



Urteil vom 30. April 2018

Besetzung

Richter Michael Peterli (Vorsitz),
Richterin Michela Bürki Moreni,
Richter Christoph Rohrer,
Gerichtsschreiberin Susanne Fankhauser.

Parteien

A._____, (Spanien),
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenrevision
(Verfügung vom 26. April 2016).

Sachverhalt:**A.**

Die am (...) 1958 geborene A._____, spanische Staatsangehörige, war ab dem Jahr 1982 – zunächst mit Unterbrüchen – in der Schweiz erwerbstätig (vgl. IV-act. 7). Von Mai 1992 bis Oktober 1999 arbeitete sie als Mitarbeiterin Abfüllerei bei der B._____ AG (das Arbeitsverhältnis wurde per 30. Juni 2000 aufgelöst; IV-act. 33). Mit Datum vom 22. November 2000 meldete sie sich unter Hinweis auf chronische Schmerzen bei der schweizerischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 2). Die IV-Stelle C._____ ermittelte einen Invaliditätsgrad von 100% (IV-act. 4) und sprach A._____ mit Wirkung ab 1. August 2000 eine ganze Rente zu (Verfügung vom 9. November 2001 [IV-act. 6 S. 3]). Nachdem die Versicherte im August 2002 nach Spanien zurückgekehrt war (IV-act. 3 S. 19), überwies die IV-Stelle C._____ die Akten am 21. September 2004 an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA [IV-act. 9]).

A.a Im August 2005 leitete die IVSTA ein Rentenrevisionsverfahren ein (vgl. IV-act. 14 ff.). Gestützt auf die eingeholten medizinischen Stellungnahmen und einen Einkommensvergleich, welcher einen Invaliditätsgrad von 47% ergab (IV-act. 22), verfügte die IVSTA am 15. Dezember 2006 die Herabsetzung auf eine Viertelsrente mit Wirkung ab 1. Februar 2007 (IV-act. 56). Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 9. Januar 2008 gut, hob die angefochtene Verfügung – dem Antrag der Vorinstanz entsprechend – auf und wies die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung (Einholen eines psychiatrischen Gutachtens) an die Verwaltung zurück (IV-act. 76). In der Folge holte die IVSTA bei den D._____ das psychiatrische Gutachten vom 4. Februar 2009 ein (IV-act. 99). Mit Beschluss vom 29. April 2009 stellte die IVSTA fest, dass weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente bestehe (IV-act. 105).

A.b Im März 2013 leitete die IVSTA erneut ein Rentenrevisionsverfahren ein (IV-act. 110 ff.). Zur Abklärung in medizinischer Hinsicht holte sie zunächst über den spanischen Versicherungsträger den Formularbericht (E213) vom 2. Oktober 2013 (mit Beilagen [IV-act. 121 ff.]) und anschliessend das polydisziplinäre Gutachten der E._____ GmbH vom 25. September 2014 ein (IV-act. 146). Gestützt auf die Stellungnahmen ihres medizinischen Dienstes vom 31. Oktober 2014 (Dr. F._____ [IV-act. 148]) und vom 18. November 2014 (Dr. G._____ [IV-act. 150]) stellte die IVSTA A._____ die Aufhebung der IV-Rente in Aussicht (Vorbescheid vom

12. Dezember 2014 [IV-act. 151]). Diese erhob am 28. Januar 2015 Einwand und reichte in der Folge verschiedene medizinische Berichte von Ärztinnen und Ärzten aus ihrem Heimatland ein (IV-act. 152 ff.), worauf die Verwaltung weitere Stellungnahmen ihres medizinischen Dienstes einholte (vgl. IV-act. 158, 163, 165 und 171).

A.c Mit Verfügung vom 26. April 2016 hob die IVSTA die Rente mit Wirkung ab 1. Juli 2016 auf (IV-act. 173). Zur Begründung verwies sie namentlich auf das E._____-Gutachten und die Stellungnahmen ihres medizinischen Dienstes sowie auf die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (SR 831.20; 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket [AS 2011 5659]; nachfolgend: SchlBest. IVG).

B.

Mit Beschwerde vom 25. Mai 2016 beantragte A._____, sinngemäss, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben. Unter Hinweis auf die ins Recht gelegten medizinischen Stellungnahmen machte sie geltend, aufgrund der ausgewiesenen psychischen und somatischen Krankheiten sei ihr eine Erwerbstätigkeit nicht mehr zumutbar (act. 1). Mit Eingabe vom 3. Juni 2016 (Poststempel) reichte sie weitere medizinische Unterlagen ein (act. 3).

C.

Die Vorinstanz schloss in ihrer Vernehmlassung vom 14. Juli 2016 auf Abweisung der Beschwerde und reichte ergänzende Stellungnahmen ihres medizinischen Dienstes ein (act. 5).

D.

Der mit Zwischenverfügung vom 21. Juli 2016 auf CHF 800.- festgesetzte Kostenvorschuss ging am 11. August 2016 bei der Gerichtskasse ein (act. 6 und 7).

E.

Mit Replik vom 17. August beziehungsweise 10. Oktober 2016 hielt die Beschwerdeführerin sinngemäss an ihrem Beschwerdeantrag fest und machte unter Hinweis auf einen neuen Arztbericht eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend (act. 8 und 10).

F.

Die Vorinstanz hielt mit Duplik vom 8. November 2016 an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest und verwies zur Begründung auf eine neue Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes (Dr. H._____) vom 1. November 2016 (act. 12).

G.

Nachdem die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 28. November 2016 einen weiteren Kurzbericht eingereicht hatte (act. 14), hielt die Vorinstanz erneut unter Hinweis auf eine Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes (vom 15. Dezember 2016) an ihrem Antrag auf Abweisung fest (act. 16).

H.

Mit Eingabe vom 23. Januar 2017 machte die Beschwerdeführerin geltend, der medizinische Dienst der Vorinstanz habe ihre psychischen Störungen bei der Würdigung nicht in Betracht gezogen (act. 18).

I.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

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

Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.1 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1).

1.2 Als direkte Adressatin ist die Beschwerdeführerin von der angefochtenen Verfügung berührt, und sie kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (vgl. Art. 59 ATSG, Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (vgl. Art. 38 ff. und Art. 60 ATSG, Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, einzutreten.

2.

Streitig ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Vorab sind die für die Beurteilung massgebenden gesetzlichen Bestimmungen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

2.1 Der Anspruch auf eine Invalidenrente beurteilt sich auch im Anwendungsbereich des FZA und der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; bzw. bis 31. März 2012 Verordnung [EWG] Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11) nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 mit Hinweisen; BASILE CARDINAUX, § 7 Beweiserhebung im Ausland, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 281 Rz. 7.23; Urteile BVGer C-2816/2014 vom 12. Februar 2016 E. 2.1 und C-5263/2014 vom 6. Juli 2016 E. 2, je mit Hinweisen).

2.2 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (Urteil BGer 8C_419/2009 vom 3. November 2009 E. 3.1; BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Der Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu beurteilen (vgl. BGE 130 V 445). Vorliegend sind insbesondere auch die am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Vorschriften gemäss 6. IV-Revision zu beachten.

2.3 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; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3).

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).

2.4 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, 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).

2.5 Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

2.6 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).

2.7 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.

2.8 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 Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a; Urteil BGer 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.1).

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb; Urteil BGer 9C_278/2016 vom 22. Juli 2016 E. 3.2.2).

3.

In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob sich die Vorinstanz zu Recht auf Bst. a Abs. 1 SchIBest. IVG gestützt hat.

3.1 Ein Ausschlussgrund im Sinne von Bst. a Abs. 4 SchIBest. IVG liegt nicht vor. Die 1958 geborene Beschwerdeführerin hatte bei Inkrafttreten der 6. IV-Revision am 1. Januar 2012 das 55. Altersjahr noch nicht zurückgelegt. Nachdem ihr ab dem 1. August 2000 eine Rente zugesprochen worden war, lag auch bei der Einleitung der Rentenrevision im Jahr 2013 noch kein Rentenbezug von mehr als 15 Jahren vor.

3.2 Die Anwendbarkeit von Bst. a Abs. 1 SchIBest. IVG ergibt sich ausschliesslich aus der Natur des Gesundheitsschadens, auf dem die Rentenzusprechung beruht (Urteile BGer 9C_379/2013 vom 13. November 2013 E. 3.2.3; 9C_384/2014 vom 10. Juli 2014 E. 3.2; 8C_413/2016 vom 2. September 2016 E. 4.3). Unklare Beschwerdebilder, wie sie in dieser Bestimmung vorausgesetzt werden, charakterisieren sich durch den Umstand, dass mittels klinischer Untersuchungen weder Pathologie noch Ätiologie nachweisbar oder erklärbar sind (Urteil BGer 8C_654/2014 vom 6. März 2015 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 9.4). Nach der Rechtsprechung sind laufende Renten vom Anwendungsbereich von Bst. a Abs. 1

SchlBest. IVG nur auszunehmen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden beruhen. Lassen sich unklare Beschwerden von erklärbaren Beschwerden trennen, kann Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG auf erstere Anwendung finden (vgl. BGE 140 V 197 E. 6.2.3). Liegt demgegenüber ein "Mischsachverhalt" vor, bei dem die Invalidenrente sowohl für eine organisch objektivierbare ("erklärbare") Gesundheitsschädigung wie auch für ein diffuses ("unklares") Beschwerdebild im Sinne von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG zugesprochen wurde und bei dem sich keine anteilmässige Zuordnung der darauf zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit(en) vornehmen lässt, fällt eine Herabsetzung oder Aufhebung gestützt auf Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG ausser Betracht (Urteile BGer 8C_413/2016 vom 2. September 2016 E. 4.2.3; 8C_34/2014 vom 8. Juli 2014 E. 4.2). Eine Rentenrevision unter diesem Rechtstitel ist aber möglich, wenn die organisch objektivierbaren Gesundheitsschädigungen die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht mitverursacht, sondern lediglich die Auswirkungen des unklaren Beschwerdebildes verstärkt haben, und damit nicht selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs beitragen (Urteil BGer 9C_121/2014 vom 3. September 2014 [SVR 2014 IV Nr. 39] E. 2.6; Urteil BGer 8C_380/2017 vom 7. August 2017 E. 3.3). Schliesslich setzt die Aufhebung oder Herabsetzung einer Rente gestützt auf Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG voraus, dass auch im Revisionszeitpunkt ausschliesslich ein unklares Beschwerdebild vorliegt (BGE 139 V 547 E. 10.1.2).

3.3 Der Rentenzusprache vom 9. November 2001 lagen insbesondere die folgenden medizinischen Berichte zugrunde.

3.3.1 Am 5. Mai 1999 berichtete Prof. Dr. med. I. _____, Facharzt Neurologie, dem Hausarzt Dr. med. J. _____ über die Untersuchung der Patientin. Er könne keine neurologische Ursache der Schmerzsymptomatik finden; er interpretiere die Schmerzen als psychogen bzw. funktionell (IV-act. 32 S. 10).

3.3.2 Dr. med. K. _____, Facharzt für Innere Medizin, speziell Rheumatologie, führte in seinem Bericht vom 15. Dezember 2000 an den Hausarzt folgende Diagnosen auf: Chronisches Cervicobrachialsyndrom und cervicocephales Syndrom links (sich ausbreitend zu Halbseitenkörperschmerz links; mässige Osteochondrose C5/6 mit Protrusion dieser Bandscheibe 1995 im MRI); Dekonditionierter weichteilempfindlicher thoracolumbaler Flachrücken (mit Neigung zu Fibromyalgie und [...] erheblich depressiv überlagert); Status nach Laparoskopischer Rektosigmoidresektion wegen Sigmadiverticulitis 1999. Hinweise auf ein radikuläres Geschehen

habe er nicht finden können. Die degenerativen Veränderungen, die konstitutionelle Haltungsschwäche und der Flachrücken spielten vermutlich auch eine Rolle; zuerst müsse aber die Behandelbarkeit durch Verminderung der Weichteilempfindlichkeit hergestellt werden. Aktuell halte er die Versicherte für eine ausserhäusliche Tätigkeit als zu 100%, im Haushalt zu 50% arbeitsunfähig (IV-act. 32 S. 4 ff.). Diese Einschätzung bestätigte er in seinem an die IV-Stelle C._____ gerichteten Verlaufsbericht vom 21. Juni 2001. Bei den Diagnosen führte er nun auch eine depressive Entwicklung auf (IV-act. 36). Weiter hielt er fest, eine ergänzende medizinische Abklärung halte er für sinnvoll (S. 1); die Arbeitsfähigkeit sei vermutlich auf längere Sicht unveränderbar, doch sollte mindestens einmal eine adäquate intensive interdisziplinäre Rehabilitation mit einer psychologisch-psychiatrischen Evaluation erfolgen (S. 3).

3.3.3 Der Hausarzt führte in seinem Bericht an die IV-Stelle vom 11. Februar 2001 dieselben Diagnosen auf wie der Rheumatologe Dr. K._____ und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100% für die Tätigkeit als Hilfsarbeiterin und ca. 50% als Hausfrau (IV-act. 32 S. 1). Zur Begründung wird insbesondere auf den Bericht des Rheumatologen verwiesen.

3.3.4 Nach Rücksprache mit dem medizinischen Dienst (vgl. IV-act. 37), hielt die IV-Stelle C._____ im Feststellungsblatt vom 10. Juli 2001 – unter Hinweis auf die Berichte des Hausarztes und des Rheumatologen – folgende Diagnosen fest: Chronisches Zervicobrachialsyndrom und zervicocephales Syndrom links bei Osteochondrose C5/6 mit Protrusion dieser Bandscheibe im MRI 1995; Dekonditionierter weichteilempfindlicher thoracolumbaler Flachrücken bei Fibromyalgiesyndrom und sekundärem depressiven Zustandsbild; Status nach Laparoskopischer Rectosigmoidresektion wegen massiver Sigmadiverticulitis 1999; depressive Entwicklung (IV-act. 38).

3.4 Die in der Diagnoseliste aufgeführte Fibromyalgie fällt – wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung – zweifellos in den Anwendungsbereich des Bst. a SchlBest. IVG (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2; 139 V 547 E. 2.2; Urteil BGer 8C_730/2015 vom 24. Februar 2016 E. 4.1). Aus den Berichten des Rheumatologen Dr. K._____ ist zu schliessen, dass damals zwar die Weichteilempfindlichkeit bzw. das Fibromyalgiesyndrom im Vordergrund stand, aber auch objektivierbare Befunde beziehungsweise „erklärbare“ Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit bestanden. Welcher Anteil der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit durch „erklärbare“ bzw. durch

„unklare“ Beschwerden begründet war, lässt sich aus den der Rentenzusprache zugrunde liegenden Akten nicht feststellen. Dies bestätigen auch die späteren Beurteilungen, wie nachfolgend aufzuzeigen ist.

3.4.1 Im ersten Rentenrevisionsverfahren hielt Dr. L. _____ vom medizinischen Dienst der IVSTA nach Eingang des Formularberichts E213 (weitgehend unleserlich) fest, es handle sich in der Tat um ein gemischt psychiatrisch-rheumatologisches Krankheitsbild, das im Jahr 2000 korrekterweise einer interdisziplinären Beurteilung bedurft hätte. Aus somatischer Sicht seien für eine vollumfängliche Invalidität keine genügend schweren Veränderungen an der Halswirbelsäule festzustellen. Die psychiatrischen Befunde würden eher auf eine leichte Pathologie hindeuten, eine invalidisierende Depression oder Persönlichkeitsstörung liege jedenfalls nicht vor. Die Versicherte sei in einer leichten Tätigkeit zu 70% arbeitsfähig (Stellungnahme vom 20. Februar 2006 [IV-act. 20]). In seiner Stellungnahme vom 10. November 2006 führte er aus, es handle sich um eine Befindlichkeitsstörung vom Typ einer somatoformen Schmerzstörung unter dem Titel Fibromyalgie, zu der eine leichte depressive Befindlichkeit und grosse Krankheitsüberzeugung gehöre (IV-act. 51). Im Beschwerdeverfahren betreffend die am 15. Dezember 2006 verfügte Herabsetzung der Rente (IV-act. 56) hielt Dr. L. _____ in seiner Stellungnahme vom 5. Oktober 2007 einleitend fest, er sei früher davon ausgegangen, „dass a) der psychische Gesundheitszustand der Versicherten bei der Rentenzusprache nicht korrekt, das heisst durch einen Psychiater, beurteilt worden war und dass sich b) eine Veränderung des Gesundheitszustandes nicht beweisen lasse“ (act. 72 S. 1). Ob die Voraussetzungen für eine Kürzung der Rente gegeben seien, sei nicht eine medizinische Frage. Sodann schlug er vor, ein psychiatrisches Gutachten einzuholen, welches über den Schweregrad der diagnostizierten Depression Auskunft gebe (act. 72). Nach Eingang des psychiatrischen Gutachtens, in welchem eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.00) diagnostiziert und – unter Berücksichtigung der Schmerzproblematik – keine Arbeitsfähigkeit in einer (angepassten) Erwerbstätigkeit attestiert wurde (vgl. IV-act. 99), stellte Dr. L. _____ fest, das Gutachten bestätige, dass nie mehr als eine leichte depressive Verstimmung vorgelegen habe. Eine Verbesserung sei nie eingetreten; er schlage eine Wiedererwägung vor (Stellungnahme vom 26. April 2009 [IV-act. 104]).

3.4.2 Mit Anfrage vom 12. März 2013 ersuchte die Verwaltung den medizinischen Dienst um Beantwortung der Frage, ob im vorliegenden Fall eine

Revision nach Bst. a SchlBest. IVG möglich sei, da nicht einer der einschlägigen Gebrechenscodes hinterlegt sei (IV-act. 110). Der im Fall der Beschwerdeführerin hinterlegte Gebrechenscode 736 steht für Spondylosen und Osteochondrosen (vgl. Codizes zur Gebrechens- und Leistungsstatistik des Bundesamtes für Sozialversicherung [BSV], abrufbar unter: < www.bsvlive.admin.ch/vollzug/documents/index/category:34/lang:deu > [besucht am 15.3.2018]). In seiner Stellungnahme vom 20. Dezember 2013 bejahte Dr. G._____ diese Frage, nachdem er zunächst eine psychiatrische und rheumatologische Untersuchung in Spanien veranlasst hatte (vgl. IV-act. 111); die Rente sei damals aufgrund einer Fibromyalgie gesprochen worden (IV-act. 128).

3.5 Welche der im Feststellungsblatt vom 10. Juli 2001 (IV-act. 38) genannten Gesundheitsbeeinträchtigungen im Jahr 2001 zur Rentenzusprache geführt haben, war offenbar weder für die Verwaltung noch für den medizinischen Dienst hinreichend klar. Daher lässt sich die Frage, ob „erklärbare“ Beschwerden selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs beigetragen haben, nicht beantworten. Nur wenn diese zu verneinen wäre, bliebe eine Rentenrevision nach Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG möglich (vgl. vorne E. 3.2).

3.6 Aufgrund dieser Aktenlage stellt sich die Frage, ob die ursprüngliche Rentenzusprache nicht zweifellos unrichtig ist.

3.6.1 Der Versicherungsträger kann auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Während letzteres Erfordernis bei periodischen Leistungen regelmässig gegeben ist (BGE 140 V 85 E. 4.4; 119 V 475 E. 1c), setzt zweifelloser Unrichtigkeit voraus, dass kein vernünftiger Zweifel an der (von Beginn weg bestehenden) Unrichtigkeit der Verfügung besteht, also einzig dieser Schluss denkbar ist. Das Erfordernis ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprechung aufgrund falscher Rechtsregeln erfolgte oder weil massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden (BGE 140 V 77 E. 3.1; 138 V 324 E. 3.3). Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG). Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne (Urteil BGer 9C_633/2015 vom 3. November 2015 E. 2.1 m.H.;

Urteil BGer 8C_27/2011 vom 14. März 2011 E. 4.2). Die Frage nach der zweifellosen Unrichtigkeit beurteilt sich nach der Rechtslage im Zeitpunkt des Verfügungserlasses, einschliesslich der damaligen Rechtspraxis (BGE 140 V 77 E. 3.1; 138 V 147 E. 2.1).

3.6.2 Wie Dr. L. _____ vom medizinischen Dienst der IVSTA bereits in seiner Stellungnahme vom 20. Februar 2006 festgestellt hatte, wäre vor der Rentenzusprechung vom 9. November 2001 eine interdisziplinäre Beurteilung bzw. Begutachtung (insbes. psychiatrisch-rheumatologisch) erforderlich gewesen. Dass allein auf die Einschätzung des behandelnden Rheumatologen abgestellt wurde, entsprach auch im Jahr 2001 nicht der Rechtspraxis, wenn – wie vorliegend – selbst der behandelnde Arzt eine weitere medizinische Abklärung als angezeigt erachtete. Bei psychischen Störungen – wie Depressionen oder somatoformen Störungen – wurde bereits damals grundsätzlich ein psychiatrisches Gutachten verlangt (vgl. AHI-Praxis 3/2000 S. 154 ff. [Urteil EVG vom 8. November 1999] E. 4.b; Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], Stand 1. Januar 2001, Rz. 1011 f.). Weiter wäre auch bei einer Fibromyalgie zu diskutieren gewesen, weshalb selbst für leichte Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestanden haben soll (vgl. z.B. Urteile EVG I 432/99 vom 9. August 2000 E. 2 und 3; I 114/00 vom 4. September 2000 E. 2), im Haushalt aber eine Arbeitsfähigkeit von 50% attestiert werden konnte. Welche Tätigkeiten der Beschwerdeführerin nach einem objektivierten Massstab noch zumutbar waren (vgl. BGE 127 V 294 E. 4.c; 102 V 165), wurde nicht geprüft. Damit erfolgte die Zusprechung der Rente nicht nur in offenkundiger Verletzung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Untersuchungsgrundsatzes (vgl. BGE 117 V 282 E. 4a), sondern auch des Invaliditätsbegriffs gemäss Art. 4 Abs. 1 IVG (in der bis am 31. Dezember 2002 gültigen Fassung) bzw. der Vorschriften zur Invaliditätsbemessung (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG, in der bis am 31. Dezember 2002 gültigen Fassung). Die Rentenzusprechung vom 9. November 2001 ist daher als zweifellos unrichtig im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG zu qualifizieren, deren Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (vgl. vorne E. 3.6.1).

3.6.3 Hat sich die Verwaltung für ihren Entscheid zu Unrecht auf Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG gestützt, kann die Beschwerdeinstanz eine Rentenherabsetzung oder -aufhebung mit der substituierten Begründung einer Wiedererwägung gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG schützen (Urteil BGer 9C_890/2014 vom 10. April 2015 E. 3.2 mit Hinweis; vgl. auch Urteil BGer

8C_477/2017 vom 21. November 2017 E. 4.2). Zur beabsichtigten Motivsubstitution muss der versicherten Person vorgängig das rechtliche Gehör gewährt werden (Urteile BGer 8C_1027/2009 vom 17. August 2010 E. 2.2; 9C_766/2016 vom 3. April 2017 E. 3.2, je mit Hinweisen).

3.7 Vorliegend kann die Rentenaufhebung bereits deshalb nicht (mit substituierter Begründung der Wiedererwägung) geschützt werden, weil die Beschwerdeführerin bei Erlass der Verfügung vom 26. April 2016 resp. im Zeitpunkt der darin verfügten Rentenaufhebung (vgl. BGE 141 V 5 E. 4.2.1; Urteil BGer 8C_393/2016 vom 25. August 2016 E. 3.5) bereits 58 Jahre alt war und seit fast 16 Jahren eine Rente bezogen hatte. Nach der Rechtsprechung können Personen, deren Rente (revisions- oder) wiedererwägungsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens 15 Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, nicht ohne Weiteres auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen werden. Vielmehr sind in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis die Betroffenen in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (Urteile BGer 8C_855/2013 vom 30. April 2014 E. 2.2; 9C_816/2013 vom 20. Februar 2014 E. 2.2; 8C_393/2016 vom 25. August 2016 E. 3.3, je mit Hinweisen). Dies bedeutet nicht, dass sich die versicherte Person auf eine Bestandesgarantie berufen kann, sondern lediglich, dass ihr zugestanden wird, dass ihre Rente erst nach Prüfung und Durchführung von Eingliederungsmassnahmen eingestellt wird (BGE 141 V 5 E. 4.2.2 mit Hinweisen). Sofern der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht eine (den Rentenanspruch ausschliessende oder zumindest reduzierende) Erwerbstätigkeit zumutbar ist, was nachfolgend zu beurteilen sein wird (E. 4), wird die Vorinstanz daher zunächst die Eingliederungsfrage zu prüfen haben, bevor sie die Rente aufhebt oder reduziert.

4.

Für die Beurteilung des medizinisch-theoretischen Leistungsvermögens hat sich die Vorinstanz insbesondere auf das E. _____-Gutachten und die Stellungnahmen ihres medizinischen Dienstes gestützt.

4.1 Das polydisziplinäre Gutachten der E. _____ beruht auf einer allgemein-internistischen, einer psychiatrischen und einer rheumatologischen Untersuchung vom 8. September 2014 (IV-act. 146).

Die Sachverständigen stellten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Gutachten S. 21):

1. Angst- und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2)
2. Chronisches Schulterimpingementsyndrom links (ICD-10 M75.4)
3. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (ICD-10 M54.5)
4. Chronisches cervikocephales bis cervikospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit werden aufgeführt:

1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- Fibromyalgie (ICD-10 M79.0)
2. Akzentuierte ängstliche Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)
3. Übergewicht mit BMI von 29.5 kg/m² (ICD-10 E66.9)
4. Nikotinabusus (ICD-10 F17.1)
5. Anamnestisch Rhizarthrose bds. (ICD-10 M18.0)
6. Intermittierende Periarthropathia Genu bds. linksbetont (ICD-10 M25.5)

Aus rheumatologischer Sicht bestehe für die angestammte Tätigkeit als Betriebsangestellte in einer Abfüllerei, welche einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit entspreche, eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80%. Allgemein als leidensangepasste Tätigkeiten seien Arbeiten zu betrachten, bei welchen die Explorandin keine Überkopfarbeiten mit dem linken Arm verrichten müsse, an ihrem Arbeitsplatz ihre Arbeitsposition regelmässig selbständig wechseln könne, keine Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneigeposition sowie Arbeiten verbunden mit stereotypen, fließbandähnlichen Rotationsbewegungen der HWS und LWS vornehmen müsse. Das Heben und Tragen von Lasten bis zur Taille sei bis maximal 15 kg, über der Taille bis maximal 10 kg möglich.

Der psychiatrische Gutachter führt drei Problembereiche auf, die diagnostisch erfasst werden könnten: „Zum einen besteht eine stimmungsmässige Labilität mit leichteren depressiven Krisen, aber auch eher diffusen Ängsten, sodass insgesamt die Diagnose einer Angst- und depressiven Störung gemischt gestellt werden kann. Klinisch im Vordergrund steht jedoch das Fibromyalgiesyndrom, d.h. die Explorandin beklagt diffuse über den ganzen Körper verteilte Schmerzen, die sich schubartig einstellen würden. Diese Schmerzattacken können keinem eindeutigen organischen Korrelat

zugeordnet werden. Sie sind daher psychisch überlagert und es kann die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung formuliert werden. Des Weiteren entstand der Eindruck von eher ängstlich unsicheren Persönlichkeitszügen mit Vermeidungshaltung bei schnell eintretender Unsicherheit. Die von der Explorandin beklagten Schwindelzustände sind am ehesten als Ausdruck der Ängste einzuordnen“ (Gutachten S. 12). Aufgrund der aktuell vorhandenen Symptomatik mit leichten depressiven Verstimmungen und Ängsten sowie unter Einbezug der Schwindelanfälle sei die Arbeitsfähigkeit zu 20% eingeschränkt. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei in Anwendung der „Förster-Kriterien“ als überwindbar zu betrachten.

4.2 Das E. _____-Gutachten datiert vom 25. September 2014. Seither hat die Rechtsprechung in für den vorliegenden Fall wesentlichen Beurteilungskriterien eine Änderung erfahren.

4.2.1 Mit Urteil vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht die Rechtsprechung zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder vergleichbarer psychosomatischer Leiden (wie Fibromyalgie) geändert (BGE 141 V 281). Nach der mit BGE 130 V 352 eingeleiteten Rechtsprechung vermochten eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (worunter auch eine Fibromyalgie fällt, vgl. BGE 132 V 65) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken. Vielmehr galt die Vermutung, dass das entsprechende Leiden oder seine Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien (vgl. bspw. BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen). Eine – nur in Ausnahmefällen anzunehmende – Unzumutbarkeit eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess war nach den sogenannten „Förster-Kriterien“ zu prüfen (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3; 131 V 49 E. 1.2; 139 V 547 E. 9).

Nach der mit BGE 141 V 281 teilweise geänderten Rechtsprechung kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit weiterhin nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 mit Hinweis auf BGE 130 V 396). Der Rentenanspruch wird – in Nachachtung der verfassungs- und gesetzmässigen Vorgaben von Art. 8 und 29 BV (Rechtsgleichheit) und Art. 7 Abs. 2 ATSG (objektivierte Zumutbarkeitsbeurteilung) – anhand eines normativen Prüfrasters beurteilt, und es braucht medizinische Evidenz, dass die Erwerbsunfähigkeit aus objektiver Sicht eingeschränkt ist.

Das Bundesgericht hat jedoch die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch ein strukturiertes normatives Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 3.6 ff.; Urteile BGer 8C_344/2016 vom 23. Februar 2017 E. 3.2; 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 574 E. 6).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3) mit den Komplexen "Gesundheitsschädigung" (E. 4.3.1; Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome [E. 4.3.1.1]; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [E. 4.3.1.2]; Komorbiditäten [E. 4.3.1.3]), "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). Sie erlauben – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits – das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1).

4.2.2 Weiter hat das Bundesgericht mit Urteil vom 30. November 2017 (BGE 143 V 418) entschieden, dass das indikatorengeleitete Beweisverfahren grundsätzlich auf sämtliche psychischen Störungen anzuwenden sei. Die Änderung der Rechtsprechung wird damit begründet, dass psychische Leiden – und nicht nur somatoforme/funktionelle Störungen – wegen ihres Mangels an objektivierbarem Substrat dem direkten Beweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit nicht zugänglich sind. Dieser Beweis ist daher indirekt, behelfsweise, mittels Indikatoren zu führen. Je nach

Krankheitsbild bedarf es dabei allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren (BGE 143 V 418 E. 7.1). Auch affektive Störungen, einschliesslich der leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen, werden dem strukturierten Beweisverfahren unterstellt (BGE 143 V 418 E. 7.1 mit Hinweis auf BGE 143 V 409). Die Rechtsprechung, wonach depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind, wurde mit BGE 143 V 409 aufgegeben.

4.3 Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nach der Rechtsprechung nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6). Ist eine anspruchsbegründende Arbeitsunfähigkeit nach dem strukturierten Beweisverfahren im Sinne von BGE 141 V 281 zu beurteilen, ist daher zu prüfen, ob die beigezogenen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8; Urteil BGer 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2).

4.3.1 Bei psychischen Störungen ist – wie bei somatischen Gesundheitsschäden – entscheidend, ob und wie sich die Krankheit leistungslimitierend auswirkt, wobei eine leistungs-, insbesondere rentenbegründende Invalidität jedenfalls eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose voraussetzt (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 141 V 281 E. 2.1 ff.; 143 V 418 E. 8.1). Die Sachverständigen haben ihre Diagnosen nachvollziehbar zu begründen. Dies gilt insbesondere für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.4, aber auch bei depressiven Leiden (BGE 141 V 281 E. 2.1.1; 143 V 409 E. 4.5.2). Dem diagnoseinhärenten Schweregrad der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vermehrt Rechnung zu tragen, weil diese per definitionem Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen voraussetzt. Die Diagnose ist so zu begründen, dass die rechtsanwendenden Behörden nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 141 V 281 E. 2.1.1). Bei Depressionen ist eine nachvollziehbare Diagnosestellung deshalb von besonderer Relevanz, weil allein durch psychosoziale Belastungen verursachte

Leistungsbeeinträchtigungen keine Invalidität zu begründen vermögen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1; 141 V 281 E. 3.4.2.1; 127 V 294 E. 5a).

4.3.2 Der psychiatrische Gutachter hat die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung lediglich damit begründet, dass die Schmerzproblematik bzw. das Fibromyalgiesyndrom im Vordergrund stehe und die geklagten Schmerzen keinem eindeutigen organischen Korrelat zugeordnet werden könnten. Die Diagnose gemäss ICD-10 F45.4 wird wie folgt charakterisiert:

„Die vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, die schwerwiegend genug sein sollten, um als entscheidende ursächliche Faktoren gelten zu können. Die Folge ist meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung. Schmerzzustände mit vermutlich psychogenem Ursprung, die im Verlauf depressiver Störungen oder einer Schizophrenie auftreten, sollten hier nicht berücksichtigt werden“ (<www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/block-f40-f48.htm> [besucht am 22.3.2018]; DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Weltgesundheitsorganisation [WHO], ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 233 [wobei hier der Begriff „somatoform“ in der Diagnose F45.4 nicht mehr erscheint]).

Zur Frage, welche emotionalen Konflikte oder psychosozialen Belastungen von hinreichender Schwere als ursächliche Faktoren gelten könnten, lässt sich dem Gutachten ebenso wenig entnehmen wie zum diagnoseinhärenten Schweregrad. Allfällige Differenzialdiagnosen werden nicht diskutiert. Die Anforderungen an eine nachvollziehbare Diagnosestellung sind demnach nicht erfüllt.

Analoges gilt für die Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt nach ICD-10 F41.2. Nach den Leitlinien soll diese Kategorie bei gleichzeitigem Bestehen von Angst und Depression Verwendung finden, jedoch nur, wenn keine der beiden Störungen ein Ausmass erreicht, das eine eigenständige Diagnose rechtfertigen würde. Zeigt sich schwere Angst mit einem geringen Anteil von Depression, muss eine der anderen Kategorien für Angst oder phobische Störungen verwendet werden. Treten beide Syndrome in so starker Ausprägung auf, dass beide einzeln kodiert werden können, soll diese Kategorie nicht verwendet werden. Falls aus praktischen Gründen nur eine Diagnose möglich ist, ist der Depression Vorrang zu geben. Der zu dieser Störung dazugehörige Begriff ist eine leichte oder nicht anhaltende ängstliche Depression (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.],

a.a.O., S. 199). Die abweichenden Diagnosen des behandelnden Psychiaters (rezidivierende depressive Störung [aktuell moderate Episode] sowie Angststörung) und des Gutachtens der D. _____ vom 4. Februar 2009 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode) werden zwar aufgeführt, danach aber nur deren Arbeitsunfähigkeitsschätzung angezweifelt. Weshalb dennoch von der Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt, und nicht von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen ist, wird nicht (nachvollziehbar) dargelegt. Der Gutachter hält lediglich fest, dass „wir“ diagnostisch „mit der damaligen Beurteilung praktisch“ übereinstimmen (Gutachten S. 146 f.).

4.3.3 Eine lege artis gestellte Diagnose bildet nur – aber immerhin – Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Arbeitsunfähigkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6). Fehlt es wie vorliegend an einer nachvollziehbaren Diagnosestellung, entspricht das Gutachten den (neuen) Anforderungen an eine medizinische Expertise nicht. Ob die vom medizinischen Dienst der IVSTA nachträglich vorgenommene Prüfung anhand der massgebenden Indikatoren (Stellungnahme vom 4. April 2016 [IV-act. 171]) zusammen mit dem E. _____-Gutachten grundsätzlich eine im Lichte von BGE 141 V 281 genügende Beurteilung erlauben würde, muss daher nicht geprüft werden. Es ist aber auf die mit BGE 143 V 418 vorgenommene Präzisierung von BGE 141 V 281 hinzuweisen, wonach Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (E. 8.1). Auch wenn eine Störung keine Komorbidität im Sinne von BGE 141 V 281 (E. 4.3.1.3) darstellt, ist sie im Rahmen des Beweisverfahrens relevant. Denn es ist nicht Aufgabe der Rechtsanwendung, die medizinischen Befunde einzeln oder separat zu prüfen, sondern anhand dieser Vorgehensweise gesamthaft die funktionellen Folgen einer oder mehrerer psychischer Leiden zu würdigen. Aufgrund des Vorerwähnten ist klarzustellen, dass ein Zwischenschritt mit Ausscheidung einzelner Beschwerden wegen fehlender invalidenversicherungsrechtlicher Relevanz nicht zielführend ist. So wird beispielsweise eine Dysthymie für sich allein betrachtet keine Invalidität bewirken. Eine dysthyme Störung kann die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall jedoch erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden – wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung – auftritt. Das strukturierte Beweisverfahren wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert

(BGE 143 V 418 E. 8.1). Da der psychiatrische Gutachter der diagnostizierten Angst und depressive Störung, gemischt, ressourcenhemmende Wirkung beigemessen hat, wäre diese beim Indikator Komorbidität zu berücksichtigen gewesen. Eine Gesamtbeurteilung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen wurde weder im E. _____-Gutachten noch in der nachträglichen Indikatorenprüfung des medizinischen Dienstes der IVSTA vorgenommen.

4.4 Zusammenfassend ergibt sich, dass das Administrativgutachten – auch unter Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin eingereichten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte – keine den Anforderungen von BGE 141 V 281 entsprechende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ermöglicht. Die angefochtene Verfügung beruht somit auf einem unvollständig ermittelten Sachverhalt und ist deshalb aufzuheben. Da vorliegend bisher vollständig ungeklärte Fragen abzuklären sind, ist eine Rückweisung an die Vorinstanz nicht unzulässig (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; Urteil BVGer C-1444/2015 vom 17. Oktober 2017 E. 8.14 mit Hinweisen). Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, ein neues interdisziplinäres (psychiatrisch-rheumatologisches) Gutachten in der Schweiz einzuholen (bei Bedarf sind auch weitere Disziplinen einzubeziehen), welches eine zuverlässige Beurteilung nach Massgabe der Standardindikatoren erlaubt. Ergibt die neue medizinische Expertise keine anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit, wird die Verwaltung sodann die Eingliederungsfrage zu prüfen haben (vgl. vorne E. 3.7), bevor sie erneut über den Rentenanspruch verfügt. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

5.

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (vgl. BGE 132 V 215 E. 6, Urteil BGer 9C_868/2013 vom 24. März 2014 E. 6).

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten sind in der Regel der unterliegenden Partei aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Der unterliegenden Vorinstanz werden jedoch keine Verfahrenskosten auferlegt (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG). Der obsiegenden Beschwerdeführerin ist der geleistete Kostenvorschuss nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten.

5.2 Der nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin sind keine verhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache zu ergänzenden Abklärungen und zur Neuurteilung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss von CHF 800.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Michael Peterli

Susanne Fankhauser

Rechtsmittelbelehrung:

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

Versand: