 143 V 418) für sich allein kein Revisionsgrund darstellt (vgl. BGE 141 V 585 E. 5). Sie darf erst im Rahmen einer festgestellten erheblichen Tatsachenänderung berücksichtigt werden (vgl. auch vorstehende E. 6.3.3). Ob sich der Sachverhalt vorliegend anspruchserheblich verändert hat, ist nachfolgend zu prüfen. Zeitliche Vergleichsbasis ist die Rentenzusprache mit Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons B. \_\_\_\_\_ IV 2006/27 vom 20. Februar 2007.

**8.2** Wie bereits erwähnt, basierte die Rentenzusprache im Wesentlichen auf den Arztberichten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 22. April 2003 (act. 35-1 f.), 22. April 2004 (act. 4-5 f.), 12. Mai 2005 (19-1 ff.), und 23. Dezember 2005 (act 19-4). Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nannte folgende Diagnosen: langanhaltende ausgeprägte Depression und somatoforme Schmerzstörung mit Betonung auf der rechten Körperhälfte bei sozio-kulturellen, familiären Belastungen und ungenügender Integration und einer kleiner Diskushernie C6/C7 (act. 4-5 f.). Befundmässig wurden rechtsseitig diffuse Schmerzen

im Nacken-, Rücken- und Armbereich festgehalten. Die Beschwerdeführerin fühle sich stets müde und ermüde rasch. Sie habe keine Kraft, um irgendetwas zu machen. Sie könne nicht einmal die nötigen Haushaltarbeiten erledigen. Die Grundstimmung sei stark gedrückt. Sie sei unsicher, zurückgezogen, antriebsarm, stark pessimistisch, habe deutliche Konzentrationsstörungen, ihre Belastbarkeit und Ausdauer seien reduziert. Die Arbeitsversuche seien gescheitert, ihr sei gekündigt worden. Die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit schätzte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ auf 50 % ein. In seinem Bericht vom 23. Dezember 2005 bestätigte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ sodann, dass trotz hochdosierter antidepressiver Behandlung keine fassbare Änderung am Gesundheitszustand habe festgestellt werden können (act. 36). Es bestünden weiterhin eine stark reduzierte Belastbarkeit und diffuse, störende Schmerzen. Die Beschwerdeführerin sei apathisch, müde und ermüde rasch.

**8.3** Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den – hier dem medizinischen Gutachten zu entnehmenden – Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befundes und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht (vgl. Urteil des BGer 9C\_418/2010 vom 28. August 2011 E. 4.2).

**8.4** Im Recht liegen das polydisziplinäre Gutachten des E.\_\_\_\_\_ vom 23. September 2014 sowie das bidisziplinäre Gutachten vom 24. Oktober 2016. Die Rückweisung der Sache im vorangegangenen Beschwerdeverfahren auf Antrag der Vorinstanz, erfolgte zur Beurteilung des Rentenanspruchs im Lichte der neuen Indikatorenrechtsprechung. Mithin wurde das E.\_\_\_\_\_-Gutachten als nicht ausreichend erachtet, um den Rentenanspruch anhand der Indikatorenrechtsprechung zu prüfen. Wie bereits erwähnt, kommt diese neue Rechtspraxis im Rahmen einer ordentlichen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG jedoch erst dann zum tragen, wenn eine anspruchserhebliche Veränderung des Sachverhalts nachgewiesen ist. Zur Beurteilung der Frage, ob vorliegend ein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG gegeben ist (insbesondere zur Verlaufsbeurteilung), kann das

E. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 23. September 2014 indessen berücksichtigt werden.

## 8.5

**8.5.1** Die Beschwerdeführerin wurde am 10. September 2014 im E. \_\_\_\_\_ allgemeinmedizinisch, orthopädisch und psychiatrisch untersucht und begutachtet (act. 90-1 ff.). Die Gutachter nannten folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (act. 90-17): Leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen genannt: chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41); Chronische Nacken-, Schulter-, Arm- und Handbeschwerden beidseits ohne fassbare radikuläre Symptomatik (radiologisch bis auf kleine Diskushernie HWK 6/7 mit möglicher Affektion der Nervenwurzel C7 links unauffälliger Befund [MRI 24.01.2013]); chronische Beschwerden im linksseitigen Lumbal- und Beckenbereich (ICD-10 M54.5/M79.60; freie Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte sowie der unteren Extremitäten); Senk-, Spreizfuss beidseits und beginnender Hallux valgus rechts (ICD-10 M21.07). Für die Diskrepanz der subjektiv geklagten (somatischen) Beschwerden und den objektivierbaren Befunden verantwortlich sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, welche jedoch per se nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe. Die aus psychiatrischer Sicht diagnostizierte leichte bis mittelgradige depressive Episode führe zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. In der interdisziplinären Konsensbesprechung seien die beteiligten Gutachter zum Schluss gekommen, dass bei der Beschwerdeführerin in sämtlichen körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 25 kg eine 80 %-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit reduziertem Rendement (act. 90-18).

**8.5.2** Aus somatischer Sicht wurden befundmässig bereits im Zeitpunkt der Rentenzusprache rechtsseitig diffuse Schmerzen im Nacken-, Rücken- und Armbereich festgestellt (vgl. vorstehende E. 7.2). Dies war ursächlich zur Diagnosestellung einer somatoformen Schmerzstörung bzw. zum geäusserten Verdacht auf ein Fibromyalgiesyndrom. Aus orthopädischer Sicht wurden im E. \_\_\_\_\_-Gutachten unverändert diffuse Beschwerden beschrieben, die durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht genügend nachvollziehbar und als Hinweise auf eine erhebliche nicht-organische Komponente der Beschwerden zu werten seien (act. 90-13 ff., 90-18). Insofern ist aus somatischer Sicht keine anspruchserhebliche Veränderung des Sachverhalts auszumachen.

**8.5.3** Im psychiatrischen Teilgutachten des E. \_\_\_\_\_ wurden befundmässig verminderte Freudeempfindungsfähigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, verminderter Appetit bei konstantem Gewichtsverlauf, Schlafstörungen und negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation festgehalten. Die Beschwerdeführerin leide vor allem auch unter diffusen, ausgeweiteten Schmerzen im Bewegungsapparat, deren Ausmass sich durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivieren liessen, sodass eine psychische Überlagerung, die nicht nur mit einer Somatisierung im Rahmen der Depression erklärt werden könne, angenommen werden müsse (act. 90-10). Diagnostisch handle es sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Deutlich schwere psychosoziale oder emotionale Belastungsfaktoren, die als hauptsächlich für ursächliche Einflüsse der Schmerzen sein könnten, bestünden nicht. Es bestünden auch keine lebensgeschichtlich frühen Belastungen, die eine deutliche Relevanz hätten, um sich negativ auf den Gesundheitszustand auszuwirken. Die Diagnose einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung könne nicht gestellt werden. Es handle sich auch nicht um eine einfache Schmerzverarbeitungsstörung, da doch auch Belastungsfaktoren neben den somatischen Korrelaten bestünden. Die Symptomatik sei noch immer ausgeprägt. Der Verlauf sei chronisch (act. 90-11).

Hinsichtlich des Zustands im Zeitpunkt der Rentenzusprache wurde im psychiatrischen Teilgutachten festgehalten, dass dieser rückwirkend nicht richtig beurteilt werden könne. Die damalige Rentenzusprache hätte mit grosser Wahrscheinlichkeit mit den heute geltenden versicherungsmedizinischen Richtlinien nicht begründet werden können (act. 90-12).

**8.5.4** Aus dem Gesagten geht hervor, dass bei der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung durch das E. \_\_\_\_\_ nach wie vor diffuse Schmerzen im Nacken-, Rücken- und Armbereich vorlagen, welche im Gutachten als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren beurteilt wurden. Aus psychiatrischer Sicht wurde weiter eine leichte bis mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Eine Veränderung des Leidens auf der "Seinsebene" zum Zustand im Zeitpunkt der Rentenzusprache konnte indessen nicht ausreichend dargelegt werden, zumal sich die erhobenen psychiatrischen Befunde nicht wesentlich von jenen im Zeitpunkt der Rentenzusprache unterschieden. Sodann führte der psychiatrische Gutachter aus, dass der Zustand zur Zeit der Rentenzusprache rückwirkend nicht richtig beurteilt werden könne. Andererseits wurde die Symptomatik als ausgeprägt und der Verlauf als chronisch beurteilt, was

für einen unveränderten Zustand spricht und zudem die Diagnose lediglich einer Episode in Frage stellt. Die psychiatrische Begutachtung erscheint insgesamt überwiegend eine medizinische originäre Neubeurteilung zu sein. Soweit der psychiatrische Gutachter auf veränderte versicherungsmedizinische Richtlinien hinweist, ist festzuhalten, dass diese weder unter dem Gesichtspunkt von Art. 17 ATSG noch unter einem anderen Anpassungstitel zum Anlass für eine neue Beurteilung des Anspruchs genommen werden kann (vgl. Urteil des BGer 9C\_418/2010 E. 4.1).

**8.5.5** Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung im E. \_\_\_\_\_ am 10. September 2014 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts eingetreten war und die Einschätzungen der E. \_\_\_\_\_-Gutachter als originäre medizinische Neubeurteilung, das heisst, um eine im Sinn der Rechtsprechung nicht revisionsbegründende abweichende Einschätzung, zu werten sind.

## **8.6**

**8.6.1** Im Nachgang zum vorangegangenen Beschwerdeverfahren, wurde die Beschwerdeführerin am 11. Oktober 2016 rheumatologisch und psychiatrisch untersucht und begutachtet. Im rheumatologischen Teilgutachten vom 24. Oktober 2016 (act. 151-1 ff., 153-1 f.) wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (act. 151-7). Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende genannt:

- Anhaltende Schmerzstörung
- Chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom
  - nicht ausreichend somatisch abstützbar
  - krankheitsfremde Faktoren
  - primäres Fibromyalgie-Syndrom
  - betont im Bereich der oberen im Vergleich zur unteren Körperhälfte
  - Panalgie
  - nicht dermatobezogene Hyposensibilität für ausschliesslich taktile Reize der ganzen linken Körperhälfte, inklusive der Stirnregion, bei allseits normalen Lage- und Vibrationssinn
  - diffuse Druckschmerzangabe
  - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke (Panvertebralsyndrom mit diffuser Ausstrahlung in die angrenzenden Körperabschnitte)

- multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Lustlosigkeit, Schmerzen im Brustkorb und Bauchraum, Zittern im Körper, Schmerzen im Gesicht
- Diffuse idiopathische skeletale Hyperostose
- Leichtgradige Senk- und Spreizfüsse
- Übergewicht bei BMI von 28.9 kg/m<sup>2</sup>
- Gestörte Gluconeogenese
- Anamnestisches Reizmagen-Syndrom

Im psychiatrischen Teilgutachten wurden folgende Diagnosen aufgeführt (act. 153-14):

- Anhaltende Schmerzstörung (F45.4)
  - mit feindseliger und misstrauischer Grundhaltung bei einer depressiven Verstimmung
  - mit depressiver Störung (gegenwärtig remittiert, F32.4 / F33.4)

In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die somatisch-rheumatologische Komponente als auch die psychosomatisch-psychiatrische Komponente berücksichtige, kamen die Gutachter zum Schluss, dass für die in der Schweiz früher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht abgestützt und seit spätestens dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung keine Arbeitsunfähigkeit begründet werden könne (act. 151-14 f., 153-22 f.).

**8.6.2** Im rheumatologischen Teilgutachten kam der Gutachter zum Schluss, dass er die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützlich beurteile (act. 151-13). Diese Situation traf bereits sowohl auf den Zeitpunkt der Rentenzusprache als auch auf die Begutachtung des E. \_\_\_\_\_ zu. Sodann bestand bereits damals zumindest ein Verdacht auf ein Fibromyalgiesyndrom (vgl. act. 9-5). Aus somatischer Sicht ist daher keine anspruchserhebliche Veränderung des Sachverhalts auszumachen.

**8.6.3** Im psychiatrischen Teilgutachten führt der Gutachter aus, anlässlich der aktuellen Untersuchung seien die objektivierbaren psychopathologischen Befunde gering ausgeprägt. Es sei aus psychiatrischer-psychotherapeutischer Sicht weiterhin von einer anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) auszugehen. Eine depressive Störung sei remittiert (F32.4/

F33.4). Es stehe gegenwärtig eine (v.a. subjektive) Stimmung bei einer feindseligen und misstrauischen Grundhaltung im Vordergrund des klinischen Bildes (act. 153-16).

Der psychiatrische Gutachter geht weiterhin von einer anhaltenden Schmerzstörung aus. Im Zeitpunkt der Rentenzusprache lautete die diesbezügliche Diagnose somatoforme Schmerzstörung. Im E. \_\_\_\_\_-Gutachten wurde die Diagnose chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren genannt. Damit lässt sich zwar allenfalls ein Unterschied auf diagnostischer Ebene feststellen. Inwiefern sich diese Diagnose im Vergleich zum Zeitpunkt geringfügiger auf die Arbeitsfähigkeit auswirken sollte, wird im psychiatrischen Gutachten indessen nicht begründet. Im E. \_\_\_\_\_-Gutachten wurde die Symptomatik jedenfalls als ausgeprägt und der Verlauf als chronisch bewertet (act. 90-11).

Eine nähere Schilderung der vom Gutachter nunmehr als gering erachteten psychopathologischen Befunde, welche auf eine Remission der depressiven Störung schliessen lässt, kann dem Gutachten ebenfalls nicht entnommen werden. Er scheint sich bei seiner Einschätzung insbesondere auf die Ergebnisse der Beurteilung nach der MADRS Skala zu beziehen. Dabei handelt es sich um ein Fremdbeurteilungsverfahren, das vom psychiatrischen Beurteiler vorgenommen wird (vgl. die Ausführungen zur MADRS Skala in act. 153-12). Eine ausführliche Begründung, auf welchen klinischen Grundlagen die Einschätzungen des Gutachters bei Anwendung der MADRS Skala fussen, lässt sich im restlichen Gutachten jedoch nicht finden. Soweit sich der Gutachter beinahe ausschliesslich in technischer Weise auf Grund in Tests gewonnener Erkenntnisse befasst, ist darauf hinzuweisen, dass diese Untersuchungen nur Hilfsmittel sind, die über den Verlauf, den Schweregrad und die Prognose einer depressiven Störung lediglich Beschränktes auszusagen vermögen. Entscheidend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (vgl. Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [bzw. Bundesgerichts] I 391/06 vom 9. August 2006 E. 3.2.2, vom 23. September 2008 9C\_458/2008 vom 23. September E. 4.2 und vom 9C\_775/2008 15. September 2009 E. 3.3). Gerade die Darlegung der klinischen Befunde wäre für den Vergleich mit der Situation im Zeitpunkt der Rentenzusprache und damit der Beurteilung des im Revisionsverfahrens massgebenden Beweisthemas, erhebliche Änderung des Sachverhalts, jedoch von Bedeutung gewesen. Die Feststellung über eine seit der Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist nämlich nur dann genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen,

welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störung geführt haben (Urteil des BGer 9C\_418/2010 E. 4.3).

Hinsichtlich des psychiatrischen Zustands im Zeitpunkt der Rentenzusprache wird einzig dahingehend Stellung genommen, es sei im Arztbericht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ zwischen 2003 und 2008 ein chronisches Schmerzsyndrom (tatsächlich hatte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ jedoch eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert, vgl. act. 4-5), bei dem bereits zu Beginn auf Somatisierung und Symptomausweitung hingewiesen worden sei, sowie ein depressives Syndrom attestiert worden (tatsächlich hatte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ eine langanhaltende ausgeprägte Depression attestiert, vgl. act. 4-5). Eine Diagnose mit Bezug zu einem Klassifikationssystem werde nie genannt. Auch die frei formulierten Diagnosen würden weder differenziert beschrieben noch diskutiert. Die objektiven psychopathologischen Befunde seien stets spärlich. Somit blieben die nosologischen Überlegungen Ausdruck der persönlichen Meinung von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und seien fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutisch nicht kritisch nachvollziehbar (act. 153-15). Hinsichtlich dieser Äusserungen zum psychiatrischen Zustand im Zeitpunkt der Rentenzusprache ist darauf hinzuweisen, dass die IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ die Berichte von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als rechtsgenügende Grundlage für die Beurteilung des Rentenanspruchs erachtete und die attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % in die Invaliditätsbemessung übernahm (vgl. Stellungnahme des RAD vom 18. Juni 2004 [act. 12], Verfügung vom 17. August 2005 [act. 27-2], Einspracheentscheid vom 10. Januar 2006 [act. 29-18]). Auch das Versicherungsgericht B.\_\_\_\_\_ sah keine Veranlassung, die Einschätzung von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ in Zweifel zu ziehen (act. 42-7). Vor diesem Hintergrund erscheint die Aussage des psychiatrischen Gutachters, dass nie eine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, höchst problematisch, handelt es sich dabei doch über eine rückwirkende Beurteilung über einen Zeitraum von mehr als 10 Jahren, der zudem im Widerspruch zu den damaligen Akten steht und vom Gutachter auch nicht näher begründet wird.

Die Feststellungen im psychiatrischen Gutachten – und das ist hier allein entscheidend – zeigen somit nicht auf, dass und inwiefern sich der tatsächliche Zustand seit der Rentenzusprache verändert haben sollte. Mithin findet ein eigentlicher Vergleich des aktuellen Zustandes mit demjenigen im

Zeitpunkt der Rentenzusprache nicht statt. Die psychiatrische Begutachtung erscheint insgesamt wiederum überwiegend eine medizinische originäre Neu Beurteilung zu sein.

## **8.7**

**8.7.1** Das interdisziplinäre rheumatologische und psychiatrische Gutachten vom 24. Oktober 2016 vermag jedoch auch aus weiteren Gründen nicht zu überzeugen.

**8.7.2** Gegenüber dem rheumatologischen Gutachter gab die Beschwerdeführerin an, sie habe in der Türkei einen Selbstmordversuch unternommen, wobei sie eine Freundin habe retten können (act. 151-2). Die Gutachter haben es unterlassen, nach den Ursachen, nach einer allfälligen Nachbehandlung oder einem stationären Aufenthalt zu fragen, obwohl ein Selbstmordversuch ein Hinweis für eine schwerwiegende Problematik darstellt. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit diesem Vorfall findet sich somit im interdisziplinären Gutachten nicht, obwohl dies für die Erstellung eines sorgfältigen Gutachtens zu erwarten gewesen wäre. Das Gutachten erweist sich in diesem Punkt als unvollständig.

**8.7.3** Des Weiteren ist vorliegend nicht nachvollziehbar, dass der psychiatrische Gutachter keine ausführliche Fremdanamnese beim behandelnden Psychiater Dr. med. L. \_\_\_\_\_ eingeholt hat. Dieser diagnostizierte im Bericht vom 17. März 2016 eine sonstige rezidivierende Störung und führte unter Auflistung der Medikation aus, dass die Behandlung in der psychiatrischen Klinik weiterhin andauere (ICD-10 F33.8; act. 125-1 f.). Im Gutachten wurde diesbezüglich ausgeführt, in diesem Bericht würden (erneut) keine weiteren versicherungsmedizinisch relevanten Angaben formuliert (act. 153-15 f.). Die Notwendigkeit der Einholung einer Fremdanamnese bei der behandelnden Arztperson ist zwar in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens (Urteile des BGer 8C\_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C\_76/2014 vom 30. April 2014 E. 3.2 und 8C\_308/2012 vom 29. Mai 2012 E. 4.3.4); liegt jedoch ein Bericht eines behandelnden Arztes vor, der relevante Befunde wiedergibt, die jedoch nach Ansicht des Gutachters nicht ausreichend begründet sind (vgl. diesbezüglich auch die Aussage im psychiatrischen Teilgutachten, dass für die Zeit zwischen September 2014 und Oktober 2016 keine hinreichenden Dokumente vorlägen, act. 153-22), erscheint es regelmässig geboten, den Sachverhalt durch Einholung einer Fremdanamnese zu ergänzen. Dass dies vorliegend unterlassen wurde, ist nicht nachvollziehbar, zumal die Behandlung offenbar

in einer psychiatrischen Klinik stattfindet und Aufschluss über den Verlauf des Gesundheitszustandes hätte geben können.

Angesichts des hohen Stellenwerts, der medizinischen Gutachten im Sozialversicherungsprozess zukommt, sind an deren Qualität entsprechend hohe Anforderungen zu stellen. Unter dem Aspekt der Vollständigkeit ist deshalb nicht nur zu verlangen, dass der Gutachter die Anknüpfungstatsachen, d. h. die tatsächlichen Grundlagen des Gutachtens, die er nicht selber beschafft hat, einzeln und mit ihrem wesentlichen Inhalt rekapituliert (Urteil des BGer 9C\_986/2009 vom 11. November 2010 E. 4.5.1 mit Hinweis auf Alfred Bühler, Beweismass und Beweiswürdigung bei Gerichtsgutachten unter Berücksichtigung der jüngsten Lehre und Rechtsprechung, Jusletter vom 21. Juni 2010, S.18). Gleichermassen erforderlich ist, dass das Gutachten in Kenntnis der Vorakten (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) erstellt wird. Dies bedingt die Kenntnis und Beachtung - wenn auch nicht sämtlicher - so doch der wesentlichen Vorakten, was aufgrund der vom psychiatrischen Gutachter als nicht hinreichend erachteten Aktenlage (vgl. act. 153-22) ebenfalls für die Einholung eines ausführlichen Arztberichts bei Dr. med. L. \_\_\_\_\_ gesprochen hätte. Das Gutachten erweist sich auch bezüglich der relevanten medizinischen Vorakten als unvollständig.

**8.7.4** Im psychiatrischen Teilgutachten wird hinsichtlich Ressourcen bzw. der Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde ausgeführt, es sei der Beschwerdeführerin eine Willensanstrengung zur Bewältigung der rein subjektiven Defizite aus psychiatrisch- psychotherapeutisch Sicht medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich (beispielsweise erhaltene bzw. wiedergewonnene Fähigkeit alltägliche Verrichtungen ausüben zu können, soziale/familiäre Kontakte zu pflegen, Reisen zu unternehmen (act. 153-21, 153-23). Diese Ausführungen stehen indessen in klarem Widerspruch zu den von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben. Diese gab gegenüber dem psychiatrischen Gutachter an, sie „mache nichts“ und liege viel herum. Sie stehe erst gegen Mittag auf. Ihre persönliche Hygiene besorge sie selbstständig. Sie esse mit ihren Kindern zu Mittag und gehe mit einem Sohn spazieren. Im Haushalt arbeite sie nicht. Er werde von ihren Kindern und ihrer Schwester besorgt. Sie sehe TV. Sie gehe ihre Eltern besuchen. Sie habe mit ihrem Ehemann wenig telefonischen Kontakt. Ab und zu treffe die Beschwerdeführerin eine Freundin. Die Geschwister des Ehemanns würden ihr Vorwürfe machen, wenn sie ab und zu auf Besuch kämen. Sie würden sich aber auch um die Kinder der Beschwerdeführerin kümmern. Sie gehe um ca. 4 Uhr zu Bett (act. 153-7). Für das Gericht ist es nicht nachvollziehbar, wie aus diesen Angaben der Beschwerdeführerin

auf eine erhaltene bzw. wiedergewonnene Fähigkeit, alltägliche Verrichtungen ausüben zu können oder gar Reisen zu unternehmen, geschlossen werden kann.

**8.7.1** Insgesamt erfüllt das interdisziplinäre rheumatologische und psychiatrische Gutachten vom 24. Oktober 2016 die Anforderungen an ein vollständiges, nachvollziehbares und schlüssiges Gutachten im Sinn der Rechtsprechung (vgl. BGE 125 V 351) nicht, zumal angesichts des hohen Stellenwerts, der medizinischen Gutachten im Sozialversicherungsprozess zukommt, an deren Qualität entsprechend hohe Anforderungen zu stellen sind (Urteil des BGer 9C\_986/2009 E. 4.5.1).

## **9.**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine Herabsetzung oder Aufhebung der Rente unter dem Titel von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG entgegen der Auffassung der Vorinstanz ausser Betracht fällt, da die ursprüngliche Rentenzusprache auf einem sogenannten "Mischsachverhalt" beruhte. Sodann kann die Rentenaufhebung auch nicht mittels Motivsubstitution gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG geschützt werden, da die entsprechenden Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Eine anspruchserhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes, welche es der Beschwerdeführerin nunmehr erlauben würde, ihre Arbeitsfähigkeit um 50 % zu steigern, ist nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Vielmehr handelt es sich bei der aktuellen Beurteilung um eine originäre medizinische Neubeurteilung, das heisst, um eine im Sinn der Rechtsprechung nicht revisionsbegründende abweichende Einschätzung. Hinzu kommt, dass das das interdisziplinäre rheumatologische und psychiatrische Gutachten vom 24. Oktober 2016 auch inhaltliche Mängel aufweist, welche gegen dessen Beweiswert sprechen. Nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast bleibt es demzufolge beim bisherigen Rechtszustand (vgl. SVR 2010 IV Nr. 30 S. 94, Urteil des BGer 9C\_961/2008 vom 30. November 2009 E. 6.3, Urteil 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1). Damit besteht unverändert Anspruch auf eine Dreiviertelrente der Invalidenversicherung. Die Beschwerde ist somit gutzuheissen.

## **10.**

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteienschädigung.

**10.1** Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG sind die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei aufzuerlegen. Der unterliegenden Vorinstanz werden jedoch keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**10.2** Der obsiegende, vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. 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 Vorinstanz. Diese ist unter Berücksichtigung des aktenkundigen Aufwands und des Umstands, dass vorliegend keine Mehrwertsteuer geschuldet ist (vgl. beispielsweise Urteil des BVGer C-6983/2009 vom 12. April 2010 E. 3.2), auf Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen) festzulegen.

### **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 27. Februar 2017 aufgehoben. Die Beschwerdeführerin hat unverändert Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**3.**

Die Vorinstanz wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'800.- zu bezahlen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

David Weiss

Matthias Burri-Küng

**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 die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: