



Urteil vom 22. November 2018

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richter Vito Valenti, Richterin Michela Bürki Moreni,
Gerichtsschreiberin Susanne Flückiger.

Parteien

A. _____, (Österreich),
vertreten durch Dr. Manfred Schiffner, Werner Diebald und
Kuno Krommer, Schiffner – Diebald Rechtsanwälte,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

IV Rentenrevision;
Verfügung der IVSTA vom 1. Dezember 2016.

Sachverhalt:**A.**

A. _____, geboren am (...) 1973 (*nachfolgend*: Versicherte oder Beschwerdeführerin), ist österreichische Staatsangehörige und seit 2012 verheiratet (IV 53.2). Sie wuchs in (...) auf. Nach sechs Jahren Primar- und drei Jahren Realschule absolvierte sie ein Haushaltsjahr, das sie nach $\frac{3}{4}$ des Jahres abbrach. Danach war sie ab Oktober 1991 in der Schweiz – unterbrochen von Arbeitslosigkeiten – als Hilfskraft im Verkauf, im Gastgewerbe, im Dienstleistungssektor und bei der Stadtverwaltung B. _____ tätig. Sie leistete von Oktober 1991 bis September 2000 (mit Unterbrüchen) Beiträge an die Schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Akten der IV-Stelle [IV] 2, 4, 7.4-5, 12). Im Juli 2004 übersiedelte sie nach (...), Österreich (IV 14).

B.

B.a Am 13. Juni 2001 stellte die Versicherte bei der IV-Stelle C. _____ einen IV-Leistungsantrag für Berufsberatung, Umschulung und Rente und machte eine psychische Erkrankung seit 1. Januar 2000 geltend (IV 2). Die behandelnde Psychiaterin Dr. D. _____ diagnostizierte am 27. August 2001 zu Handen der IV-C. _____ eine Polytoxikomanie (mit zwei Hospitalisationen im Jahr 1998 [IV 1]), zur Zeit – neben regelmässig ärztlich verordneter Methadoneinnahme – Konsum von Cannabis, Opiaten und Benzodiazepinen, sowie eine Anorexia nervosa (milde Form) und eine rezidivierende depressive Störung, zur Zeit leicht bis mittelschwere Episode. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (*gemeint wohl*: Arbeitsunfähigkeit) bei einem Beginn des Gesundheitsschadens im Jahr 1991. Die Patientin gehe seit über neun Jahren keiner Arbeit mehr nach und wahrscheinlich werde die Leistungsfähigkeit wegen der weiter bestehenden Grundkrankheit eingeschränkt bleiben. Zu einer Entzugs- oder Rehabilitationsbehandlung fehle zur Zeit die Motivation. Hingegen sei die Patientin für eine Berufsabklärung und Wiedereingliederung motiviert. Bei den zu erwartenden Schwierigkeiten, vor allem was die Frustrationstoleranz und Ausdauer betreffe, sei das mittelfristige Wiedererlangen einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit realistisch, wobei diese soziale Integration neben den finanziellen Aspekten den längerfristigen Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit positiv beeinflussen könnte (IV 8.10-13). Im Ergänzungsbericht vom 6. Dezember 2001 führte die Ärztin aus, der Gesundheitszustand sei stationär, die Diagnose ändere nicht. Hinweise auf einen gravierenden organischen Hirnschaden

aufgrund der langjährigen Drogenabhängigkeit gebe es nicht, die Drogenabhängigkeit habe aber eine fehlende psychosoziale Entwicklung zur Folge (IV 8.7-9).

B.b Die IV-Stelle führte berufliche Massnahmen durch. Dabei absolvierte die Versicherte vom 3. Juni bis 20. September 2002 ein Abklärungsprogramm in der Buchbinderei der Institution E. _____, (...), mit einem Pensum von 50 % (IV 9.4, 9.8-9). Mit Verfügung vom 13. Mai 2003 sprach die IV-C. _____ der Versicherten IV-Taggelder für den Zeitraum der Abklärungsmassnahme zu (IV 11.9-10).

B.c Mit Verfügung vom 31. Januar 2003 sprach die IV-C. _____ der Versicherten eine ganze befristete IV-Rente für den Zeitraum vom 1. Juni 2000 – 30. Juni 2002 und am 30. Juni 2003 eine ganze unbefristete Invalidenrente ab 1. September 2002 zu (IV 11.1-8).

B.d Nachdem die Versicherte ihren Wohnsitz nach Österreich verlegt hatte, übermittelte die IV-C. _____ das Aktendossier am 6. Juli 2004 an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA (*nachfolgend auch: Vorinstanz; IV 14*).

C.

Am 8. Oktober 2004 leitete die IVSTA eine Rentenrevision ein und holte bei der Versicherten und beim österreichischen Versicherungsträger Auskünfte und eine medizinische Dokumentation ein. Am 6. Juli 2005 nahm Dr. F. _____ vom medizinischen Dienst Stellung (IV 15 ff.). Am 2. August 2005 teilte die IVSTA der Versicherten mit, die Überprüfung des Invaliditätsgrades habe keine anspruchsbeeinflussende Änderung ergeben. Aufgrund unveränderter Verhältnisse bestehe weiterhin Anspruch auf die entsprechenden Geldleistungen (IV 24).

D.

Am 24. Oktober 2007 holte die Vorinstanz bei der Versicherten wiederum einen Fragebogen für die IV-Rentenrevision und beim österreichischen Versicherungsträger eine medizinische Dokumentation ein (IV 25 ff.). Nach Rücksprache mit Dr. G. _____ vom medizinischen Dienst vom 7. Februar 2008 (IV 33) teilte sie der Versicherten am 21. Februar 2008 mit, es bestehe weiterhin Anspruch auf die entsprechenden Geldleistungen (IV 34). Am 12. Februar 2008 teilte der österreichische Versicherungsträger mit, die Versicherte beziehe in Österreich keine Pension (IV 35).

E.

Die Vorinstanz leitete am 11. Februar 2010 ein drittes Revisionsverfahren ein (IV 36 ff.). Gestützt auf die durch den österreichischen Versicherungsträger veranlassten Untersuchungsergebnisse vom 17. März 2010 (IV 39 f.) und die Beurteilung von Dr. H. _____, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie vom Regionalärztlichen Dienst (RAD), vom 18. Juni 2010 (IV 42), teilte die IVSTA der Versicherten am 7. Juli 2010 mit, aufgrund unveränderter Verhältnisse bestehe weiterhin Anspruch auf die entsprechenden Geldleistungen (IV 43).

F.

F.a Am 6. Juni 2014 leitete die IVSTA das vierte Revisionsverfahren ein und holte bei der Versicherten und dem österreichischen Versicherungsträger aktuelle Akten ein (IV 44 ff.). Dr. G. _____, FMH Allgemeine Medizin, zertifizierter RAD-Arzt, und Dr. I. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom medizinischen Dienst, nahmen am 25. Oktober 2014 und am 20. April 2015 Stellung (IV 61, 65). In der Folge holte die Vorinstanz je ein Gutachten in psychiatrisch- und neuropsychologischer Hinsicht bei Dr. J. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie und Dipl. psych. K. _____, Fachpsychologin Neuropsychologie FSP und Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, ein. Die Begutachtungen fanden am 10. und 11. September 2015 statt (IV 119 f.). Dr. I. _____ nahm am 8. Februar 2016 nochmals Stellung (IV 122).

F.b Mit Vorbescheid vom 23. Februar 2016 stellte die Vorinstanz der Versicherten die Aufhebung der laufenden Invalidenrente in Aussicht (IV 123), gegen welchen diese am 17. März 2016 einen Einwand erhob (IV 126 f.). Am 5. April 2016 reichte die Versicherte der Vorinstanz ihre Vollmacht für die Rechtsanwälte Dr. M. Schiffner, Mag. W. Diebald und Mag. K. Krommer und am 3. Mai 2016 einen Arztbericht von Dr. O. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Arzt für psychosoziale Medizin, vom 6. April 2016, nach (IV 130-135). In der Folge nahm Dr. I. _____ am 19. November 2016 nochmals Stellung (IV 137). Am 1. Dezember 2016 verfügte die Vorinstanz wie angekündigt die Einstellung der Invalidenrente per 1. Februar 2017 (IV 139).

F.c Die am 27. Dezember 2016 bei der IVSTA beantragte Akteneinsicht, insbesondere für die Gutachten von Dipl. phil. K. _____ und Dr. J. _____ sowie den Bericht des medizinischen Dienstes vom 19. November 2016 wurde am 30. Dezember 2016 gewährt (IV 140 f.).

G.

G.a Am 29. Dezember 2016 (Poststempel) erhob A. _____, weiter vertreten durch die Rechtsanwälte Dr. M. Schiffner, Mag. W. Diebald und Mag. K. Krommer, beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde gegen die Verfügung vom 1. Dezember 2016 und beantragte deren Aufhebung beziehungsweise die Weitergewährung der IV-Rente, die Einholung eines neurologisch-psychiatrischen und eines orthopädisch respektive orthopädisch-chirurgischen Gutachtens, alles gemäss den gesetzlichen Kostenfolgen. Gleichzeitig verwies sie auf den beigelegten Befundbericht von Dr. O. _____ vom 6. April 2016. Sie begründete ihre Beschwerde im Wesentlichen damit, dass die Vorinstanz den Sachverhalt nicht korrekt ermittelt habe. Ihr Gesundheitszustand habe sich in keinsten Weise verbessert, sondern sich eher verschlechtert, und verschlechtere sich mit dem Älterwerden grundsätzlich weiter. Die Krankheiten, welche zur Zusprache der IV-Rente geführt hätten, würden sie weiterhin in ihrer Arbeitsfähigkeit in einem rentenfähigen Mass beeinträchtigen, dass sie nicht in der Lage sei, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen. Sie leide unter einem vegetativen Syndrom, einer Insomnie, einer agitativen Depression sowie vertebralem lumbalen Neuralgien bei degenerativen Veränderungen am Achsenskelett. Die Vorinstanz habe bei den vorhandenen Beschwerden zudem die Abklärung in den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie sowie Orthopädie respektive orthopädische Chirurgie unterlassen. Sie beanstandete weiter, die Ergebnisse des Abklärungsverfahrens (*gemeint wohl*: des Vorbescheidverfahrens) seien ihr nicht zur Kenntnis gebracht worden (Beschwerdeakten [B-act.] 1).

G.b Am 26. Januar 2017 ging bei der Gerichtskasse der auferlegte Kostenvorschuss von Fr. 800.– ein (B-act. 4).

G.c In ihrer Vernehmlassung vom 3. März 2017 beantragte die Vorinstanz, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung sei zu bestätigen. Sie begründete dies im Wesentlichen mit Verweis auf die Ergebnisse der beiden eingeholten Gutachten. Im psychiatrischen Gutachten habe keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. In neuropsychologischer Hinsicht hätten sich mangels des Nachweises von authentischen neuropsychologischen Funktionsstörungen keine sicheren Erkenntnisse über die reale kognitive Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin gewinnen lassen. Entsprechend seien gemäss der Konsensbesprechung der Gutachter keine die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einschränkenden psychiatrischen Krankheiten und/oder Defizite nachzuweisen, weshalb ab dem Gutachtenszeitpunkt eine volle Arbeitsfähigkeit

auf dem ersten Arbeitsmarkt festgestellt worden sei. Die IVSTA verwies weiter auf die Beurteilung ihres ärztlichen Dienstes, wonach die Polytoxikomanie und die affektive Störung, welche ursprünglich zur Rentenzusprache geführt hätten, nicht mehr bestünden und die immer wieder postulierte Hirnleistungsstörung nie bestanden habe. Was den vorgelegten Befundbericht von Dr. O. _____ vom 6. April 2016 betreffe, habe der ärztliche Dienst festgehalten, dass dieser Bericht die getroffenen Feststellungen (der Gutachter und des medizinischen Dienstes) bestätige. Was die weiteren Beschwerdevorbringen in neurologischer und orthopädischer Hinsicht betreffe, seien diesbezügliche fachärztliche Berichte nicht ersichtlich respektive ergäben sich keine erheblichen neurologischen Funktionsstörungen. Eine Begutachtung erweise sich deshalb nicht als erforderlich (B-act. 6).

G.d Mit Replik vom 12. April 2017 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest und reichte einen Befundbericht von Dr. O. _____, Neurologe und Psychiater, vom 15. Dezember 2016, sowie zwei klinisch-psychologische Befunde von Mag. L. _____, Klinischer-, Gesundheits- und Arbeitspsychologe, vom 28. Dezember 2016 und vom 24. März 2017 ein. Sie hielt daran fest, dass sie – entgegen der Auffassung der Vorinstanz – weiterhin an multiplen (psychischen) Krankheiten sowie den Folgen der langjährigen Polytoxikomanie leide, welche in den letzten 20 Jahren eine Arbeitstätigkeit verunmöglicht hätten und weiterhin verunmöglichen würden. Sie stehe deshalb weiterhin und immer noch in (psychiatrischer) ärztlicher Behandlung. Im Übrigen sei eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt nach fast 20 Jahren unmöglich.

G.e In ihrer Duplik vom 7. Juni 2017 verwies die Vorinstanz auf die eingeholte Stellungnahme von Dr. I. _____ vom 19. Mai 2017 zu den eingereichten medizinischen und neuropsychologischen Berichten und hielt an ihren in der Vernehmlassung gestellten Anträgen fest (B-act. 13).

G.f Triplikweise hielt die Beschwerdeführerin am 5. Juli 2017 unter Vorlage des ergänzten klinisch-psychologischen Befunds von Mag. L. _____ vom 28. Dezember 2016 (mit Testung vom 9./10.01.2017) an ihren Anträgen fest und führte aus, jedenfalls in Österreich seien klinische Psychologen kompetent, psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 zu stellen (B-act. 15).

G.g Mit Quadruplik vom 26. Juli 2017 hielt die Vorinstanz – gestützt auf die eingeholte Stellungnahme von Dr. I. _____ vom 24. Juli 2017 – ebenfalls an ihren Anträgen fest (B-act. 17).

G.h Mit Verfügung vom 2. August 2017 übermittelte das Bundesverwaltungsgericht die Quadruplik an die Beschwerdeführerin zur Kenntnis und schloss den Schriftenwechsel ab (B-act. 18).

H.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird – soweit erforderlich – im Rahmen den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

1.2 Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist.

1.3 Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; sie ist durch die sie betreffende Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG).

1.4 Da die Beschwerde rechtzeitig und formgerecht (Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereicht und auch der auferlegte Kostenvorschuss innert der auferlegten Frist geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die Beschwerde einzutreten.

2.

2.1 Die Beschwerdeführerin ist österreichische Staatsangehörige und wohnt seit Juli 2004 in Österreich, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Freizügigkeitsabkommen (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist.

2.1.1 Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.11; *nachfolgend*: Verordnung Nr. 574/72), oder gleichwertige Vorschriften an. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA). Die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72 sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit 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 abgelöst worden.

2.1.2 Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

2.1.3 Laut Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Österreich und der Schweiz nicht der Fall. Eine entsprechende Regelung sah bereits Art. 40 Abs. 4 und Anhang V der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vor.

Soweit das FZA beziehungsweise die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte demnach keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens – unter Vorbehalt der beiden Grundsätze der Gleichwertigkeit sowie der Effektivität – sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 257 E. 2.4). Entsprechend bestimmt sich vorliegend der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, insbesondere nach dem IVG, der IVV (SR 831.201), dem ATSG sowie der ATSV (SR 830.11).

2.2 In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: Verfügung vom 1. Dezember 2016) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329 E. 6, 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

2.3 In materiell-rechtlicher Hinsicht ist auf jene Bestimmungen des IVG und der IVV respektive des ATSG und der ATSV (SR 830.11) abzustellen, die für die Beurteilung eines Rentenanspruchs jeweils relevant waren und in Kraft standen. Vorliegend ist der weitere Rentenanspruch ab dem 1. Februar 2017 strittig, weshalb grundsätzlich auf die Fassungen des IVG und der IVV (SR 831.201) gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155; IVV in der entsprechenden Fassung) abzustellen und ausserdem die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Gesetzesänderungen zu beachten sind (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der entsprechenden Fassung). Sofern sich die einschlägigen Bestimmungen seither materiell nicht verändert haben, werden im Folgenden – falls nichts Gegenteiliges vermerkt – die Bestimmungen in der ab 1. Januar 2012 gültigen Fassung zitiert.

3.

3.1 Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs

oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

3.1.1 Die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes hat nach dem Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen zu erfolgen (Art. 12 VwVG). Auch das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen). Die Parteien tragen demnach in der Regel insofern eine objektive Beweislast, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableitet (BGE 117 V 261 E. 3b; 115 V 133 E. 8a).

3.1.2 Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl. 1983, S. 212).

3.2 Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; UELI KIESER, Das

Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b).

3.3 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Nach Art. 4 IVG kann die Invalidität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Abs. 1); sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Abs. 2). 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). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt 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).

3.4 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

3.5 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in

der Schweiz haben, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie – wie die Beschwerdeführerin – in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

3.6

3.6.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen).

3.6.2 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Berichte (vgl. dazu das Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a).

3.6.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer

I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen.

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen. Dies gilt insbesondere bei der Beweiswürdigung bei Entscheidungen, die sich ausschliesslich auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen stützen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen: Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (vgl. Urteil des BGer 8C_800/2011 vom 31. Januar 2012 E. 2 mit Verweis auf BGE 135 V 465 E. 4.4 und BGE 122 V 157 E. 1d; vgl. auch BGE 125 V 351 E. 3b/ee sowie UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 55).

3.7

3.7.1 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; vgl. auch Art. 88a IVV). Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten (...) erfolgt frühestens vom ersten Tag der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88^{bis} Abs. 2 Bst. a IVV).

3.7.2 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 oder der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132).

3.7.3 Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte Beurteilung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und – bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens – Durchführung eines Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG) beruht (BGE 133 V 108).

4.

Angefochten ist die Verfügung der IVSTA vom 1. Dezember 2016, in welcher eine ganze Invalidenrente revisionsweise aufgehoben wurde. Umstritten und durch das Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist deshalb, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in einem Mass verbessert hat, dass kein Rentenanspruch mehr besteht.

4.1 Bei den Revisionsverfahren der Jahre 2004/2005, 2007/2008 und 2010 hat die Vorinstanz jeweils vom österreichischen Versicherungsträger ein „Ärztliches Gesamtgutachten“ respektive eine Beurteilung „E 213“ (vgl. IV 21, 29 f., 39 f.) eingeholt. Aus den jeweiligen Abklärungen der IVSTA mit den Beurteilungen des medizinischen Dienstes (resp. des RAD; vgl. IV 23, 33, 42) gehen jedoch keine eingehenden materiellen Prüfungen des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung im Sinne der üblichen Anforderungen an eine Revision gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung hervor. Der Psychiater Dr. H._____ hat zwar am 18. Juni 2010 die verschiedenen aktenkundigen medizinischen Beurteilungen seit 30. Januar 1998 aufgelistet, eine eingehende Auseinandersetzung damit ist aber nicht ersichtlich (vgl. IV 42). Als Vergleichsbasis zur Prüfung, ob eine anspruchrelevante Änderung

des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient demnach die Rentenzusprache vom 30. Juni 2003 (IV 11.1-2), bei welcher der Beschwerdeführerin eine unbefristete ganze IV-Rente ab 1. September 2002 zugesprochen wurde (siehe oben E. 3.7.3).

4.2 Der Beschwerdeführerin wurde in der genannten Verfügung die ganze Rente nach Abbruch eines Eingliederungsversuchs mit dem Ergebnis, sie sei zur Zeit nicht eingliederungs- und arbeitsfähig (Arbeitsfähigkeit nur im geschützten Rahmen möglich, in der freien Wirtschaft geschätzt 25 %; vgl. IV 9.4) zugesprochen (IV 11.1-2). Massgebend für die rentenrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit war damals eine Polytoxikomanie, neben regelmässiger, ärztlich verordneter Methadoneinnahme sowie der Konsum von Cannabis, Opiaten und Benzodiazepinen, eine Anorexia nervosa (milde Form) und eine rezidivierende depressive Störung, leichte bis mittelschwere Episode (vgl. IV 8.1).

4.3 Die Beschwerdeführerin rügt im Wesentlichen, die Vorinstanz habe den Sachverhalt nicht korrekt ermittelt, insbesondere habe sich ihr Gesundheitszustand nicht verbessert.

Aus der im Rahmen der vorliegenden Revision eingeholten Dokumentation im massgebenden Zeitraum (Verfügung vom 1. Dezember 2016) ergeben sich folgende Auskünfte der Beschwerdeführerin und Beurteilungen der Ärzte in Österreich und in der Schweiz.

4.3.1 Im Fragebogen für die IV-Revision gibt die Beschwerdeführerin am 18. Juli 2014 an, sie habe seit dem 18. Februar 2010 keine Erwerbstätigkeit ausgeübt (IV 48).

4.3.2 Dr. O. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Arzt für Psychosoziale Medizin, führte am 23. April 2012 zu Händen des Hausarztes aus, die Patientin sei vor acht Jahren aus der Schweiz hierher gezogen, sie lebe mit ihrem Verlobten zusammen, anamnestisch bestehe nur hier und da leichte Freudlosigkeit, eigentlich vermehrt in letzter Zeit, da vor 8 Wochen ein Welpen der Mutter verstorben sei; am meisten Freude bereiten ihr die Tiere. Weiter gab er anamnestisch leichte Unruhe (nur hier und da) an und sehr selten Lendenwirbelsäulen-Beschwerden, nur nach Belastung oder nach längerem Sitzen auf dem PC-Sessel. Im psychischen Status gab er geringgradige vegetative Symptome und etwas verminderte affektive Schwingungsfähigkeit an, die Patientin berichte über zeitweise Freudlosigkeit, hier und da Unruhe, zum Zeitpunkt der Exploration sei sie

bewusstseinsklar, orientiert, kognitiv und mnestisch unauffällig, und es seien keine manifest produzierten oder suizidalen („manif. prod. od. suizid.“) Gedanken erhebbar. Als Diagnosen stellte er anamnestisch eine bekannte reduzierte Libido seit Jahren, eine bekannte rezidivierende vertebrale Neuralgie (p.m. lumb.), vaskuläre RF (Risikofaktoren), ein vegetatives Syndrom sowie eine diskrete Dysthymie. Als medikamentöse Behandlung wird Tebofortan 40 mg (Trockenextrakt aus Ginkgo-biloba-Blättern, gegen Mangel durchblutung des Gehirns und gegen arterielle Durchblutungsstörungen) aufgeführt und die Patientin über die Wichtigkeit genügender Flüssigkeitszufuhr und der Durchführung eines Bewegungsprogramms zu Hause aufgeklärt. Empfohlen wird eine Gesprächstherapie (IV 49 = 58).

4.3.3 Dr. M._____, Facharzt für innere Medizin, diagnostizierte am 15. Mai 2014 zu Händen des Hausarztes bei der Patientin Palpitationen (bewusstes Wahrnehmen des eigenen Herzschlages), eine Mitralinsuffizienz I°, eine Tricuspidalinsuffizienz I°, einen chronischen Nikotinkonsum (12 py) und einen Zustand nach Morphin-Abhängigkeit (bis 2004). Beim klinischen Befund führte er aus, die Patientin sei in gutem Allgemeinzustand, Herz und Lunge seien auskultatorisch unauffällig, RR 100/70. Es handle sich bei den Beschwerden der Patientin auf Grund der Anamnese eher um Panikattacken. Zum sicheren Ausschluss objektiver Herzrhythmusstörungen sei ergänzend ein Holter-EKG geplant. Dieses fand am 22. Mai 2014 statt (IV 50 f.= 55 ff.).

4.3.4 In seinem ausführlichen ärztlichen Bericht E 213 vom 4. September 2014 äusserte sich der untersuchende Dr. N._____, Facharzt für Psychiatrie, Arzt für Allgemeinmedizin, ausführlich zur Vorgeschichte (Drogenkonsum) und zur aktuellen Situation aus Sicht der Explorandin (persönliche Befindlichkeit, Gesundheitszustand). In den letzten Jahren habe sie in der Schweiz als Au-Pair gearbeitet, in Österreich sei sie Hausfrau. Sie verwies auf die behandelte Hepatitis C. Beim Allgemeinzustand gab der untersuchende Arzt einen guten Ernährungszustand (160 cm/51 kg) an. Zum seelischen Zustand führte er aus, die Explorandin sei bewusstseinsklar, persönlich, zeitlich und örtlich ausreichend orientiert, der Gedankengang sei formal geordnet, inhaltlich verarmt mit Störung der Konzentration und der Aufmerksamkeit, produktiv psychotische Phänomene seien jedoch nicht fassbar, kein Wahn, keine Halluzinationen, keine Ich-Störung, die Stimmungslage sei mässig dysthym, sie sei schwingungsfähig, im Positiven und im Negativen erreichbar, bei erhöhter ängstlicher Reaktionsbereitschaft mit vegetativer Begleitsymptomatik, psychomotorisch unruhig, mit vermindertem Lustempfinden, rascher Erschöpfbarkeit und einer Störung

des Kurzzeitgedächtnisses. Sie habe Ein- und Durchschlafstörungen, keinen Lebensüberdruß, es bestehe keine akute Suizidalität. Im Vergleich zum VGA (Versicherungsgutachten) vom 3. Dezember 2007 (IV 29) ergebe sich eine Befundverbesserung (*gemeint wohl: keine* Befundverbesserung, siehe IV 53.6: und 54.3). Aus psychischer Sicht seien der Explorandin weiterhin keine Erwerbsarbeiten am allgemeinen Arbeitsmarkt zumutbar. Eine wesentliche Verbesserung werde sich nicht mehr ergeben. Er diagnostizierte als Hauptursache der Minderung der Erwerbsfähigkeit einen Zustand nach langjährigem Drogenmissbrauch, seit 11 Jahren drogenfrei, mit anhaltender Hirnleistungsstörung mit einer Merk-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung und eine Stimmungs labilität (ICD-10 F19.7). Es bestehe eine erhöhte ängstliche Reaktionsbereitschaft. Die psychische Belastbarkeit sei deutlich reduziert. Weiter diagnostizierte er einen chronischen Nikotinkonsum (ICD-10 F17.2), sowie als weitere Leiden eine Mitralinsuffizienz I. Grades und eine Tricuspidalinsuffizienz I. Grades. Die Explorandin könne noch regelmässig überwiegend leichte Arbeit verrichten, ohne Wechselschicht oder Nachtschicht, ohne Absturzgefahr, nur mit zusätzlichen (betriebsunüblichen) Pausen, ohne besonderen Zeitdruck, bei geringer psychischer Belastbarkeit bei sehr einfachem bis einfachem geistigem Leistungsvermögen. Es bestehe nach den Rechtsvorschriften des Wohnlands eine vollständige Invalidität (IV 53 f.).

4.3.5 Dr. G._____, FMH Allgemeine Medizin, zertifizierter RAD-Arzt, führte am 25. Oktober 2014 zu Handen der IVSTA aus, die Versicherte sei lange drogenabhängig gewesen, sei jetzt aber seit 11 Jahren abstinent. Anamnestisch habe sie auch eine Hepatitis C durchgemacht. Sie habe sich aufgefangen, sei jetzt verheiratet und lebe in geordneten Verhältnissen. Seit Jahren bestehe keine stationäre Behandlung mehr und keine Einnahme von Psychopharmaka. Gemäss dem Psychiater Dr. N._____, sei die Versicherte wegen einer persistierenden Hirnleistungsschwäche minder belastbar, er halte sie unverändert für im allgemeinen Arbeitsmarkt arbeitsunfähig. Dr. G._____, fuhr fort, nach der langen Abstinenz, der sozialen Reintegration und dem somatisch guten Zustand sei eine anspruchslöse Tätigkeit zu 50 % aus seiner Sicht wieder zumutbar. Das Dossier sei aber noch einem Psychiater vorzulegen (IV 61).

4.3.6 Dr. I._____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, schloss sich der Argumentation von Dr. G._____, am 20. April 2015 insofern an, als wieder eine Arbeitsfähigkeit vorhanden sein sollte, da die Versicherte, die seit Jahren nicht mehr

abhängig sei, ihr Leben jetzt anscheinend meistere. Der Umfang der Arbeitsfähigkeit sei aber aufgrund der Akten unklar. Er empfahl deshalb eine Begutachtung in der Schweiz in psychiatrischer und neuropsychologischer Hinsicht, letzteres wegen den im Dossier angegebenen kognitiven Einbusen infolge des Drogenmissbrauchs (IV 65).

4.3.7 Der Gutachter Dr. J. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Gutachten vom 14. September 2015 (IV 119) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er akzentuierte Persönlichkeitszüge vom emotional instabilen, kindlich unreifen, impulsiven und schnell erregbaren Typ (ICD-10: Z73.1). Es liege keine affektive Störung gemäss ICD-10-Kriterien vor. Die Explorandin leide weder an einer depressiven Symptomatik noch bestünden generalisierte andauernde Ängste, in Verbindung mit psychovegetativen Symptomen oder einer dauernden motorischen Anspannung. Gestützt auf die Aktenlage sei der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren. Die psychosoziale Situation der Explorandin sei jetzt stabilisiert. Sie habe geheiratet und führe den Haushalt. Er stellte aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht eine kindliche, impulsive, schnell erregbare Persönlichkeitsproblematik fest. Die Explorandin habe eine Tendenz, ihre Symptomatik etwas dramatischer darzustellen, als dies mit den objektiven Befunden in einen Zusammenhang gebracht werden könne. Es müsse vermutet werden, dass die Konsistenz nicht vollumfänglich gegeben sei. Aufgrund der Befunde der Aktenlage und der bisherigen Entwicklung kam der Gutachter jedoch zum Schluss, es seien akzentuierte Persönlichkeitszüge gemäss ICD-10 zu diagnostizieren. Die genaue Abgrenzung gegenüber der Persönlichkeitsstörung sei schwierig, da die anamnestischen Angaben nicht genügend differenziert seien. Die Versicherte sei nach Aufgabe des Drogenkonsums und des Methadonentzugs drogenfrei geblieben. Sie sei aber nie einer Arbeit nachgegangen und habe im geschützten Rahmen leben können. Ausser der in den Vorakten diagnostizierten Hirnleistungsstörung und einer deutlich reduzierten psychischen Belastbarkeit sei auch schon eine psychoorganische Problematik erwogen worden. Diese Schlussfolgerung sei noch durch keine neuropsychologische oder bildgebende Untersuchung untermauert. Er verwies diesbezüglich auf die gleichentags (*recte*: am Vortag) durchgeführte Untersuchung bei Dipl. phil. K. _____. In seiner Differenzialdiagnose schloss er das gesicherte Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung aus. Er setzte sich weiter ausführlich mit der Frage auseinander, ob eine organische Problematik vorliege, was er ebenfalls ausschloss. Bei grober Prüfung lägen keine kognitiven Beeinträchtigungen vor. Für genauere Angaben verwies er auf das

Gutachten von Dipl. psych. K. _____.

Zu den Indikatoren führte der Gutachter aus, es lägen relevante Befunde vor, die eine Diagnosestellung erlaubten. Es bestehe ein Behandlungserfolg. Die Explorandin habe die psychotherapeutische Behandlung aus freien Stücken sistiert und sei seither weder affektiv noch in Bezug auf ihre Drogenproblematik dekompenziert. Sie habe gute soziale Ressourcen. Die persönlichen Ressourcen seien aufgrund des Ich-Defizites im Rahmen der Persönlichkeitsstörung beeinträchtigt. Es sei grundsätzlich davon auszugehen, dass der gesamte soziale Kontext stabil sei. Die Explorandin schildere ihre Symptome wenig konsistent, wechselhaft und sei stark selbstlimitiert und fixiert auf ihre Symptomatik. Die beklagte Symptomatik, die Müdigkeit, habe während der Untersuchung nicht verifiziert werden können. Das Aktivitätsniveau sei in allen Bereichen intakt. Es bestehe kein ausgewiesener Leidensdruck. Bezüglich der Ressourcen habe die Explorandin im Rahmen ihrer Persönlichkeitsstörung ein beeinträchtigtes Selbstbild und sei sehr schnell erregt und affektiv instabil. Auch sei ihre Beziehungsfähigkeit eingeschränkt, was ausserfamiliäre, enge, wahrscheinlich etwas fusionäre Beziehungen angehe. Es bestehe keine stabile Integration im weiteren sozialen Umfeld ausserhalb der Familie. Der Leistungswille und die Leistungsbereitschaft seien eher beeinträchtigt. Ihre Selbstreflexion und Selbstlern- sowie die Innovationsfähigkeit seien beeinträchtigt. Dies begründe die Persönlichkeitsstörung.

Zur Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht führte er aus, die Explorandin könne sich grundsätzlich an Regeln und Routinen anpassen, sie könne wenig gut planen und strukturieren, aber über einen relativ kurzen Zeitraum vorgegebene Aufgaben erledigen. So könne sie Hilfsarbeiten verrichten. In der Entscheidungsfindung sei sie nicht beeinträchtigt, sie könne sich in einer Gruppe durchsetzen, könne Kontakt mit Dritten aufnehmen, habe aber wahrscheinlich mit ihrer Impulsivität und der Einschätzung der Affekte anderer Mühe. Die Frustrationstoleranz sei etwas vermindert. Ihre Durchhaltefähigkeit, ihre affektive Belastung seien ebenfalls eher instabil. Die Beeinträchtigung der Durchhaltefähigkeit und affektiven Belastbarkeit sei aber nicht so gross, dass sie einen Nischenarbeitsplatz benötige. In Berücksichtigung der zumutbaren Willensanstrengung, der vorliegenden Befunde, dem bisherigen Verlauf und der Aktenlage sei bei ihr aus rein psychiatrischer Sicht keine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu begründen. Dies gelte sicher ab dem Zeitpunkt dieser Untersuchung.

4.3.8 Die neuropsychologische Untersuchung durch Dipl. psych. K._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP und Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, zertifizierte neuropsychologische Gutachterin SIM, vom 10. September 2015 (IV 120), dauerte insgesamt knapp 7 Stunden (unterbrochen durch eine Mittagspause). Dabei wurden Aufmerksamkeit, Lernen/Gedächtnis (mit exekutiven Funktionen, problemlösendem Denken und intellektuellen Funktionen) sowie die Motorik mittels neuropsychologischen Verfahren und einem klinischen Testverfahren untersucht. Die Gutachterin führt gestützt auf ihre Untersuchung zu den gestellten Diagnosen aus, im neuropsychologischen Fachgebiet könnten aufgrund des aggravierenden Verhaltens der Explorandin positiv keine neurokognitiven Störungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit belegt werden. Darüber hinaus bestehe ein Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und dependenten Anteilen (ICD-10 F61) bei Status nach Drogenabusus und anamnestisch Anorexie. Als neuropsychologische Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte sie eine Aggravation neurokognitiver Defizite und psychopathologischer Symptome auf. Im Rahmen der verschiedenen Tests stellte sie in der Performanzvalidierung des verbalen und nonverbalen Gedächtnisses eine unzureichende Anstrengungsbereitschaft fest. Hinweise für letzteres ergaben sich auch bei anderen testinternen Validierungsparametern bei unterschiedlichen Funktionsbereichen (Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Exekutivfunktion, Motorik). Die Gutachterin kam im Rahmen der Prüfung der Authentizität der Explorandin auch gestützt auf ihre Angaben zu beobachteten und beklagten Symptomen zum Schluss, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit kein authentisches Profil vorliege. Die Ergebnisse sprächen dafür, dass die Explorandin bemüht gewesen sei, emotionale Probleme und Anpassungsschwierigkeiten zu übertreiben. Leseschwierigkeiten oder Konzentrationsstörungen seien jedoch auszuschließen. Die Tatsache einer sehr konsistenten Fragebeantwortung über den ganzen Test während sieben Stunden hinweg spreche ebenfalls gegen Konzentrations- oder Verständnisschwierigkeiten, sondern belege im Gegenteil eine sehr sorgfältige und reflektierte Bearbeitung. Der Test zeige, dass die Explorandin eine hohe Zahl an unüblichen und atypischen somatischen Beschwerden bejaht habe, die von bona fide Patienten mit bekannten medizinischen Diagnosen äusserst selten beklagt würden. Somit seien alle Skalen mit somatischen Inhalten mit Vorsicht zu interpretieren. Eine negative Antwortverzerrung im Hinblick auf subjektive kognitive und mnestiche Beschwerden beweise auch der hohe T-Wert in der „Response Bias Scale“, welche insbesondere Patienten mit geringer Anstrengungsbereit-

schaft von kooperativen Patienten bei Leistungstests prospektiv unterscheiden könne. Zusammenfassend belege die Auswertung der verschiedenen Validitätsskalen, dass die Explorandin mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bestehende Probleme stark übertrieben oder auch nicht bestehende Probleme als existent dargestellt habe. Dennoch sprächen Biographie und Krankengeschichte (depressive Episoden, Anorexie, Polytoxikomanie) sowie die detaillierte Analyse der klinischen Skalen, diverser Sub- und Zusatzskalen für das Vorliegen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und dependenten Anteilen. Die Prognose sei eher schlecht, da sich die Problematik als veränderungsresistent erweise. Die Explorandin fokussiere auf ihre somatischen Symptome, statt sich mit ihren innerpsychischen Prozessen auseinanderzusetzen. Ihre Rigidität und Ängste vor Veränderungen ihrer Lebenssituation kämen erschwerend dazu. Für die definitive Beurteilung hierzu verwies sie auf das psychiatrische Gutachten.

In ihrer Beurteilung führte die Gutachterin aus, in dieser erstmaligen neuropsychologischen Begutachtung sei nahezu durchgängig (mit wenigen Ausnahmen) eine erhebliche negative Antwortverzerrung zu beachten gewesen. Demnach habe die Explorandin falsche Antworten gezielt, bewusst ausgewählt, um Gedächtnisstörungen vorzutäuschen. In diesem Verfahren, das vermeintlich Gedächtnisleistungen, real jedoch die Leistungsmotivation prüfe, seien Ergebnisse erzielt worden, die mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine gezielte Antwortmanipulation bewiesen, damit sei eine Aggravation oder Simulation kognitiver Störungen belegt. Ob eine kognitive Störung dennoch vorhanden sei, könne deshalb nicht beurteilt werden. Auch die Beschwerdeschilderung sei verfälschbar, was die Ergebnisse der Seltenheits-Skalen zeigten. Der stark erhöhte Wert auf der „Fake bad“-Skala lasse bejahte körperliche und psychoemotionale Probleme unglaublich erscheinen, die Explorandin beklage eine Reihe unüblicher und atypischer somatischer Symptome. Damit könnten alle Skalen mit somatischen Inhalten nicht mehr interpretiert werden. Analoges gelte für die erhöhte „Response Bias Scale“ und beklagte kognitive Probleme, die bei der Explorandin in Kombination mit den auffälligen Resultaten im Performanzvalidierungsverfahren als bewusst übertrieben betrachtet werden müssten sowie die hohen Werte auf der Malingered Mood Disorder Scale und beschriebenen emotionalen Probleme. Die Ergebnisse dieses Verfahrens zeigten, bei hier vorhandenem extremem Anreiz, eine mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewusste, übertriebene Darstellung der körperlichen, kognitiven und psychischen Beschwerden. Die nach

dem Testprofil wahrscheinlich bestehende, kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich vermeidenden und dependenten Anteilen erkläre weder die negative Antwortverzerrung in diesem Inventar, noch die unzureichende Anstrengungsbereitschaft beziehungsweise das Täuschungsverhalten bei der Bearbeitung des Leistungstests. Die verzerrte und übertriebene Darstellung der Beschwerden sei nicht als Krankheitssymptom zu werten. Entsprechend könne im neuropsychologischen Fachgebiet keine Aussage über die reale kognitive Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin gewonnen und könnten somit auch mögliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit nicht positiv belegt werden. Betreffend vorhandene Ressourcen verwies die Gutachterin auf das Gutachten von Dr. J._____.

4.3.9 In der Konsensbeurteilung kamen die Gutachter Dr. J._____ und K._____ überein, dass die vorliegenden Befunde, inklusive der Aggravation, dahingehend zu interpretieren seien, dass in beiden Fachgebieten keine die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einschränkenden psychiatrischen Krankheiten und/oder neuropsychologischen Defizite nachzuweisen seien. Die Explorandin sei im ersten Arbeitsmarkt, wie im psychiatrischen Gutachten beschrieben, arbeitsfähig und es sei ihr aus psychiatrischer Sicht zuzumuten, diese Arbeitsfähigkeit zu realisieren (IV 120.30).

4.3.10 In seiner Stellungnahme vom 8. Februar 2016 zu Handen der IVSTA führte Dr. I._____ gestützt auf die eingeholten Gutachten aus, es bestehe keine Hauptdiagnose mehr, welche die Arbeitsfähigkeit der Versicherten einschränke. Als Nebendiagnose führte er akzentuierte Persönlichkeitszüge vom emotional instabilen, kindlich unreifen, impulsiven und schnell erregbaren Typ (ICD-10 73.1) auf. Es bestehe seit 23. April 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 0 %. Der Gesundheitszustand habe sich stabilisiert. Das Gutachten von Dr. J._____ erfülle alle an solche Gutachten gestellten Qualitätsanforderungen. Es beruhe auf einer eingehenden Untersuchung und einer ausführlichen Erörterung der Vorakten. Die Schlussfolgerungen seien ausführlich begründet, nachvollziehbar und plausibel. Die Versicherte leide unter keiner affektiven Störung. Sie beklage Müdigkeit, für die sie während der Untersuchung keine Symptomatik gezeigt habe. Es lägen auch keine Ängste vor. Die Drogenabhängigkeit bestehe seit vielen Jahren nicht mehr. Es seien einzig akzentuierte Persönlichkeitszüge festzustellen, die aber nicht das Ausmass annehmen würden, dass sie gemäss den ICD-10-Kriterien eine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung rechtfertigen würden. Die Versicherte nehme weder Psychopharmaka ein, noch stehe sie in Psychotherapie. So diagnostiziere der behandelnde Psychiater schon am 23. April 2012 nur noch eine Dysthymie. Der RAD-Arzt kommt

gestützt darauf – entgegen den vorsichtigeren Annahmen des Gutachters – zum Schluss, dass die Voraussetzungen für eine Remission des gesamten Symptomkomplexes mindestens seit dem Bericht von Dr. O. _____ vom 23. April 2012 erfüllt seien. Im Dossier immer wieder erwähnt sei die Diagnose einer hirnorganischen Beeinträchtigung infolge des Drogenmissbrauchs, zuletzt als Hauptbegründung. Diese sei nie nachgewiesen worden. Die Versicherte habe sich während der neuropsychologischen Untersuchung aggravatorisch verhalten, weshalb die Neuropsychologin positiv keine neurokognitiven Störungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit belegen könne. Die Vermutung, dass die Versicherte unter keinen kognitiven Einschränkungen leide, sei demnach viel wahrscheinlicher. Zusammenfassend leide die Versicherte weder an einer Drogenabhängigkeit noch an einer affektiven Störung. Beide Störungen, welche die Arbeitsfähigkeit ursprünglich begründet hätten, bestünden nicht mehr. Die postulierte Hirnleistungsstörung habe nie bestanden (IV 122).

4.3.11 Gemäss seinem Befundbericht vom 6. April 2016 (IV 135) diagnostizierte Dr. O. _____ – nachdem die Patientin die Verlaufskontrollen in den letzten drei Jahren nicht wahrgenommen und auch die empfohlenen Medikamente nicht eingenommen habe – ein vegetatives Syndrom, eine Insomnie, eine Belastungsreaktion (in Observ.), eine agitative Depression mit ängstlicher Färbung und Somatisierungstendenz (in Observ.), eine bekannte rezidivierende vertebrale Neuralgie (p.m. lumb.) bei degenerativen Veränderungen im Achsenskelett und bekannte vaskuläre RF (Risikofaktoren; in Observ.). Er leitete eine medikamentöse Therapie mit Sertalin ein und verwies die Versicherte auf die Wichtigkeit regelmässiger Medikamenteneinnahme und weiterer flankierender Massnahmen (Verlaufskontrollen, begleitende Gesprächstherapie, ausreichende Flüssigkeitszufuhr, Durchführung eines konsequenten Bewegungsprogramms).

4.3.12 Am 19. September 2016 nahm Dr. I. _____ vom RAD nochmals zu Handen der IVSTA Stellung (IV 137). Er führte aus, die Versicherte habe sich offenbar – ausgelöst vom Vorbescheid – doch zu einer Psychotherapie entschieden. Ein Termin zur Verlaufskontrolle (wie vorgelegt) sei indes keine Psychotherapie. Der Psychiater beschreibe – ausser der etwas verminderten Schwingungsfähigkeit der Patientin – keinen einzigen pathologischen Befund. Damit würden die von der IVSTA eingeholten Gutachten bestätigt. Seine Beurteilung vom 8. Februar 2016 ändere damit nicht (IV 122).

4.4

4.4.1 Die beiden von der IVSTA eingeholten Gutachten sind ausführlich, beruhen auf einer persönlichen Untersuchung der Explorandin durch die Gutachter und setzen sich mit den umfangreichen Vorakten und den Ausführungen der Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung auseinander. Die Schlussfolgerungen der Gutachter sind ohne weiteres nachvollziehbar. Sie erweisen sich damit als voll beweiskräftig. Gestützt auf die beiden Gutachten ergibt sich – im Vergleich zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Juni 2003 (siehe oben E. 4.1) mit den Erhebungen der Gutachter im September 2015, dass bei der Beschwerdeführerin insofern eine klare Verbesserung ihres Gesundheitszustandes vorliegt, als die Erkrankungen respektive Störungen, die zur Rentenzusprache geführt hatten (Polytoxikomanie, ohne Hinweis auf einen gravierenden hirnganischen Folgeschaden, rezidivierende depressive Störung, leichte bis mittelschwere Episoden sowie eine Anorexia nervosa, milde Form [vgl. IV 8.7, 11]), nicht mehr vorlagen und vom Gutachter Dr. J. _____ aktuell keine affektive Störung festgestellt werden konnte. Zudem wurden im Gutachten auch keine massgebenden Ängste festgestellt. Soweit von den untersuchenden Fachärzten zu Handen der Pensionsversicherungsanstalt, zuletzt vom Psychiater und Arzt für allgemeine Medizin, Dr. N. _____, am 4. September 2014 eine anhaltende Hirnleistungsstörung und Stimmungs labilität als massgebend für die volle Erwerbsunfähigkeit angegeben wurde (IV 53 f., oben E. 4.3.4), erweist sich diese nicht als begründet. Zudem kann das Vorliegen einer entsprechenden Störung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, da bei der durchgeführten ausführlichen neuropsychologischen Untersuchung von Dipl. phil. K. _____ positiv keine neurokognitiven Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit belegt werden konnten und auch der begutachtende Psychiater – wenn auch nur bei grober Prüfung – keine kognitiven Beeinträchtigungen feststellte (vgl. IV 119.10).

Soweit sich die Beschwerdeführerin auf den rudimentär begründeten Befundbericht des behandelnden Psychiaters und Neurologen Dr. O. _____ vom 23. April 2012 beruft, welcher Symptome aufzählt, aber keine begründeten (psychiatrischen) Diagnosen stellt (oben E. 4.3.2), kann auf die Beurteilung von Dr. I. _____ vom medizinischen Dienst verwiesen werden, wonach der behandelnde Arzt zu diesem Zeitpunkt nur eine Dysthymie angegeben habe (IV 122). Für diese Beurteilung spricht, dass die Beschwerdeführerin danach bis zu den Begutachtungen im September 2015 weder medikamentös behandelt wurde noch eine Psychotherapie wahrnahm und

damit auch kein massgebender Leidensdruck bei der Versicherten ersichtlich ist (vgl. IV 119.6 und 120.19, 135).

4.4.2 Demnach ergibt sich gestützt auf die in der Schweiz eingeholten, voll beweiskräftigen Gutachten, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sich seit der Rentenzusprache am 30. Juni 2003 im Hinblick auf die massgebenden Ursachen für die Rentenzusprache stark verbessert hat. Für die Einholung eines weiteren (psychiatrischen) Gutachtens besteht daher kein Raum. Der entsprechende Beschwerdeantrag ist somit abzuweisen.

4.4.3 Soweit die Beschwerdeführerin beschwerdeweise somatische Diagnosen in neurologisch-orthopädischer Hinsicht als invalidisierend geltend macht (vertebragene Neuralgien lumbal bei degenerativen Veränderungen im Achsenskelett; B-act. 1) und die Anordnung eines entsprechenden Gutachtens beantragt, erweisen sich die unspezifischen Angaben hierzu in den Akten (IV 49 = 58, 135) nicht als genügend begründet, um eine arbeitsfähigkeitsrelevante Einschränkung in neurologisch-orthopädischer Hinsicht darzulegen. Aus den Akten sind weder Hinweise für massgebende Beschwerden noch für eine diesbezügliche medizinische Behandlung (ausser der wiederholten Empfehlung des behandelnden Arztes, selbständig Bewegungsübungen, allenfalls Physiotherapie durchzuführen), ersichtlich. Der Antrag auf die Durchführung eines neurologischen und/oder orthopädischen und/oder orthopädisch-chirurgischen Gutachtens ist demzufolge ebenfalls abzuweisen.

4.5

4.5.1 Die Beschwerdeführerin macht im Beschwerdeverfahren sinngemäss eine Beschwerdeverschlechterung seit zirka Frühling 2016 gestützt auf den Befundbericht von Dr. O. _____ vom 15. Dezember 2016 sowie die Beurteilungen von Mag. L. _____, Klinischer-, Gesundheits- und Arbeitspsychologe, vom 28. Dezember 2016 und vom 24. März 2017 (mit Testung vom 9./10. Januar 2017; B-act. 9 Beil. 4 und 5 und B-act. 15 Beil. 6 [vollständige Testunterlagen]) geltend. Sie nahm im April 2016 die Behandlung bei Dr. O. _____ wieder auf (B-act. 9 Beil. 3). Replikweise macht sie aktuell eine psychische Störung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen, Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung (ICD-10 F19.10), eine (mittelgradige) depressive Episode (ICD-10 F32.10), eine Zwangsstörung, Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemischt (ICD-10 F42.2), eine

stark ausgeprägte Depression (ICD-10 F32.2) ein ADHS (F90.0) und Panikattacken (ohne ICD-10-Verweis) geltend.

4.5.2 In seiner Stellungnahme vom 19. Mai 2017 führt der Psychiater Dr. I. _____ aus, die vom Psychologen Mag. L. _____ am 24. März 2017 gestellte Diagnose der psychischen Störung durch multiplen Substanzgebrauch, der auf einen weiter anhaltenden schädlichen Gebrauch hinweisen würde, sei bis anhin verneint worden. Gleichzeitig weise der Psychologe aber darauf hin, dass der Drogenkonsum bei der Patientin nur vom 18. – 30. Altersjahr stattgefunden habe. Wieso er ausserdem ein vermutetes ADHS von einem – nicht mehr aktiven – Drogenkonsum nicht unterscheiden könne, sei nicht nachvollziehbar. Insgesamt sei die Diagnose ADHS nicht nachvollziehbar. Er verweist weiter darauf, dass – soweit der Psychologe die Diagnose schwere Depression von einem hohen Wert im Beck-Testverfahren ableite – die Beschwerdeführerin gemäss ihrem Verhalten in der Schweiz aggraviere, weshalb der Wert nicht verlässlich sei. Insgesamt sei der Bericht des Psychologen nicht von ausreichender Qualität und er sei als Psychologe zudem nicht kompetent, die genannten Diagnosen zu stellen. Was seine Testung betreffe, sei diejenige von Dipl. phil. K. _____ vom 10. September 2015 bedeutend verlässlicher. Auch der Bericht von Dr. O. _____ vom 15. Dezember 2016 vermöge das hervorragende Gutachten von Dr. J. _____ qualitativ nicht in Frage zu stellen. Der behandelnde Psychiater führe auch keine neue Störung an, sondern wiederhole die bekannten subjektiven Klagen. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands könne nicht überzeugend dargelegt werden (B-act. 13 Beil. 2).

4.5.3 Die eingereichten Berichte vom 15. Dezember 2016, 28. Dezember 2016 und vom 24. März 2017 erweisen sich als wenig begründet. Festzustellen ist, dass die Beschwerdeführerin seit April 2016 eine psychiatrische Therapie (mit Psychopharmaka und allenfalls einer Psychotherapie) wahrnimmt (IV 135, B-act. 9 Beil. 3). Eine nachvollziehbare Begründung, die eine Verschlechterung überwiegender Wahrscheinlichkeit belegen würde, liegt nicht vor. Daran ändert auch die Aufzählung von Diagnosen in der Replik nichts, welche – wie Dr. I. _____ zu Recht ausführt – ausser der fehlenden Begründung der Diagnosen im Wesentlichen auch nicht von einem (Fach)-Arzt (oben E. 3.6.3) stammen. Zudem erweist sich die Diagnose der weiter behaupteten psychischen Störung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (ICD-10 F19.1) als aktenwidrig, zumal sich keine Hinweise dafür ergeben, dass die

Beschwerdeführerin aktuell wieder entsprechende Substanzen konsumieren würde. Was die Aufführung eines ADHS als Diagnose in der Replik betrifft, stellt selbst der beurteilende Psychologe nur eine Verdachtsdiagnose und die Diagnose ADHS wird auch in den weiteren Akten nicht ansatzweise begründet. Letzteres gilt auch für die im gleichen Dokument behaupteten Anzeichen einer posttraumatischen Störung (B-act. 9 Beil. 4). Auch die Diagnose einer Depression wird nicht (insbesondere nicht durch den behandelnden Psychiater) diagnostiziert oder begründet, was ebenfalls für die behaupteten Zwangsstörungen und Panikattacken (im Sinne einer massgebenden invaliditätsrelevanten Einschränkung) gilt. Zu verweisen bleibt in diesem Zusammenhang darauf, dass der Erfahrungstatsache Rechnung ist tragen ist, dass behandelnde Ärzte (oder andere behandelnde Fachleute) mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (oben E. 3.6.3). Die Berichte von Mag. L. _____ erweisen sich demnach nicht als beweiskräftig und gestützt auf den Bericht von Dr. O. _____ kann nicht von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands seit Frühling 2016 (ausgelöst durch die Mitteilung mit Vorbescheid vom 23. Februar 2016, die IV-Rente werde eingestellt [IV 123]) ausgegangen werden. Im Übrigen erweist sich das Vorbringen einer massiven Verschlechterung des Gesundheitszustands wegen der Androhung der Renteneinstellung auch insofern als unbehelflich, weil solche reaktiven Gesundheitsbeeinträchtigungen gemäss ständiger bundesgerichtlicher Praxis keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellen (vgl. bspw. BGer 9C_668/2015 vom 17. Februar 2016 mit Verweis auf BVGer 9C-125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 m.H.).

4.5.4 Im Zwischenergebnis ist demnach zusammenfassend festzuhalten, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sich seit der Rentenzusprache im Juni 2003 wesentlich verbessert hat und sie grundsätzlich gemäss den Einschätzungen der Gutachter Dr. K. _____ und Dr. J. _____ sowie Dr. I. _____ vom medizinischen Dienst seit April 2012 wieder voll arbeitsfähig ist (E. 4.3.10 und 4.4.1).

4.6 Im Hinblick auf das Verhalten der Beschwerdeführerin in der Gutachtenssituation in der Schweiz ist Folgendes zu ergänzen.

4.6.1 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns

ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente (Urteile des BGer 8C_443/2015 vom 18. Januar 2016 E. 3 sowie 8C_209/2015 vom 17. August 2015 E. 6.3.1, je mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 2.2.1 f.).

4.6.2 Dr. J. _____ verwies in seinem Gutachten auf die Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin und darauf, dass sie die Tendenz habe, ihre Symptomatik etwas dramatischer darzustellen, als dies mit den objektiven Befunden in einen Zusammenhang gebracht werden könne. Er vermutete, die Konsistenz sei nicht vollumfänglich gegeben. Zur Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit finden sich in seinem Gutachten keine Angaben (vgl. S. 7). Der Gutachter führte aber aus, die Beschwerdeführerin sei auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeitsfähig (IV 119.11). Bei der neuropsychologischen Untersuchung von Dipl. psych. K. _____ gab die Beschwerdeführerin an, der Wille zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit wäre schon vorhanden. Die Explorandin könne sich jedoch nicht vorstellen, was für eine Tätigkeit sie mit ihrem schlechten Gesundheitszustand ausüben können sollte. Sie sei ja ungelernt und wohne zudem in einer strukturschwachen Region (IV 120.19). Zu beachten ist dabei das festgestellte aggravorische bis simulatorische Verhalten der Beschwerdeführerin in dieser Untersuchung, das verhinderte, dass die Gutachterin positiv eine Diagnose stellen konnte (vgl. oben E. 4.3.8: Aggravation neurokognitiver Defizite und psychopathologischer Symptome, kein Vorliegen eines authentischen Profils, starke Übertreibung der bestehenden Probleme, Darstellung nicht bestehender Probleme als existent, bewusstes und gezieltes Auswählen falscher Antworten zur Vortäuschung von Gedächtnisstörungen, Vorliegen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit einer gezielten Antwortmanipulation, unglaubwürdige Darstellung körperlicher und psychoemotionaler Probleme, bewusst übertrieben dargestellte kognitive Probleme, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewusste und übertriebene Darstellung der körperlichen, kognitiven und psychischen Beschwerden, negative Antwortverzerrung, unzureichende Anstrengungsbereitschaft, Täuschungsverhalten).

4.6.3 In Anbetracht des gutachterlich bestätigten Vorliegens einer Aggravation während der neuropsychologischen Begutachtung besteht vorliegend für die Annahme einer IV-relevanten Gesundheitsbeeinträchtigung – abgesehen von der ohnehin festgestellten klaren Verbesserung des Gesundheitszustands – keine Grundlage mehr.

4.7 Zusammenfassend steht demnach fest, dass die Vorinstanz – gestützt auf die gesichert ab April 2012 vorliegende klare Verbesserung des Gesundheitszustands und in Berücksichtigung der gegebenen Ausschlussgründe – zu Recht auf eine medizinisch-theoretisch uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt geschlossen hat.

5.

Die Beschwerdeführerin bringt vor, sie habe seit 17 Jahren (resp. seit 4. Dezember 1997) nicht mehr gearbeitet, sie sei seither absolut arbeitsunfähig und ihr Gesundheitszustand habe sich (auch in somatischer Hinsicht) in den letzten 20 Jahren keinesfalls gebessert. Die Einschränkungen würden es verunmöglichen, sie auf dem Arbeitsmarkt nach fast 20 Jahren wieder einzugliedern. Sie sei auf dem Arbeitsmarkt auch unvermittelbar.

Es bleibt demnach abschliessend zu prüfen, ob die Vorinstanz vor Einstellung der IV-Rente eine Wiedereingliederung der Beschwerdeführerin hätte prüfen müssen oder ob – wie der Gutachter Dr. J. _____ darlegt – der Beschwerdeführerin eine Selbsteingliederung zumutbar ist.

5.1 Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Bei Versicherten, die bei der revisions- oder wiedererwägungsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente das 55. Altersjahr vollendet haben oder die eine Rentenbezugsdauer von mindestens 15 Jahren aufweisen, ist – von Ausnahmen abgesehen – eine Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar (Urteil des BGer 9C_231/2015 vom 7. September 2015 m. H. auf BGer 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3 m.H, in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220). Diesem Umstand Rechnung tragend muss sich die Verwaltung – sofern die versicherte Person das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente mehr als 15 Jahre bezogen hat – vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür ausnahmsweise im Einzelfall eine

erwerbsbezogene Abklärung und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist (Urteil des BGer 9C_275/2014 vom 21. August 2014 E. 4.3 mit Hinweisen auf Urteile 9C_363/2011 vom 31. Oktober 2011 E. 3.1 m.H, in: SVR 2012 IV Nr. 25 S. 104; 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3-3.5, in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220; Zusammenstellung der Rechtsprechung in: PETRA FLEISCHANDERL, Behandlung der Eingliederungsfrage im Falle der Revision einer langjährig ausgerichteten Invalidenrente, in: SZS 2012 S. 360 ff.).

5.2 Der Beschwerdeführerin wurde am 30. Juni 2003 eine unbefristete ganze IV-Rente ab 1. September 2002 zugesprochen (IV 11.1). Die zuvor mit Verfügung vom 31. Januar 2003 ab 1. Juni 2000 zugesprochene ganze Rente wurde bis 30. Juni 2002 befristet, da die Beschwerdeführerin vom 3. August bis 21. September 2002 eine berufliche Abklärung mit Taggeldanspruch absolvierte (Abbruch der beruflichen Massnahme am 20. September 2002). Die unbefristete Rente hat die Vorinstanz mit Verfügung vom 1. Dezember 2016 per 1. Februar 2017 aufgehoben. Die hier in Frage stehende unbefristete Rente bezog die Beschwerdeführerin demnach während 14 Jahren und 6 Monaten. Sie war zu diesem Zeitpunkt gut 42 Jahre alt. Die hiervoor dargelegten Voraussetzungen eines Ausnahmefalls, in welchem eine Selbsteingliederung einem ehemaligen Rentenbezüger oder einer ehemaligen Rentenbezügerin nicht mehr zumutbar ist, wäre daher – unter Vorbehalt der nachfolgenden Ausführungen – nicht anwendbar.

5.3 Die Beschwerdeführerin bringt jedoch zu Recht vor, sie habe jedenfalls seit Dezember 1997 nie mehr gearbeitet. Gestützt auf die Akten arbeitete sie ab Oktober 1991 bis Dezember 1998 jeweils kurzzeitig in verschiedenen Hilfstätigkeiten und bezog Arbeitslosenentschädigungen (vgl. IV 12). Teilweise wurde sie von der Sozialhilfe unterstützt (vgl. IV 2.3, 9.1). Vom 1. Juni 2000 bis 30. Juni 2002 bezog sie eine befristete IV-Rente, arbeitete danach im E. _____ und bezog in dieser Zeit Taggelder der Invalidenversicherung (IV 11.9). Die Beschwerdeführerin wurde demnach seit ihrem 18. Altersjahr fast immer durch eine öffentliche Institution finanziell unterstützt. Bei dieser Sachlage ist trotz kurzzeitiger Renteneinstellung infolge Taggeldanspruchs von einem langjährigen Rentenbezug im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung auszugehen (16 Jahre und 8 Monate), und hier vom Vorliegen des genannten Ausnahmetatbestands auszugehen.

5.4 Damit hätte die Vorinstanz Eingliederungsmassnahmen prüfen und durchführen müssen, *bevor* sie die Rente der Beschwerdeführerin einstellen durfte (vgl. E. 5.1). Der Sachverhalt erweist sich in diesem Punkt als nicht rechtsgenügend erstellt, weshalb die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen im obgenannten Sinne und dabei die subjektive Eingliederungsbereitschaft (vgl. dazu oben E. 4.6 ff. sowie Urteil des BGer 9C_368/2012 E. 3.1 vom 28. Dezember 2012 und SILVIA BUCHER, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, 2011, Rz. 124 und 539) der Beschwerdeführerin prüfe, sowie bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen die Eingliederungsmassnahmen durchführe. Ausserdem hat sie über den weiteren (inkl. den zwischenzeitlich geschuldeten) Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu zu befinden.

6.

6.1 Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz zu Recht auf eine klare Verbesserung des Gesundheitszustands und eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt geschlossen hat (oben E. 4.7). Die Beschwerde ist demnach hinsichtlich des Antrags, es seien weitere medizinische Gutachten einzuholen (oben E. 4.4.2 f.), abzuweisen.

6.2 Da die Frage der Eingliederungsfähigkeit vorliegend nicht abgeklärt wurde, ist die Beschwerde in dieser Hinsicht gutzuheissen, die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur Prüfung und allfälligen Durchführung von Eingliederungsmassnahmen sowie zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen (vgl. Urteil des BGer 9C_275/2014 vom 21. August 2014 E. 4.3 m.H.; Urteil des BVGer B-6494/2012 vom 29. September 2014 E. 10 f.).

6.3 Soweit die Beschwerdeführerin sinngemäss eine Verletzung des rechtlichen Gehörs rügt, mit der Begründung, sie habe keinen Einblick in die Beurteilungsgrundlagen der Vorinstanz erhalten, ist darauf nicht mehr weiter einzugehen. Dies gilt zumal die Vorinstanz der Beschwerdeführerin am 30. Dezember 2016 Einsicht in die genannten Akten gewährte (IV 141) und die Beschwerdeführerin im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels und triplikweise die Möglichkeit hatte, im Verwaltungsgerichtsverfahren zu den Erhebungen der Vorinstanz Stellung zu nehmen, und damit die geltend gemachte Gehörsverletzung jedenfalls als geheilt zu erachten ist (vgl. Urteil des BVGer C-4635/2012 vom 17. Oktober 2013 E. 3.2).

7.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

7.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt indessen praxismässig als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), sodass vorliegend keine Verfahrenskosten zu erheben sind. Der am 26. Januar 2017 geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihr zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten.

Der unterliegenden Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

7.2 Der obsiegenden rechtsanwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin steht eine von der Vorinstanz zu entrichtende Parteientschädigung zu (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) gerechtfertigt.

Die unterliegende Vorinstanz hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

(Dispositiv auf der nächsten Seite)

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 1. Dezember 2016 aufgehoben und die Sache zur Sachverhaltsergänzung gemäss den Erwägungen 5.4 und 6.2 sowie zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Der Beschwerdeführerin wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– 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:

Beat Weber

Susanne Flückiger

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 Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: