



## **Urteil vom 18. Januar 2021**

---

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),  
Richter Christoph Rohrer,  
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,  
Gerichtsschreiber Roland Hochreutener.

---

Parteien

**A.**\_\_\_\_\_, (Fürstentum Liechtenstein),  
vertreten durch Dr. iur. Silvia Bucher, Rechtsanwältin,  
Beschwerdeführerin,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenrevision,  
Verfügung der IVSTA vom 30. April 2019.

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

Mit Verfügung vom 31. Oktober 2005 sprach die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*nachfolgend*: IVSTA oder Vorinstanz) der am (...) geborenen, im Fürstentum Liechtenstein wohnhaften schweizerischen Staatsangehörigen A.\_\_\_\_\_ (*nachfolgend*: Versicherte oder Beschwerdeführerin) rückwirkend per 1. Februar 2003 eine ganze Invalidenrente der schweizerischen Invalidenversicherung (IV), nebst einer akzessorischen Kinderrente, zu (Akten der Vorinstanz [act.] 11). Dieser Rentenanspruch wurde am 26. Juni 2008 revisionsweise bestätigt (act. 25).

**B.**

**B.a** Im Rahmen einer erneuten Revisionsprüfung holte die IVSTA bei Dr. med. B.\_\_\_\_\_, orthopädische Chirurgie FMH, ein orthopädisches Gutachten vom 15. Januar 2013 (act. 48) sowie bei Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein psychiatrisches Gutachten vom 4. März 2013 (act. 53) samt ergänzender Beurteilung vom 16. Mai 2014 (act. 82) ein. Darin kamen die Fachärzte zum Schluss, dass die funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten weder aus orthopädischer noch aus psychiatrischer Sicht eingeschränkt sei.

**B.b** Mit Verfügung vom 16. Juli 2014 hob die Vorinstanz die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente in Anwendung der Schlussbestimmungen der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket [AS 2011 5659]; *nachfolgend*: SchlBest.) mit Wirkung per 1. September 2014 auf und entzog einer gegen diese Verfügung gerichteten Beschwerde die aufschiebende Wirkung (act. 92).

**B.c** Die von der Versicherten gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde hiess das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-5000/2014 vom 21. Oktober 2016 (act. 114) insoweit gut, als es die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und anschliessender neuer Verfügung an die Vorinstanz zurückwies. Zur Begründung führte das Bundesverwaltungsgericht im Wesentlichen aus, die Voraussetzungen für eine Rentenprüfung gemäss den Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a seien zwar erfüllt; allerdings genügten die von der Vorinstanz veranlassten Gutachten insbesondere im Lichte der Standardindikatoren des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine

beweiskräftige medizinische Beurteilungsgrundlage nicht. Zum einen lasse sich das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen im Sinne der neuen Indikatoren-Rechtsprechung nicht verlässlich ermitteln; zum andern seien die aus den Jahren 2002 und 2003 stammenden bildgebenden Unterlagen zu aktualisieren und sämtliche medizinischen Unterlagen vollständig einzuholen (E. 5.7 und E. 6.6). Es erscheine angezeigt, eine polydisziplinäre psychiatrische, neurologische und orthopädische Begutachtung zu veranlassen (E. 7).

**B.d** Die Vorinstanz holte daraufhin die Akten der Liechtensteinischen Invalidenversicherung sowie weitere medizinische Akten ein und teilte der Versicherten, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. Silvia Bucher, unter Einräumung der Parteirechte mit, dass sie eine polydisziplinäre (internistische, neurologische, psychiatrische und orthopädische) Begutachtung in der Schweiz als notwendig erachte (act. 199). Am 9. Januar 2018 erstatteten die Sachverständigen der medexperts AG das von der Vorinstanz in Auftrag gegebene Gutachten (*nachfolgend*: polydisziplinäres Gutachten). In ihrer Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Versicherte sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als selbständige Boutiquebesitzerin als auch in einer angepassten Verweistätigkeit grundsätzlich voll arbeitsfähig sei, wobei ihr als Folge der Verlangsamung durch die Schmerzchronifizierung eine Reduktion der Leistungsfähigkeit von 10 % attestiert werden könne (act. 225).

**B.e** Mit Vorbescheid vom 8. Februar 2018 kündigte die Vorinstanz der Versicherten an, dass sie an der Rentenaufhebung mit Wirkung per 1. Juli 2014 (*recte*: 1. September 2014) festzuhalten beabsichtige (act. 232).

**B.f** Gegen diesen Vorbescheid erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin Dr. Silvia Bucher, mit Eingabe vom 20. März 2018 Einwand mit dem Antrag, es sei ihr über den 30. Juni 2014 hinaus weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten. Zur Begründung liess sie im Wesentlichen vorbringen, das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ sei nicht beweiskräftig, da sich dieses nicht mit den abweichenden Diagnosen und Beurteilungen der behandelnden Ärzte auseinandersetze. Gleiches gelte auch für das polydisziplinäre Gutachten als Ganzem (act. 239).

**B.g** Mit Schreiben vom 2. August 2018 teilte die Vorinstanz der Versicherten mit, dass sie gestützt auf ihre Abklärungen und ihre Beurteilung an der Aufhebung der bis zum 31. Juli 2014 gezahlten Invalidenrente festhalte.

Bei einer Aufhebung der Rente habe sie allerdings Anspruch auf die Durchführung von Wiedereingliederungsmassnahmen. Voraussetzung für die Durchführung dieser Massnahmen sei allerdings die Begründung eines Wohnsitzes in der Schweiz. Gestützt darauf gewährte sie der Versicherten eine Frist von 30 Tagen für die Mitteilung, ob sie – im Hinblick auf die Planung der Wiedereingliederungsmassnahme – ein Gespräch mit einem Eingliederungsspezialisten wünsche (act. 246).

**B.h** Mit Eingabe ihrer Rechtsvertreterin vom 12. September 2018 teilte die Versicherte der Vorinstanz mit, dass die Durchführung von Wiedereingliederungsmassnahmen bei einer Rentenaufhebung voraussetze, dass die Aufhebung zu Recht erfolge. Dies stehe nach wie vor noch nicht fest. Entgegen der Auffassung der IVSTA könne von ihr für die Durchführung von Wiedereingliederungsmassnahmen keine Wohnsitzverlegung verlangt werden. Sie wünsche ein Gespräch mit einem Eingliederungsspezialisten. Da es keinen zukünftigen Wohnkanton gebe, sei sie bereit, für dieses Gespräch nach Genf zu reisen (act. 254).

**B.i** Mit Schreiben vom 9. November 2018 teilte die Vorinstanz der IV-Stelle St. Gallen mit, dass vor der beabsichtigten Aufhebung der Invalidenrente per 1. September 2014 noch ein Gespräch mit einem Einbildungsspezialisten durchzuführen sei, weshalb die IV-Stelle St. Gallen im Rahmen der Verwaltungshilfe ersucht werde, ihr einen Gesprächstermin mit einem Einbildungsspezialisten mitzuteilen. Nach Erhalt des Terminvorschlages werde sie die Versicherte aufbieten und für die Organisation der Reise in die Schweiz sowie die Vergütung der Reisekosten besorgt sein (act. 261).

**B.j** Im Rahmen einer telefonischen Besprechung mit der Beraterin für berufliche Integration der IV-Stelle St. Gallen vom 22. Januar 2019 teilte die Versicherte dieser mit, dass ihr aus gesundheitlichen Gründen keine Arbeit mehr möglich sei, weshalb sie keinen Wohnsitz in der Schweiz nehme und Wiedereingliederungsmassnahmen nicht sinnvoll seien (act. 267, S. 1 f.).

**B.k** Am 12. Februar 2019 erliess die Vorinstanz einen erneuten Vorbescheid, mit dem sie den bisherigen Vorbescheid vom 8. Februar 2018 aufhob und der Versicherten mitteilte, dass sie laut Gesprächsprotokoll der IV-Stelle St. Gallen vom 22. Januar 2019 unter keinen Umständen in die Schweiz ziehe und keine Unterstützung in der Wiedereingliederung wünsche, weshalb sie beabsichtige, die Rente androhungsgemäss per 1. September 2014 aufzuheben (act. 269).

**B.I** Nachdem die Versicherte die Frist zur Erhebung eines Einwandes unbenutzt hatte verstreichen lassen, bestätigte die Vorinstanz ihren Vorbescheid mit Verfügung vom 30. April 2019, indem sie die Rente mit Verfügung vom 12. Februar 2012 ab 1. September 2014 aufhob und einer gegen diese Verfügung gerichteten Beschwerde die aufschiebende Wirkung entzog (act. 274).

**C.**

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. Silvia Bucher, mit Eingabe vom 5. Juni 2019 (Poststempel) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht mit den Anträgen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Vorinstanz sei zu verpflichten, ihr auch über den 31. August 2014 hinaus lückenlos und weiterhin eine ganze Invalidenrente zu gewähren (Akten im Beschwerdeverfahren [BVGer act.] 1).

**D.**

Der mit Zwischenverfügung vom 11. Juni 2019 bei der Beschwerdeführerin eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- ging am 14. Juni 2019 bei der Gerichtskasse ein (BVGer act. 2 und 6).

**E.**

Die Vorinstanz beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 15. Juli 2019 – unter anderem unter Verweis auf eine ergänzende Stellungnahme ihres ärztlichen Dienstes vom 9. Juli 2019 – die Abweisung der Beschwerde (BVGer act. 8 samt Beilagen).

**F.**

Mit Replik vom 13. September 2019 hielt die Beschwerdeführerin an ihren in der Beschwerde gestellten Anträgen und der entsprechenden Begründung vorbehaltlos fest (BVGer act. 10).

**G.**

Unter Verweis auf eine ergänzende Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes vom 25. Oktober 2019 hielt die Vorinstanz in ihrer Duplik vom 30. Oktober 2019 an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung fest (BVGer act. 14 samt Beilagen).

**H.**

Mit unaufgeforderter Eingabe ihrer Rechtsvertreterin vom 15. November

2019 nahm die Beschwerdeführerin zum genannten Bericht des medizinischen Dienstes der Vorinstanz vom 25. Oktober 2019 Stellung (BVGer act. 16).

**I.**

Der Vorinstanz wurde ein Doppel der unaufgefordert eingereichten Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 15. November 2019 zur Kenntnisnahme zugestellt (BVGer act. 17).

**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 30. April 2019, mit welcher die Vorinstanz die seit 1. Februar 2003 ausgerichtete ganze Invalidenrente der Beschwerdeführerin auf der Grundlage von Bst. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen 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.

### 3.

**3.1** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 30. April 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verän-dert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsver-fügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

**3.2** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze mass-geblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts-folgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Deshalb sind vorliegend die Vorschriften, welche am 30. April 2019 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetz-ten ersten Teils der 6. IV-Revision) anwendbar; weiter aber auch Vorschrif-ten, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

**3.3** Die Beschwerdeführerin ist Schweizer Staatsbürgerin und wohnt in Liechtenstein. Damit gelangt das Übereinkommen vom 4. Januar 1960 zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation zwischen den EFTA-Staaten Schweiz, Island, Fürstentum Liechtenstein und Norwegen (*nach-folgend*: EFTA-Übereinkommen, SR 0.632.31, in der Fassung des Abkom-mens von 21. Juni 2001 zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation [AS 2003 2685], in Kraft seit 1. Juni 2002) zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2016 gelangen auch im Bereich des EFTA-Übereinkommens die (im Verhältnis zwischen der Schweiz und den Staaten der Europäischen Gemeinschaft bereits seit 1. Januar 2012 massgebenden) Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Eu-ropäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinie-rung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; *kurz*: VO 883/2004) sowie (EG) Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11; *kurz*: VO 987/2009) des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Septem-ber 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der VO 883/2004 zur Anwendung.

#### 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). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

**4.2** Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

**4.3** Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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

sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4).

#### **4.4**

**4.4.1** Die Prüfung, ob eine psychische Erkrankung eine rentenbegründende Invalidität zu begründen vermag, hat grundsätzlich anhand eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (BGE 143 V 409 E. 4.5; 143 V 418 E. 6 ff.). Nach bisheriger und langjähriger höchstrichterlicher Rechtsprechung führten Suchterkrankungen als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Sie wurden im Rahmen der Invalidenversicherung erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt haben, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender, Gesundheitsschaden eingetreten war, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens waren, dem Krankheitswert zukam. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden fehlte demgegenüber, wo in der Begutachtung im Wesentlichen nur Befunde erhoben wurden, welche in der Sucht ihre hinreichende Erklärung fanden (Hinweise zur bisherigen Rechtsprechung in BGE 145 V 215 E. 4.1). Diese Rechtsprechung änderte das Bundesgericht mit BGE 145 V 215 (Urteil des BGer 9C\_724/2018 vom 11. Juli 2019) dahingehend, dass Abhängigkeitssyndromen beziehungsweise Substanzkonsumstörungen nicht zum Vornherein jede invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden kann (E. 5.3.3), sondern diese vielmehr als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden in Betracht fallen (E. 6). Es hat entschieden, dass fortan – gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen – nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln sei, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirke. Dabei kann und muss im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens insbesondere dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall Rechnung getragen werden (E. 6.3). Diesem komme nicht zuletzt deshalb Bedeutung zu, weil bei Abhängigkeitserkrankungen – wie auch bei

anderen psychischen Störungen – oft eine Gemengelage aus krankheitswertiger Störung sowie psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vorliege. Letztere seien auch bei Abhängigkeitserkrankungen auszuklamern, wenn sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen würden. Weiter wird im Urteil festgehalten, dass auch bei Vorliegen eines Abhängigkeitsyndroms die Schadenminderungspflicht (Art. 7 IVG) zur Anwendung komme, so dass von der versicherten Person etwa die aktive Teilnahme an zumutbaren medizinischen Behandlungen verlangt werden könne (Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG). Komme sie den ihr auferlegten Schadenminderungspflichten nicht nach, sondern erhalte willentlich den krankhaften Zustand aufrecht, sei nach Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG eine Verweigerung oder Kürzung der Leistungen möglich (E. 5.3.1).

**4.4.2** Diese neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (vgl. Urteil des BGer 8C\_756/2017 vom 7. März 2018 E. 4 mit weiterem Hinweis) und somit auch im vorliegenden Fall massgebend.

**4.4.3** Ausgangspunkt dieser Prüfung und erste Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und E. 2.2.1).

**4.4.4** Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und

Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «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 Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

**4.4.5** Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6).

**4.4.6** Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf (BGE 145 V 215 E. 4.3; 143 V 418 E. 7.1).

**4.5** 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).

## 4.6

**4.6.1** Nach Bst. a Abs. 1 SchlBest. 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 SchlBest. IVG keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen.

**4.6.2** Mit BGE 140 V 197 E. 6.2.3 klärte das Bundesgericht die Frage der Anwendbarkeit der Schlussbestimmung in Fällen mit sowohl syndromalen wie nichtsyndromalen Beschwerden (vgl. zum Ganzen auch Urteil BGer 9C\_121/2014 vom 3. September 2014 [SVR 2014 IV Nr. 39] E. 2.4 ff.).

Demnach findet Bst. a Abs. 1 SchlBest. auf "unklare" Beschwerden Anwendung, wenn sich diese von "erklärbaren" Beschwerden trennen lassen. Laufende Renten sind von einer Überprüfung unter diesem Rechtstitel nur ausgeschlossen, wenn und soweit sie auf "erklärbaren" Beschwerden beruhen. Mit Blick auf den Zweck der Schlussbestimmung gilt es zu vermeiden, dass Bezüger von Renten, die sowohl für unklare als auch für objektivierbare Beschwerden zugesprochen wurden, bessergestellt werden als die Bezüger laufender Renten, welche nur auf unklaren Beschwerden beruhen; sie sollten auch nicht gegenüber Versicherten bevorteilt werden, welche neu eine Rente sowohl für unklare als auch für "erklärbare" Beschwerden beantragen (BGE 140 V 197 a.a.O.). Damit präzisierte das Bundesgericht die in BGE 139 V 547 gemachten Ausführungen. Dort hatte es ausgeführt, die Revision einer Invalidenrente nach Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG setze unter anderem voraus, dass die Rentenzusprechung "ausschliesslich" aufgrund der Diagnose eines unklaren syndromalen Beschwerdebildes erfolgt ist (E. 10.1.1) und dass im Revisionszeitpunkt "ausschliesslich" ein solches vorliegt (E. 10.1.2).

**4.6.3** Nach BGE 140 V 197 ist die Schlussbestimmung bei kombinierten Beschwerden anwendbar, wenn die unklaren und die "erklärbaren" Beschwerden – sowohl diagnostisch als auch hinsichtlich der funktionellen

Folgen – auseinandergehalten werden können. Ein organisch begründeter Teil der Arbeitsfähigkeit kann bei Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nur neu beurteilt werden, sofern eine Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten ist. Insoweit wird im Anwendungsbereich der Schlussbestimmung vom Grundsatz abgewichen, dass die Verwaltung im Rahmen einer materiellen Revision den Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend prüft (9C\_121/2014 E. 2.4.2 m.w.H.).

**4.6.4** Liegt ein "Mischsachverhalt" vor, bei dem es unmöglich ist festzustellen, wie gross der Anteil der organisch bedingten Beschwerden bei der Rentenzusprechung war, wäre ein Abstellen auf die aktuelle gutachtliche Einschätzung nicht zu vereinbaren mit der Rechtsprechung, wonach der auf erklärbaren Beschwerden beruhende Teil der Invalidität unter dem Rechtstitel der Schlussbestimmung nicht überprüft werden kann. In einem solchen Fall bestimmt sich die (diesfalls zu einer integralen Neuprüfung führende) Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nach folgendem Grundsatz: Besteht (im Zeitpunkt der Rentenzusprechung und/oder -überprüfung) neben dem syndromalen Zustand eine davon unabhängige organische oder psychische Gesundheitsschädigung, so hängt die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung davon ab, dass die weitere ("nichtsyndromale") Gesundheitsschädigung die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht mitverursacht, das heisst letztlich nicht selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs beigetragen hat. Wenn sie die Auswirkungen des unklaren Beschwerdebildes bloss verstärkte, bleibt eine Rentenrevision unter diesem Rechtstitel möglich (9C\_121/2014 E. 2.6; vgl. auch Urteil BGer 9C\_872/2014 vom 17. März 2015 E. 3.3; Urteil BGer 8C\_90/2015 vom 23. Juli 2015 E. 3.2).

**4.6.5** Wird die Rente gestützt auf Bst. a Abs. 1 SchlBest. 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 SchlBest. 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 SchlBest. 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).

**4.6.6** Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen entsteht frühestens mit der Unterstellung unter die obligatorische oder freiwillige Versicherung und endet spätestens mit dem Ende der Versicherung (Art. 9 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Diese Voraussetzung der Versicherungsunterstellung gilt auch für die in lit. a Abs. 2 SchlBest. in Verbindung mit Art. 8a IVG vorgesehenen Wiedereingliederungsmassnahmen (BGE 145 V 266 E. 4.2). Es ist mit dem Gemeinschaftsrecht, insbesondere dem Diskriminierungsverbot, vereinbar, Personen ohne Wohnsitz und Erwerbstätigkeit in der Schweiz, deren Invalidenrente gestützt auf lit. a Abs. 1 SchlBest. IVG aufgehoben wurde, mangels Versicherungsunterstellung vom Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen und vom akzessorischen Anspruch auf Weiterausrichtung der bisherigen Rente während deren Dauer (lit. a Abs. 2 und 3 SchlBest.) auszuschliessen (E. 6.3).

## **5.**

Das Bundesverwaltungsgericht ist im konkreten Fall mit Urteil C-5000/2014 vom 21. Oktober 2016 zum Schluss gelangt, dass die Voraussetzungen für eine Rentenüberprüfung gemäss Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG gegeben sind (E. 5.7). Dies wird von der Beschwerdeführerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht (mehr) infrage gestellt. Bei dieser Rentenüberprüfung stellen sich grundsätzlich die gleichen Fragen, wie wenn ein erstmaliges Leistungsgesuch zu beurteilen ist. Für die Zulässigkeit der Aufhebung der Rente nach Massgabe von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG ist erforderlich, dass diese noch immer auf einem unklaren Beschwerdebild gründet (BGE 140 V 197; 139 V 547 E. 10.1.2). Sofern organisch erklärbare Beschwerden eine Änderung erfahren haben, sind diese unter dem Aspekt der Revision gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG zu überprüfen (vgl. dazu z.B. Urteil des BGer 9C\_688/2016 vom 16. Februar 2017 E. 3.2). Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob das von der Vorinstanz veranlasste polydisziplinäre Gutachten beweiskräftig ist und damit auch, ob ein rentenbegründender Invaliditätsgrad mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen ist.

**5.1** Die Vorinstanz führt zur Begründung ihrer Verfügung im Wesentlichen aus, die ausführliche Prüfung der Akten unter Berücksichtigung der Standardindikatoren habe ergeben, dass der Gesundheitsschaden keine Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit habe. Der psychiatrische Gutachter habe sich ausführlich mit den teilweise abweichenden Diagnosen der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt. Für das Vorliegen einer Agoraphobie oder Panikstörung ergebe sich aufgrund der anamnestischen Angaben und der Tagesaktivitäten der Beschwerdeführerin im ganzen Dossier kein Hinweis. Entgegen der Argumentation der Beschwerdeführerin erfüllten die

geltend gemachten Ereignisse (sexueller Übergriff in der Kindheit, Streit mit dem Ex-Ehemann) die massgebenden Kriterien der aussergewöhnlichen Bedrohung, wie sie für die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erforderlich wären, nicht. Auch die von der behandelnden Psychologin gestellte Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung könne nicht nachvollzogen werden. Die Beschwerdeführerin habe schliesslich im vorinstanzlichen Verfahren ausgeführt, dass sie unter keinen Umständen in die Schweiz ziehen wolle und keine Unterstützung in der Wiedereingliederung wünsche (act. 274).

**5.2** Die Beschwerdeführerin bringt dagegen vor, dass das von der Vorinstanz veranlasste polydisziplinäre Gutachten der medexperts ag nicht beweiskräftig sei. Erstens gingen die Gutachter nicht auf den E.\_\_\_\_\_ - Austrittsbericht vom 19. November 2010 ein, in welchem bei ihr insbesondere eine posttraumatische Belastungsstörung und eine Agoraphobie mit Panikstörung diagnostiziert worden sei. Zweitens sei die Argumentation des psychiatrischen Teilgutachters insoweit aktenwidrig, als dieser zum Schluss gekommen sei, sie habe die massgeblichen Symptome erst nach Einstellung der Invalidenrente im Jahr 2014 gezeigt. Daraus folge drittens, dass der psychiatrische Gutachter den genannten Austrittsbericht zwar erwähnt, aber nicht wirklich gewürdigt habe. Damit stehe schliesslich auch fest, dass der psychiatrische Gutachter bei der Ausarbeitung seines Gutachtens nicht die notwendige Sorgfalt aufgewendet habe. Eine Auseinandersetzung mit den abweichenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte habe nicht stattgefunden.

**5.3** In ihrer Beschwerdevernehmlassung hält die Vorinstanz an ihrer bisherigen Beurteilung fest mit der Begründung, gemäss polydisziplinärem Gutachten liege ausschliesslich eine orthopädisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 10 % vor. Entgegen der Argumentation der Beschwerdeführerin habe sich der psychiatrische Gutachter mit den früher gestellten Diagnosen der behandelnden Ärzte sehr wohl auseinandergesetzt, diese ausführlich diskutiert und mit überzeugender Begründung verworfen. Der von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren neu eingereichte Austrittsbericht der Klinik E.\_\_\_\_\_ betreffend den ersten Aufenthalt von Juli bis September 2008 vermöge daran nichts zu ändern. Dies werde denn auch im beigefügten (im Zuge des Beschwerdeverfahren erstellten) Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 9. Juli 2019 überzeugend begründet. Danach stünden die Austrittsberichte der Klinik E.\_\_\_\_\_ nicht im Widerspruch zur Schlussfolgerung des psychiatrischen Gutachtens. Anders als bei den

behandelnden Ärzten finde im Gutachten eine Diskussion des Verhältnisses zwischen subjektiven Angaben und den erhobenen Befunden statt. Die Alkoholproblematik habe bereits zum Zeitpunkt des Aufenthaltes in der Klinik E. \_\_\_\_\_ (2008) und in der Klinik G. \_\_\_\_\_ (2013) bestanden. Während des Aufenthaltes in der Klinik G. \_\_\_\_\_ sei es der Beschwerdeführerin indes gelungen, unter Kontrolle abstinent zu bleiben. Dies belege, dass noch keine Abhängigkeit bestehe. Bezüglich der akzentuierten Persönlichkeitszüge und des Alkoholmissbrauchs sei der Gesundheitsschaden minimal und könne keine Arbeitsunfähigkeit begründen, was sich auch in den Freizeitbeschäftigungen der Beschwerdeführerin zeige (BVGer act. 8 samt Beilage).

**5.4** In ihrer Replik hält die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen und an ihrer Begründung fest und hebt ergänzend hervor, die Schlussfolgerungen des psychiatrischen Gutachters, wonach vor der Renteneinstellung angeblich keine Symptome vorgelegen hätten, seien offensichtlich aktenwidrig, zumal damit die aus den Akten hervorgehenden zwei längeren stationären psychiatrischen Behandlungen ausgeblendet würden. Bei einer neuen psychiatrischen Begutachtung müsste überdies der geänderten bundesrechtlichen Praxis zur Suchtproblematik (9C\_724/2018 vom 11. Juli 2019) Rechnung getragen werden (BVGer act. 10).

**5.5** Die Vorinstanz hält ihrerseits in ihrer Duplik an den bisherigen Anträgen fest und verweist zur ergänzenden Begründung auf eine weitere Stellungnahme von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2019. Danach sei einzig die Diagnose des Alkoholabusus gestellt worden und der Gutachter habe aufgrund der erhöhten Laborparameter eine Entzugsbehandlung empfohlen, was dem üblichen Umgang mit derartigen Störungen entspreche. Ein irreversibler Schaden des Alkoholmissbrauchs sei bisher nicht manifest. Bisher sei denn auch kein Alkoholentzug durchgeführt worden und von den behandelnden Ärzten sei die Diagnose nicht gestellt worden. Bezüglich der psychischen Auffälligkeiten könne nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob diese ohne Alkoholkonsum verschwinden würden, da diese ebenso gut durch die akzentuierten Persönlichkeitszüge bedingt sein könnten (BVGer act. 14 samt Beilage).

**5.6** In ihrer unaufgeforderten Stellungnahme vom 15. November 2019 bringt die Beschwerdeführerin ergänzend vor, die Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 25. Oktober 2019 sei widersprüchlich und nicht überzeugend. Die Annahme, sie habe möglicherweise einzig im Zusam-

menhang mit der Trauer um den verstorbenen Hund mehr Alkohol konsumiert, stehe im Widerspruch zu den früheren Stellungnahmen derselben Psychiaterin vom 20. Januar 2018 und vom 9. Juli 2019. Überdies schliesse ein freiwilliger Klinikeintritt schwere psychiatrische Befunde nicht aus (BVGer act. 16).

## **6.**

Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz – insbesondere mit Blick auf die mit BGE 145 V 215 im Jahr 2019 geänderte Rechtsprechung – gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der medexperts vom 9. Januar 2018 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneinen durfte respektive ob der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt ist.

**6.1** Im Anschluss an einen stationären Rehabilitationsaufenthalt der Versicherten in der Klinik Valens vom 13. Mai 2004 bis 2. Juni 2004 hielt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ als Diagnosen ein chronisches zervikozephaleres Schmerzsyndrom, ein leichtes spondylogenes Schmerzsyndrom und eine psychische Belastungssituation fest. Ferner führte er aus, durch das multimodale Therapieprogramm habe eine geringe Verbesserung der muskulären Stabilisation erreicht werden können. Es bestehe ferner ein Nikotinabusus sowie ein regelmässiger Rot- und Weissweinkonsum (act. 1, S. 1 - 4).

**6.2** Mit Austrittsbericht vom 17. September 2008 führte med. pract. Silvano Sommer, Leitender Arzt der Privatklinik E. \_\_\_\_\_, aus, die Beschwerdeführerin sei in der Zeit vom 24. Juli 2008 bis 6. September 2008 wegen zunehmenden Beschwerden und einer Angstsymptomatik in der Klinik hospitalisiert gewesen. Seit der Reaktivierung von früheren Gewalterlebnissen und Gefühlen des Hilflos-Ausgeliefertseins anlässlich einer aggressiven Konfrontation mit einem Polizeibeamten leide sie an einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Intrusionen und überschwemmenden Affekten. Neben der posttraumatischen Belastungsstörung seien auch ein zervikozephaleres Syndrom mit Schmerzen nach mehreren Traumata und eine Agoraphobie mit Panikstörung zu diagnostizieren (Beilage 6 zu BVGer act. 1).

**6.3** Im Anschluss an einen stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der Privatklinik E. \_\_\_\_\_ hielt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ mit Bericht vom 19. November 2010 als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), ein zervikozephaleres Schmerzsyndrom mit chronischen Schmerzen nach mehreren Traumata sowie eine Agoraphobie mit

Panikstörung (ICD-10 F40.01) fest. Ferner führte sie aus, die Beschwerdeführerin habe die Klinik in stark verbessertem Zustand verlassen. Sie zeige noch eine erhöhte Aufmerksamkeit (Vigilanz), Schreckhaftigkeit, Wiedererinnern und Schmerzerleben (Visuelle Analogskala [VAS] 4 - 5). Auf einen Ausbau der medikamentösen Therapie sei auf ausdrücklichen Wunsch der Beschwerdeführerin verzichtet worden (act. 129).

**6.4** Mit orthopädischem Gutachten vom 15. Januar 2013 hielt Dr. med. B.\_\_\_\_\_, orthopädische Chirurgie FMH/FMCH, als Diagnosen ein chronisches zervikozepales Schmerzsyndrom (seit 2002), eine Depression und posttraumatische Belastungsstörungen sowie histrionische Persönlichkeitszüge fest. In seiner Beurteilung kam er zum Schluss, dass aus orthopädischer Sicht keine signifikanten Einschränkungen bestünden, so dass in dieser Hinsicht weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Aus körperlicher Sicht bestehe eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit; lediglich Schwerstarbeiten mit regelmässigen Überkopfbewegungen seien kaum mehr zumutbar (act. 48, S. 6 -11).

**6.5** Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte in seinem Teilgutachten vom 4. März 2013 die Diagnosen des chronischen zervikozepalen Syndroms sowie der akzentuierten Persönlichkeit mit histrionischen, unreifen Zügen (ICD-10 Z73.1) an (act. 53, S. 15). In seiner Beurteilung kam er zum Schluss, dass kein psychiatrisches Krankheitsbild vorliege und die funktionelle Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischen Gründen nicht eingeschränkt sei (act. 53, S. 15 - 21).

**6.6** Mit Bericht vom 27. Januar 2017 hielt Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Spital K.\_\_\_\_\_, fest, dass das gleichentags durchgeführte MRI der Wirbelsäule (BWK 12-SWK 5) einen altersentsprechenden Befund der Lendenwirbelsäule ergeben habe. Es bestünden keine Skoliose, kein Knochenmarködem, kein Weichteilödeme, ein normal weiter Spinalkanal in allen Bewegungssegmenten, kein Nachweis einer neuroforaminalen Einengung und keine das Altersmass überschreitenden degenerativen Veränderungen (act. 179).

**6.7** Die behandelnde Psychotherapeutin, Dr. phil. L.\_\_\_\_\_, hielt in ihrem Bericht vom 23. August 2017 insbesondere fest, bei der Beschwerdeführerin seien Ängste (das Haus zu verlassen, vor Gewalt durch Fremde), ein Vermeidungsverhalten, Schlafstörungen, Albträume, Intrusionen, eine chronische Müdigkeit, starke Konzentrations- und Gedächtnisbeschwerden, stark schwankende, vor allem depressive Gemütszustände, eine

Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit sowie andauernde, starke chronische Schmerzen (Kopf, Nacken, Lenden) zu befunden. Bei der Beschwerdeführerin sei überdies eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62.0), vermutlich als Folge einer chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung nach Gewalteinwirkung durch den Ehemann (2002), zu diagnostizieren (act. 200).

**6.8** Das von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, und Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Assistenzärztin Neurologie, Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie von Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, am 9. Januar 2018 erstellte polydisziplinäre Gutachten beruht auf einer Anamneseerhebung, fachärztlichen Untersuchungen, die in der Zeit vom 20. bis 22. November 2017 stattfanden, und wurde in Kenntnis der wesentlichen Vorakten erstellt. Gegenüber den Gutachtern berichtete die Beschwerdeführerin, die seit vielen Jahren bestehenden Nackenschmerzen seien zunehmend stärker geworden. Sie verspüre jetzt eine Schwäche im rechten Arm und sei dadurch auch in ihren Hausarbeiten eingeschränkt. Das Heben der Töpfe und Pfannen sei erschwert. Tätigkeiten über Kopf seien fast nicht möglich, da bei diesen sofort ein Schwindelgefühl auftrete. Die Schmerzintensität betrage zwischen VAS 6 - 8. Sie leide oft an Kopfschmerzen. Insgesamt merke sie, dass sie in ihrer Konzentration eingeschränkt und in ihrer Bewegung verlangsamt sei. Ihre Schmerzen behandle sie mit (ärztlich verschriebenem) Marihuana. Was den Alkoholkonsum betreffe, habe sie in den letzten Wochen sehr tief in das Glas geschaut, denn sie habe ihren Hund verloren, der während vierzehneinhalb Jahren ihr treuer Begleiter gewesen sei (act. 225, S. 23 f.).

**6.8.1** Im orthopädischen Teilgutachten wurde namentlich ausgeführt, bei der Beschwerdeführerin sei ein guter Allgemeinzustand zu befunden. Eine manuelle Untersuchung der HWS habe die Beschwerdeführerin abgewehrt. Im Bereich der BWS/LWS bestehe im Sitzen eine vermehrte BWS-Kyphose, im Stehen eine mässige Hyperlordose der LWS. Beim rechten Bein bestehe eine diffuse Hyposensibilitätsstörung (rechts lateral bis hin zum Sprunggelenk). Die bildgebenden Röntgenbefunde des Spitals K.\_\_\_\_\_ vom 27. Januar 2017 hätten einen altersentsprechenden Befund der LWS ergeben. Im Vergleich zur Voruntersuchung seien die degenerativen Veränderungen in der Tendenz etwas progredient (act. 225, S. 25 - 27).

**6.8.2** Im psychiatrischen Teilgutachten wurde keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Es wurden folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten:

- schädlicher Alkoholgebrauch (ICD-10 F10.10)
- akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

In seiner Beurteilung führte der psychiatrische Gutachter aus, ein Leidensdruck sei bei der Beschwerdeführerin nicht zu spüren. Eine spezifische Behandlung des chronischen Alkoholabusus sei aus psychiatrischer Sicht dringend indiziert und der Beschwerdeführerin auch zumutbar. Eingliederungsmassnahmen seien aus psychiatrischer Sicht nicht erforderlich. Die Beschwerdeführerin mache sodann widersprüchliche Angaben über ihre Lebensführung. Sie fühle sich ausserstande, einer regelrechten Arbeitstätigkeit nachzugehen und gebe an, an Schmerzen zu leiden; doch in der Freizeitgestaltung und in den weiteren sozialen Aktivitäten sei sie nicht eingeschränkt. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz liege nicht vor. Aus psychiatrischer Sicht könne keine langanhaltende Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Es liege keine schwere psychische Störung vor, welche die Beschwerdeführerin in den zu beurteilenden Fähigkeiten gemäss Mini-ICF-APP in einem invalidisierenden Ausmass beeinträchtigen würde. Vorübergehende Beeinträchtigungen bestimmter Funktionen könnten durch den überhöhten Alkoholkonsum auftreten. Dabei handle sich aber um einen Zustand, der durch geeignete Behandlung besserungsfähig sei. Eine spezifische Behandlung des chronischen Alkoholabusus sei aus psychiatrischer Sicht dringend indiziert und der Beschwerdeführerin auch zumutbar. Es sei die Behandlung in einer Suchtfachstelle zu empfehlen. Der chronische Alkoholmissbrauch sei eine Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Hinsichtlich des Alkoholmissbrauchs sei die Beschwerdeführerin uneinsichtig und habe keinen Leidensdruck gezeigt, «um mit einer solchen Behandlung einverstanden zu sein» (act. 225, S. 27 - 35).

**6.8.3** Die internistische Gutachterin hielt in ihrem Teilgutachten vom 22. November 2017 folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest:

- Hepatopathie, wahrscheinlich als Folge des chronischen Alkoholkonsums
- Nikotinkonsum

Aus rein allgemein-internistischer Sicht sei die Beschwerdeführerin ohne Einschränkung voll arbeitsfähig. Aus internistischer Sicht wäre eine Lifestyle-Korrektur mit vermehrter körperlicher Betätigung, einem Sistieren des Alkohol- und Nikotinkonsums sowie eine regelmässige klinische und laborchemische Kontrolle der Leberwerte und eine Sonografie der Leber sinnvoll (act. 225, S. 35 - 40).

**6.8.4** Im neurologischen Teilgutachten vom 20. November 2017 wurden ebenfalls keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden episodische Kopfschmerzen, am ehesten vom Spannungstyp (differenzialdiagnostisch allenfalls durch die Zervikozephalgie oder das Muskel-Skelett bedingt), gestellt. Die neurologischen Gutachter kommen zum Schluss, dass aus neurologischer Sicht keine Schädigungen zu finden seien, welche Auswirkungen auf das mittel- und langfristige berufliche Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin hätten. Somit ergebe sich aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. 225, S. 40 - 49).

**6.8.5** Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde festgehalten, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht ausschliesslich das diagnostizierte zerviozephale und zervikobrachiale Schmerzsyndrom einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die orthopädische Untersuchung der HWS und der LWS habe eine weitgehend normale Beweglichkeit ergeben. Im Sitzen habe sich eine vermehrte BWS-Kyphose als Zeichen der muskulären Dekonditionierung gezeigt. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule sei uneingeschränkt gewesen. Die Druckdolenz im Bereich der Rückenstrecker weise auf eine myofasziale Problematik bei Schon-/Fehlhaltung hin. Aktuell könne keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Aus orthopädischer Sicht ergebe sich aus den vorliegenden Befunden keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit (*recte*: Arbeitsfähigkeit). Allenfalls werde aufgrund der chronifizierten Schmerzen eine Leistungsminderung von 10 % angenommen. Nicht zumutbar seien schwere und mittelschwere Tätigkeiten sowie regelmässige Tätigkeiten über Kopf- und Schulterhöhe mit häufiger Rotation oder Inklination der Halswirbelsäule sowie schweres Heben und Tragen von Gewichten über 10 kg und regelhaft durchgeführte einseitige Zwangshaltungen. Aus neurologischer, internistischer und psychiatrischer Sicht bestünden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Aus polydisziplinärer Sicht werde der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit eine Leistungsminderung von 10 % (ausgehend von einem 100 %-Pensum) attestiert. Diese Einschränkung

sei durch die Schmerzchronifizierung, eine anzunehmende Verlangsamung sowie die diagnostizierten degenerativen Veränderungen der HWS begründet (act. 225, S. 50 - 53).

**6.9** Als Vertreterin des medizinischen Dienstes der Vorinstanz führte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ nach Prüfung des genannten Gutachtens mit Stellungnahme vom 20. Januar 2018 aus, das polydisziplinäre Gutachten sei beweiskräftig und schlüssig begründet. Seit der letzten interdisziplinären Untersuchung hätten sich keine Veränderungen ergeben. Die Beschwerdeführerin klagte nach wie vor über ein chronisches Schmerzsyndrom. Dieses sei durch die erhobenen Befunde nicht objektivierbar, und in den Alltagsaktivitäten zeigten sich keine relevanten Beeinträchtigungen. Der Vollständigkeit halber soll der Fall indes – aufgrund der leicht zunehmenden radiologisch nachgewiesenen degenerativen Veränderungen der HWS – einem somatischen Gutachter, am besten einem Rheumatologen, vorgelegt werden (act. 229).

**6.10** Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH beim medizinischen Dienst der Vorinstanz, führte mit Stellungnahme vom 30. Januar 2018 aus, er habe den Ausführungen von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 20. Januar 2018 nichts beizufügen (act. 231).

**6.11** In einer ergänzenden Stellungnahme vom 28. Juni 2018 hielt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ fest, dass die Beurteilungen in den beiden psychiatrischen Expertisen (Dr. med. C.\_\_\_\_\_ im Jahr 2013) und Dr. med. D.\_\_\_\_\_ (2018) übereinstimmten. Zutreffend seien die Diagnosen der posttraumatischen Belastungsstörung sowie der Agoraphobie bzw. Panikstörung verneint worden. Bei den diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) handle es sich um eine Normvariante, d. h. um einen minimalen Gesundheitsschaden (act. 242).

## 7.

**7.1** Aus dem polydisziplinären Gutachten geht hervor, dass bei der Beschwerdeführerin ein seit Jahren bekannter Alkoholabusus (ICD-10 F10.1) zur Diskussion steht. Der chronische Alkoholkonsum hat mutmasslich auch zur diagnostizierten Hepatopathie geführt (polydisziplinäres Gutachten, act. 225, S. 52). Darüber hinaus hat die Laboranalyse des Blutes (vgl. Beilage zum interdisziplinären Gutachten, act. 225, S. 57) bezüglich der für die Frage der Alkoholproblematik relevanten Werte (CDT [Carbohydrate-Defiziente Transferrin], MCV [mittleres korpuskuläres Volumen] und  $\gamma$ -GT

[Leberenzym Gamma-GT]) durchwegs überdurchschnittlich hohe Werte ergeben. Der MCV-Wert belief sich auf 103 fl. (Norm: 81 - 100 fl.), der  $\gamma$ -GT betrug 155 (Norm: < 39) und der CDT-Wert gar 12.2 % (Norm: < 1.6 %). Die Kombination der Biomarker CDT,  $\gamma$ -GT und MCV weist laut Untersuchungen eine hohe Sensitivität und Spezifität auf (vgl. dazu S3-Leitlinie «Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen» Stand: 28. Februar 2016 [nachfolgend: S3-Leitlinie], S. 25 - 27; abrufbar unter: [www. awmf.org](http://www.awmf.org)). Die diagnostizierte Leberschädigung sowie der sehr hohe CDT-Wert von 12.2 % weisen auf einen chronischen und übermässigen Alkoholkonsum hin (vgl. dazu S3-Leitlinie, S. 23; so auch Urteil des BVGer C-1268/2019 vom 17. September 2020 E. 5.3).

Die Ausführungen der Beschwerdeführerin, dass der Alkoholkonsum nie ein Problem gewesen sei (act. 225, S. 29), sind unter diesen Umständen wenig glaubhaft. Dies zumal auch im polydisziplinären Gutachten mehrfach auf das Alkoholproblem hingewiesen wird (vgl. dazu insbesondere act. 225, S. 23 [regelmässiger Alkoholkonsum im Austrittsbericht des Spitals K. \_\_\_\_\_ dokumentiert]; act. 225, S. 24 [sie habe «in den letzten Wochen sehr tief in das Glas geschaut»]; act. 225, S. 29 [«Sie trinke zwar Alkohol, aber nie übermässig. Der Alkoholkonsum sei nie ein Problem gewesen. Es komme schon mal vor, dass sie über den Durst trinke, wie z.B. nach dem Tod des Hundes»]) und auch ein schädlicher Alkoholkonsum (ICD-10 F10.1) diagnostiziert worden ist mit dem Hinweis, die Versicherte gebe zu, «sporadisch übermässig Alkohol zu trinken», wobei die erhöhten Transaminasen und die erhöhten Gamma-GT und CDT-Werte diese Diagnose bestätigten. Zur orthopädischen Untersuchung sei die Versicherte zudem mit einem Foetor aethylicus erschienen. Mit dem schädlichen Alkoholkonsum gingen zudem nicht nur körperliche, sondern auch psychische Schäden, einschliesslich einem gestörtem Verhalten mit negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen, einher. Schliesslich könnten auch weitere Symptome, wie Streitlust, Affektlabilität, Verstimmungen, neurovegetative Beschwerden, passagere Ängste und misstrauisches Verhalten erwähnt werden. Zu den Entzugssymptomen gehörten auch Ängste bis hin zu Panikattacken, Impulshandlungen, Gefühle der Derealisation, Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Schlafstörungen. Es bestehe ein dringender Verdacht, dass die von der Versicherten geltend gemachten Beschwerden in psychischer Hinsicht auf den chronischen Alkoholabusus zurückzuführen seien (act. 225, S. 32).

Wenn der psychiatrische Gutachter in diesem Zusammenhang festgehalten hat, vorübergehende Beeinträchtigungen bestimmter Funktionen könnten durch den überhöhten Alkoholkonsum auftreten, so genügt diese Annahme den vorstehend zitierten Anforderungen der neuesten Rechtsprechung zur Suchtabhängigkeit (gemäss BGE 145 V 215) nicht. Die Auffassung des psychiatrischen Gutachters, wonach der chronische Alkoholmissbrauch von vornherein eine Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei (act. 225, S. 35), ist überdies durch die vorstehend dargelegte Rechtsprechung überholt. Hinzu kommt, dass auch der psychiatrische Gutachter von einem Zustand ausging, der dringend im Rahmen einer professionellen Suchttherapie behandelt werden müsste (E. 6.8.2 hievore).

Hinzu kommt, dass aus den weiteren Akten zahlreiche Hinweise für einen seit Jahren bestehenden regelmässigen Alkoholkonsum hervorgehen (act. 1, S. 4 [regelmässiger Rot- und Weissweinkonsum]; act. 53, S. 14 [«sie habe kein Alkoholproblem, ... ab und zu ein Glas Rotwein ... manchmal auch einen Cognac»]; act. 82, S. 4 [heftige Reaktion auf Alkoholkontrolle]; act. 128, S. 1 [diagnostizierter regelmässiger Alkoholkonsum]; act. 131 S. 1 [diagnostizierter regelmässiger Alkoholkonsum]). Auch dem Bericht der G. \_\_\_\_\_ Privatklinik vom 27. Juni 2013 ist zu entnehmen, dass die Kontrolle des (übermässigen) Alkoholkonsums schon damals thematisiert worden war (Austrittsbericht, act. 67, S. 5). Sodann geht auch aus einem Schreiben der Liechtensteinischen Invalidenversicherung vom 22. Dezember 2014 hervor, dass damals eine stationäre Suchtbehandlung (mindestens) in Betracht gezogen wurde (act. 159, S. 3).

Ferner steht auch fest, dass die Beschwerdeführerin – gestützt auf eine Ausnahmegewilligung – zur Behandlung ihrer Schmerzen das Cannabinoid Dronabinol (2.5 % Tropfenlösung) eingenommen hat (vgl. dazu act. 176).

**7.2** Unter Berücksichtigung der geänderten Rechtsprechung gemäss BGE 145 V 215, welche auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden ist (vgl. Urteil des BGer 8C\_245/2019 vom 16. September 2019 E. 5 mit weiterem Hinweis) genügen die im polydisziplinären Gutachten vorgenommenen Abklärungen den massgeblichen (hohen) Anforderungen nicht. Dies ist denn auch insoweit nachvollziehbar, als das genannte Gutachten vom 9. Januar 2018 datiert, mithin einem Zeitpunkt vor Einleitung der dargelegten Rechtsprechungsänderung (vom 11. Juli 2019).

**7.3** Nachdem die nach altem Verfahrensstandard eingeholten Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren, bleibt zu prüfen, ob das genannten Gutachten gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten eine schlüssige Beurteilung der invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz des seit Jahren bekannten Alkoholabusus (ICD-10 F.10.1) im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubt oder nicht (vgl. BGE 145 V 215; 141 V 281 E. 8).

**7.3.1** Die Vorinstanz hat mit Duplik vom 30. Oktober 2019 die ergänzende Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes vom 25. Oktober 2019 eingereicht. Darin hat die Dr. med. F. \_\_\_\_\_ insbesondere auch zur Frage der Auswirkung des Alkoholabusus auf die funktionelle Leistungsfähigkeit Stellung bezogen und ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin nicht bei jedem Gutachter mit Foetor alcoholicus erschienen sei. Demgemäss sei einzig die Diagnose des Alkoholabusus gestellt worden. Aufgrund der erhöhten Laborparameter habe der Gutachter eine Entzugsbehandlung empfohlen, was dem üblichen Umgang mit derartigen Störungen in der Praxis entspreche. Ein irreversibler Schaden des Alkoholmissbrauchs sei bisher nicht manifest, und bisher sei kein Alkoholentzug durchgeführt worden. Es sei durchaus möglich, dass die Beschwerdeführerin einzig im Zusammenhang mit der Trauer um den verstorbenen Hund mehr Alkohol konsumiert habe. Aus medizinischer Sicht wäre bei anhaltendem Alkoholkonsum eine Entzugstherapie zumutbar und sinnvoll. Bezüglich der psychischen Auffälligkeiten könne nicht mit Sicherheit gesagt werden, dass diese ohne Alkoholkonsum verschwinden würden, da diese ebenso gut durch die akzentuierten Persönlichkeitszüge bedingt seien könnten (Beilage zu BVGer act. 14).

**7.3.2** Diese Ausführungen vermögen die festgestellten unvollständigen Beweisabklärungen nicht zu kompensieren. Denn zum einen ist unklar geblieben, in welcher Ausprägung der Alkoholmissbrauch effektiv besteht. Insbesondere wurden die erhobenen Laborwerte nicht diskutiert und auch keine (für den Alkoholmissbrauch) spezifischen Befunde erhoben. Die blosser Feststellung, dass die erhöhten Biomarker die Diagnose des schädlichen Alkoholkonsums bestätigten (vgl. dazu polydisziplinäres Gutachten, act. 225, S. 32), stellt keine hinreichende Auseinandersetzung mit den Befunden dar. In diesem Zusammenhang bedarf es einer eingehenden Auseinandersetzung mit der Art und Ausprägung der festgestellten Befunde sowie einer nachvollziehbaren Herleitung der Diagnose(n) unter Bezugnahme auf die Anamnese des Substanzgebrauchs, einer körperlichen Untersuchung, gegebenenfalls des Einsatzes alkohol- bzw. suchtspezifischer

Fragebögen und der Erhebung und Bewertung der erhobenen Laborwerte (vgl. dazu S3-Leitlinie, S. 9 ff.; HORST DILLING/WERNER MONBOUR/MARTIN H. SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 110 ff.).

Hinzu kommt, dass auch keine Diskussion über allfällige Wechselwirkungen zwischen dem Alkoholabusus und den diagnostizierten akzentuierten histrionischen Persönlichkeitszügen erfolgt ist. Dass die Beschwerdeführerin ausschliesslich im Zusammenhang mit der Trauer um ihren verstorbenen Hund mehr Alkohol konsumiert habe, kann – entgegen der Annahme des medizinischen Dienstes der IVSTA (vgl. E. 7.3.1 hievor) – aufgrund der zahlreichen Hinweise für den chronischen und übermässigen Alkoholkonsum ausgeschlossen werden, denn die Alkohol- bzw. Suchtmittelproblematik besteht offenbar bereits seit mehreren Jahren.

Hinzu kommt, dass auch der psychiatrische Gutachter eine spezifische Behandlung des chronischen Alkoholmissbrauchs als dringend indiziert einstuft (polydisziplinäres Gutachten, act. 225, S. 32 f.). Entgegen der Argumentation des medizinischen Dienstes der Vorinstanz (vgl. E. 5.3 hievor) schliesst zudem eine vorübergehende Alkoholabstinenz eine Alkoholabhängigkeit nicht von vornherein aus (vgl. hierzu DILLING/MONBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 99). Aus den Ausführungen des psychiatrischen Gutachters der medexperts geht hervor, dass sich die Gutachter offensichtlich von der mittlerweile überholten, aber damals geltenden höchstrichterlichen Rechtsprechung leiten liessen, dass eine Suchterkrankung nur dann relevant sein könne, wenn sie eine Krankheit bewirkt hat oder wenn eine Krankheit Ursache der Sucht ist.

Mit Blick auf die festgestellten hohen Leberwerte und die zahlreichen Hinweise auf eine erhebliche Alkoholproblematik kann vorliegend nicht ohne eingehende Prüfung der Standardindikatoren davon ausgegangen werden, dass keine leistungseinschränkende Folgen des übermässigen Alkoholkonsums bestünden. Eine abschliessende Beurteilung der einzelnen massgeblichen Standardindikatoren ist vorliegend auf der Basis des polydisziplinären Gutachtens vom 9. Januar 2018 nicht möglich, zumal darin die Indikatoren nicht im Einzelnen abgehandelt worden sind. Ob und gegebenenfalls inwiefern sich diese auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkt, kann gestützt auf das Gutachten der medexperts und die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes nicht beurteilt werden. Auch aus den anderen ärztlichen Berichten können in Bezug auf die Standardindika-

toren keine verlässlichen Schlüsse gezogen werden. Es fehlt damit ärztlicherseits eine vertiefte Auseinandersetzung mit den gemäss BGE 141 V 281 massgeblichen Gesichtspunkten.

**7.4** Im Rahmen der erneuten medizinischen Abklärung wird die Vorinstanz auch zu klären haben, ob und gegebenenfalls in welchem Mass sich der medizinische Sachverhalt bezüglich des chronischen Alkoholkonsums und der somatischen Beschwerden (wie z.B. der Leberschädigung) seit der Rentenzusprache im Oktober 2005 verändert hat. In diesem Zusammenhang gilt es zudem zu klären, inwiefern die organisch erklärbaren Beschwerden von den syndromalen Beschwerden abgegrenzt werden können und wie sich erstere seit der Rentenzusprache im Jahr 2005 gegebenenfalls verändert haben. Denn der Beweiswert eines im Rahmen einer Rentenrevision (nach Art. 17 ATSG) zu prüfenden Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht (vgl. dazu z.B. Urteile des BGer 9C\_137/2017 vom 8. November 2017 E. 3.1; 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2; vgl. auch ANDREAS TRAUB, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, SZS 2012 S. 184 f.).

## **8.**

In Bezug auf die Frage der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen ist vorliegend unbestritten, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen einer telefonischen Besprechung mit der Beraterin für berufliche Integration der IV-Stelle vom 22. Januar 2019 ausgeführt hat, sie werde keinen Wohnsitz in der Schweiz nehmen, weshalb sie auf Wiedereingliederungsmassnahmen verzichte (act. 267, S. 1 f.). Dass die Vorinstanz den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen verneint hat, ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden, setzt doch die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen vorliegend grundsätzlich einen Wohnsitz in der Schweiz und eine subjektive Eingliederungsfähigkeit (vgl. dazu Urteile des BGer 8C\_667/2015 vom 6. September 2016 E. 4.2; 8C\_664/2013 vom 25. März 2014 E. 2) voraus, welche Voraussetzungen hier offensichtlich nicht gegeben sind. Der Verzicht auf Wiedereingliederungsmassnahmen wird von der Beschwerdeführerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren denn auch zu Recht nicht mehr gerügt, so dass sich Weiterungen hierzu erübrigen.

## 9.

**9.1** Zusammengefasst erweist sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2019 in medizinischer Hinsicht nicht rechtsgenügend abgeklärt. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob die Beschwerdeführerin weiterhin einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Bei diesem Ergebnis braucht auf die Rüge der Gehörsverletzung nicht eingegangen zu werden.

**9.2** 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 – in Bezug auf die Suchtproblematik – noch nicht nach einer geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung geprüft hat und die massgeblichen Fragen im Zusammenhang mit der Prüfung der invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz einer Alkoholabhängigkeit in einem 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; Urteil des BVGer C-1444/2015 vom 17. Oktober 2017 E. 8.14). Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug nicht gewahrt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

**9.3** Die Vorinstanz ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie (letztere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281] und der allfälligen Auswirkungen

des Alkoholmissbrauchs im Lichte der zwischenzeitlich mit BGE 145 V 215 angepassten Rechtsprechung) erforderlich.

Überdies wird die Vorinstanz auch zu klären haben, ob und gegebenenfalls in welchem Mass sich der medizinische Sachverhalt bezüglich des chronischen Alkoholkonsums und der somatischen Beschwerden (wie z.B. der Leberschädigung) seit der Rentenzusprache im Oktober 2005 verändert hat, inwiefern die organisch erklärbaren Beschwerden von den syndromalen Beschwerden abgegrenzt werden können und wie die Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung sämtlicher (d.h. der syndromalen sowie der davon unabhängigen organischen oder psychischen) Gesundheitsschädigungen zu beurteilen ist.

**9.4** Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1; Urteil des BVGer C-4537/2017 vom 20. August 2019 E. 8).

**9.5** Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

**9.6** Im Ergebnis ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung vom 30. April 2019 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

**10.**

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

**10.1** Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Der obsiegenden Beschwerdeführerin sind demnach keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der unterliegenden Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**10.2** Die anwaltlich vertretene 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. Die Rechtsvertreterin hat mit Eingabe vom 15. November 2019 eine Kostennote eingereicht. Sie macht ein Honorar von Fr. 4'982.65 (18.20 Stunden à Fr. 250.- zuzüglich Barauslagen von Fr. 76.40 und Mehrwertsteuer von Fr. 356.25; Beilage zu BVGer act. 16) geltend. Vor dem Hintergrund, dass nur der notwendige Aufwand zu entschädigen ist (Urteil des BGer 8C\_426/2018 vom 10. August 2018 E. 5.3), erscheint der geltend gemachte Aufwand von insgesamt 18.20 Stunden unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache, des Umfangs der Akten und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens als zu hoch, weshalb die Honorarnote zu kürzen ist. Mit Blick auf ähnlich gelagerte Fälle und die im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsmaxime (vgl. dazu Urteil des EVG I 786/05 vom 12. September 2006 E. 4.1) ist der geltend gemachte Aufwand auf 13 Stunden zu reduzieren.

Dementsprechend ist ein Aufwand von 13 Stunden zum geltend gemachten (tarifkonformen) Ansatz von Fr. 250.- pro Stunde zu entschädigen, was ein Honorar von Fr. 3'250.- ergibt. Die geltend gemachten Auslagen von Fr. 76.40 werden detailliert ausgewiesen, sind angemessen und sind daher zu entschädigen (Art. 9 Abs. 1 Bst. b VGKE). Die Mehrwertsteuer ist nur für Dienstleistungen geschuldet, die im Inland gegen Entgelt erbracht werden, nicht jedoch im vorliegenden Fall, in dem die Dienstleistung für die Beschwerdeführerin mit Wohnsitz im Ausland erbracht worden ist (vgl. Urteil des BVGer C-6983/2009 vom 12. April 2010 E. 3.2). Der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ist somit zu Lasten der Vorinstanz eine Entschädigung von Fr. 3'326.40 (inkl. Auslagen; ohne Mehrwertsteuerzuschlag) zuzusprechen.

## **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

### **1.**

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Verfügung vom 30. April 2019 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie die erforderlichen zusätzlichen Abklärungen und Beurteilungen des medizinischen Sachverhalts im Sinne der Erwägungen 9.2 bis 9.5 vornehme und anschliessend neu verfüge.

### **2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– wird ihr nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids zurückerstattet.

### **3.**

Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Entschädigung von Fr. 3'326.40 zugesprochen.

### **4.**

Dieses Urteil geht an:

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

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

David Weiss

Roland Hochreutener

*(Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen).*

**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 Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). 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 die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: