



---

Abteilung III  
C-4199/2019

## **Urteil vom 20. Mai 2021**

---

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),  
Richterin Michela Bürki Moreni,  
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,  
Gerichtsschreiberin Tanja Jaenke.

---

Parteien

**A.**\_\_\_\_\_, (Türkei),  
vertreten durch Dr. iur. Karin Kast, Rechtsanwältin,  
Beschwerdeführerin,

gegen

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

---

Gegenstand

IV, Rentenrevision; Verfügung der IVSTA vom 1. Juli 2019.

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

Die am (...) 1963 in der Türkei geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte oder Beschwerdeführerin), türkische Staatsangehörige, reiste 1985 zu ihrem Ehemann in die Schweiz, arbeitete zuletzt vom 1. November 1997 bis 7. Mai 1999 stundenweise als Aushilfe bei der B.\_\_\_\_\_ in (...) und leistete Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (vgl. Akten der Vorinstanz [IV-act.] 5 $\triangle$ 41; 36).

**B.**

Am 7. Januar 2000 meldete sich die Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons C.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ ) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 5 $\triangle$ 41). Gemäss Angaben von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Chirurg FMH, (...), leide die Versicherte an einem allgemeinen Schmerzsyndrom in diversen Erscheinungsformen, verbunden mit Anfällen von Bewusstseinsstörung und Bewusstlosigkeit (IV-act. 7). Anlässlich der medizinischen Abklärung in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_\_ (nachfolgend KPK E.\_\_\_\_\_ ) wurde bei der Versicherten eine somatoforme Störung (ICD-10: F45.0), welche durch das Auftreten von multiplen und häufig wechselnden körperlichen Symptomen über mehrere Jahre charakterisiert sei, diagnostiziert (IV-act. 10). Mit Verfügung vom 3. März 2001 sprach die IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ der Versicherten rückwirkend ab dem 1. Juli 2000 eine unbefristete ganze Invalidenrente aufgrund langdauernder Krankheit zu (IV-Grad: 100 %) sowie eine Zusatzrente für den Ehegatten F.\_\_\_\_\_ und für die beiden Kinder G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ (IV-act. 13 S. 4-8). Im März 2003 wurden die IV-Renten per 1. November 2002 neu berechnet aufgrund des eigenen Anspruchs des Ehegatten F.\_\_\_\_\_ auf eine IV-Rente (IV-act. 13 S. 1-3).

**C.**

**C.a** Im Juli 2003 führte die IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ ein erstes Rentenrevisionsverfahren durch und holte beim Hausarzt der Versicherten, Dr. D.\_\_\_\_\_, einen Verlaufsbericht ein (Arztberichte vom 24. Juli 2003 und 15. August 2003; IV-act. 15 und 16). Der Hausarzt bestätigte einen stationären Gesundheitszustand und das Vorliegen eines allgemeinen Schmerzsyndroms.

**C.b** In der Folge liess die IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ die Versicherte vom 30. August bis 1. September 2004 psychiatrisch und rheumatologisch bei der

I. \_\_\_\_\_ begutachten (Gutachten vom 24. September 2004; IV-act. 20 [unvollständig; fehlende Gutachten-Seiten 11, 14 und 15]).

**C.c** Mit Mitteilung vom 12. Oktober 2004 (IV-act. 21) bestätigte die IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ schliesslich den weiteren Anspruch der Versicherten auf eine ganze Rente, da keine sich auf die Rente auswirkende Änderung festgestellt worden sei.

**D.**

Im Oktober 2007 eröffnete die IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ ein zweites Revisionsverfahren. Die Versicherte machte im Fragebogen für die Rentenrevision geltend, ihr Gesundheitszustand sei gleichgeblieben und sie sei zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 28). Nachdem der Hausarzt ebenfalls mitteilte, der Gesundheitszustand der Versicherten sei stationär mit gleichbleibenden Diagnosen und die Versicherte sei zudem im Mai 2007 an der Lendenwirbelsäule operiert worden (IV-act. 27), bestätigte die IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ mit Mitteilung vom 26. Oktober 2007, es sei eine unveränderte Situation festgestellt worden und es bestehe weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % (IV-act. 29).

**E.**

Im November 2010 führte die IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ ein drittes Revisionsverfahren durch. Aufgrund der Angaben der Versicherten im Fragebogen zur Revision (IV-act. 32) sowie des Hausarztes im Verlaufsbericht zur Revision (IV-act. 34) bestätigte die IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ mit Mitteilung vom 15. Dezember 2010 den Anspruch der Versicherten auf eine ganze Invalidenrente (IV-act. 35).

**F.**

Nachdem sich die Versicherte per Ende Juni 2011 nach (...) /Türkei abgemeldet hatte (IV-act. 40 S. 4), überwies die IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ am 1. Juni 2011 das Rentendossier zuständigkeitshalber an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend IVSTA; IV-act. 37).

**G.**

**G.a** Im August 2012 prüfte die IVSTA die Eröffnung eines vierten Revisionsverfahrens gestützt auf die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (6. IV-Revision; nachfolgend Schlussbestimmungen; IV-act. 44 f.). Nachdem der medizinische Dienst mit Stellungnahme vom 31. August 2012 (Dr. J. \_\_\_\_\_; IV-act. 46) als Diagnosen eine mittelgradig depressive Störung

mit somatischem Syndrom und eine somatoforme Störung festhielt und bestätigte, dass es sich um eine Revision nach den Schlussbestimmungen handle und eine bidisziplinäre Untersuchung in der Schweiz erforderlich sei, ersuchte die IVSTA die Versicherte um Einreichung der für die Revision notwendigen medizinischen Dokumente (IV-act. 47).

**G.b** Am 17. Juli 2013 erstellten die Dres. K.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_\_ der O.\_\_\_\_\_ ein interdisziplinäres Gutachten (IV-act. 67). Die Versicherte wurde dazu vom 16. bis 17. April 2013 in den Bereichen Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie persönlich untersucht. Im Ergebnis hielten die Ärzte als Diagnosen mit wesentlichen Einschränkungen der zumutbaren Arbeitsfähigkeit fest (vgl. S. 18 f.): Chronisches lumbospondylogenes Syndrom links, mit myofaszialer Irritation lumbopelvitrochantär, Failed back surgery syndrome, bei abgeschwächtem Patellarsehnenreflex links, Verdacht auf intermittierende radikuläre Reizsymptomatik, Status nach Transforaminal lumbal interbody fusion (TLIF) des 4. und 5. Lendenwirbels; Chronisches zervikospondylogenes Syndrom rechts, in Besserung begriffen, bei Status nach anterior zervikaler Diskektomie mit Cage zwischen dem 4. und 5. Halswirbel und Diskusprothese zwischen dem 5. und 6. Halswirbel (03/2013).

**G.c** In seiner Stellungnahme vom 22. August 2013 übernahm der RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_\_ die gutachterlichen Diagnosen und führte aus, die Expertisen seien professionell nur teilweise einwandfrei und die Schlussfolgerungen des Rheumatologen wenig bis schlecht begründet (IV-act. 69). Insbesondere die Einschränkung der Nichtbeurteilbarkeit des Arbeitsprofils einer Näherin / Büglerin schein nicht nachvollziehbar und sei inakzeptabel. Allerdings spiele die nicht begründete und keinesfalls nachvollziehbare Beurteilung des Rheumatologen für die Arbeitsunfähigkeit in der Haushaltstätigkeit keine Rolle. Die Arbeitsfähigkeit betrage 65 % für leichte Tätigkeiten, worunter auch der bisherige Beruf falle. Eine rentenrelevante Arbeitsunfähigkeit auf psychiatrischem Gebiet bestehe nicht mehr. Daraufhin teilte die IVSTA der Versicherten mit Vorbescheid vom 18. Oktober 2013 mit, ihr Rentenanspruch sei gestützt auf die Schlussbestimmung überprüft worden und es bestehe kein Anspruch mehr auf eine Rente (IV-act. 70).

**G.d** Am 6. November 2013 beantragte die Versicherte, zwischenzeitlich vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. P.\_\_\_\_\_, vollständige Akteneinsicht (IV-act. 72) und stellte in der Folge mit Schreiben vom 21. November 2013 (IV-act. 78) fest, dass von act. 22 die Seite 11 und von act. 23 die Seiten 14

und 15 fehlten (betrifft soweit ersichtlich gemäss vormaliger Akten-Nummerierung das Gutachten der I. \_\_\_\_\_ [aktuelle Aktennummerierung: IV-act. 20]). Mit Einsprache vom 26. November 2013 beantragte die Versicherte, der Vorbescheid vom 18. Oktober 2013 sei vollumfänglich aufzuheben und es sei festzustellen, dass sie nach wie vor Anspruch auf eine ganze (eventualiter Teil-) Invalidenrente habe (IV-act. 83). Weiter beantragte sie, es sei ein fachärztlicher Verlaufsbericht von Psychiaterin Dr. Q. \_\_\_\_\_, (...) / Türkei einzuholen, eventualiter sei mit Erlass der Verfügung bis zur Vorlage des Verlaufsberichts durch die Einsprecherin zuzuwarten und eventualiter sei ein psychiatrisches / neurologisches / neuropsychologisches beziehungsweise ein bidisziplinäres Gutachten von unabhängigen Fachgutachtern einzuholen. Überdies wurde in der Einsprache festgehalten, dass die zugestellten Akten nach wie vor unvollständig seien.

In diesem Zusammenhang teilte die IVSTA der Versicherten am 2. Dezember 2013 mit, dass gemäss Abklärungen bei der I. \_\_\_\_\_ keine Kopie des Gutachtens vom 24. September 2004 mehr vorhanden sei (IV-act. 85). Entsprechend sei es leider nicht möglich, die fehlenden Seiten zuzustellen. Eine erneute diesbezügliche Nachfrage der IVSTA vom 9. Januar 2018 bei der I. \_\_\_\_\_ ergab, dass die Akten nach der Verjährungsfrist vernichtet worden seien. Auch bei der IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ seien die fehlenden Seiten nicht mehr auffindbar (IV-act. 194).

**G.e** In der Folge reichte die Versicherte am 24. März 2014 Verlaufsberichte von Psychiaterin Dr. Q. \_\_\_\_\_, (...) / Türkei, ein (IV-act. 98 und 99) und führte aus, diesen sei zu entnehmen, dass sie an einer Depression leide und nach wie vor Schwierigkeiten habe, alltägliche Arbeiten zu erledigen, wobei auch die allgemeine Funktionalität eingeschränkt sei; gemäss zweitem Bericht habe sich die Depression sogar noch verstärkt (IV-act. 100). Die Expertengruppe IVSTA/medizinischer Dienst kam daraufhin am 23. Mai 2014 zum Schluss, es sei erforderlich, eine (erneute) psychiatrische Begutachtung in der Schweiz durchzuführen, um abzuklären, ob es tatsächlich zu einer anhaltenden und beeinträchtigenden Verschlechterung seit der letzten Begutachtung gekommen sei (IV-act. 104).

**G.f** Am 3. Januar 2014 [recte: 2015] erstellte Dr. R. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Gutachten (IV-act. 121). Die Versicherte wurde dazu am 25. November 2014 persönlich untersucht. Im Ergebnis hielt der Arzt eine anhaltende Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) mit depressiver Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F32.4), fest (vgl. S. 17). Die Ausprägung der Störung der

Versicherten sei im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv maximal sehr leicht einzustufen. Eine relevante Arbeitsunfähigkeit ( $\geq 20\%$  bis  $100\%$ ) sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht begründbar (vgl. S. 19, 20, 22-24).

**G.g** Mit Vorbescheid vom 20. April 2015 (IV-act. 134) teilte die IVSTA der Versicherten wiederum mit, dass aufgrund der vorliegenden Unterlagen kein Anspruch auf Rente mehr bestehe.

**G.h** Die Versicherte beantragte mit Einwand vom 30. Mai 2015 (IV-act. 139) insbesondere, es sei der Bericht der sie behandelnden Ärzte in der Türkei abzuwarten, und reichte gleichzeitig einen Bericht (IV-act. 138) ein, gemäss welchem sie an einer «bilateralen Depression» leide. Am 31. August 2015 reichte sie Ergänzungen zum Einwand gegen den Vorbescheid (IV-act. 141) und einen weiteren Bericht ein (IV-act. 142, 143). Sie machte insbesondere geltend, das Gutachten von Dr. R. \_\_\_\_\_ entspreche den Abklärungsanforderungen, welche das Bundesgericht mit dem Leitentscheid 9C\_492/2015 vom 3. Juni 2015 (zwischenzeitlich publiziert als BGE 141 V 281) in solchen Fällen verlange, nicht.

**G.i** Nachdem Dr. S. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 27. Januar 2016 (IV-act. 146) festhielt, es sei eine nochmalige psychiatrische Begutachtung unter Einbezug des neuen Beweisverfahrens angezeigt, erstellte Dr. R. \_\_\_\_\_ am 24. Januar 2017 ein ergänzendes psychiatrisch-psychotherapeutisches Gutachten (IV-act. 162). Die Versicherte wurde dazu am 6. Dezember 2016 persönlich untersucht. Im Ergebnis hielt der Arzt eine anhaltende Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) fest. Das in den Akten dokumentierte Schmerzsyndrom sei weiterhin vorhanden. Die Versicherte erlebe sich dadurch insuffizient und im Selbstwertgefühl reduziert. Eine eigenständige depressive Störung gemäss ICD-10 F3 sei (ebenfalls weiterhin) remittiert (ICD-10: F32.4/F33.4). Es stehe gegenwärtig eine (v.a. subjektive) ängstlich-niedergeschlagene Verstimmung bei einer selbstunsicher-misstrauisch-übergenaunen Grundhaltung im Vordergrund des klinischen Bildes. Die in den Akten genannten und von der Versicherten geschilderten ängstlich-niedergeschlagenen Verstimmungen seien im Umfang und Schwere gering. Sie seien überwiegend als Begleitsymptome des chronischen Schmerzsyndroms einzuordnen, die zudem von vielfältigen sozialen Faktoren aufrechterhalten würden (vgl. S. 19 f.). Eine relevante Arbeitsunfähigkeit ( $\geq 20\%$  bis  $100\%$ ) für die bisher in der Schweiz ausgeübten Tätigkeiten und für Haushaltsarbeiten sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht aufgrund einer anhaltenden

Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und den damit verbundenen objektiv gering ausgeprägten Defiziten nicht anzunehmen (vgl. S. 22).

**G.j** Aufgrund der Stellungnahme von Dr. S. \_\_\_\_\_ vom 8. Februar 2017 (IV-act. 164), in welcher zusammenfassend festgehalten wurde, auf das Gutachten von Dr. R. \_\_\_\_\_ könne vollumfänglich abgestützt werden, erliess die IVSTA am 24. Februar 2017 einen weiteren Vorbescheid (IV-act. 166) und teilte der Versicherten mit, dass infolge Rentenrevision gemäss Schlussbestimmungen kein Anspruch auf eine Rente mehr bestehe.

**G.k** Mit dem Einwand vom 30. März 2017 gegen den Vorbescheid der IVSTA (IV-act. 177) reichte die zwischenzeitlich durch Rechtsanwältin Dr. iur. Karin Kast vertretene Versicherte zwei weitere (somatische) Arztberichte ein (IV-act. 175, 176). Sie beantragte weiterhin die vollumfängliche Aufhebung des Vorbescheids sowie die Feststellung, dass ihr nach wie vor eine ganze IV-Rente zustehe und die ganze Rente weiter auszurichten sei, eventualiter sei ein interdisziplinäres Gutachten einzuholen. Am 11. April 2017 wurde der Einwand mit einem weiteren somatischen Arztbericht (IV-act. 179) ergänzt und darauf hingewiesen, dass die Versicherte zusätzlich an einer Meniskopathie leide, welche sich entsprechend negativ auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten auswirke (IV-act. 180).

**G.l** Dr. T. \_\_\_\_\_ vom medizinischen Dienst nahm am 10. September 2017 (IV-act. 185) dahingehend Stellung, dass aufgrund der eingereichten Berichte keine Arbeitsunfähigkeit aus rein somatischer Sicht bestehe. In der Folge wurden die gesamten Akten ein weiteres Mal dem medizinischen Dienst unterbreitet. Dr. T. \_\_\_\_\_ und Dr. S. \_\_\_\_\_ nahmen am 20. November 2017 (IV-act. 191) beziehungsweise am 29. November 2017 (IV-act. 193) Stellung zu den weiteren Ausführungen der Versicherten in ihren Einwänden. Mit Vorbescheid vom 23. Januar 2018 (IV-act. 197) teilte die IVSTA der Versicherten in der Folge wiederum mit, dass infolge Rentenrevision gemäss Schlussbestimmungen kein Anspruch auf eine Rente mehr bestehe.

**G.m** Mit Einwand vom 27. Februar 2018 gegen den Vorbescheid der IVSTA (IV-act. 198) beantragte die Versicherte erneut die vollumfängliche Aufhebung des Vorbescheids sowie die Feststellung, dass ihr nach wie vor eine ganze IV-Rente zustehe und die ganze Rente weiter auszurichten sei, eventualiter sei ein interdisziplinäres Gutachten einzuholen.

**G.n** Die IVSTA informierte die Versicherte am 29. Mai 2018 telefonisch (IV-act. 201) und mit Schreiben vom 31. Mai 2018 (IV-act. 202) über die Voraussetzungen des Anspruchs auf Wiedereingliederungsmassnahmen gemäss Art. 8a IVG. Die Versicherte teilte am 2. Juli 2018 (IV-act. 203) in diesem Zusammenhang mit, sie sei grundsätzlich an Wiedereingliederungsmassnahmen interessiert und auch bereit, ihren Wohnsitz in die Schweiz zu verlegen. Es bedürfe jedoch betreffend Wohnsitznahme in der Schweiz noch Abklärungen, ob dies ausländerrechtlich möglich sei. Mit Schreiben vom 16. November 2018 (IV-act. 207) teilte die Versicherte schliesslich mit, sie verfüge aktuell über keinen Aufenthaltstitel für die Schweiz und somit sei eine Wohnsitznahme in der Schweiz derzeit nicht möglich.

**G.o** Mit Vorbescheid vom 4. Dezember 2018 (IV-act. 208) stellte die IVSTA erneut die Aufhebung der Rente in Aussicht, da aus psychiatrischer Sicht weiterhin eine anhaltende Schmerzstörung (diagnostische Kriterien teilweise erfüllt) mit ängstlich-niedergeschlagener Verstimmung bei einer selbstunsicher-misstrauisch-übergenaunen Grundhaltung mit depressiver Störung bestehe. Das Ausmass der Schmerzstörung werde objektiv jedoch als leicht eingestuft. Die Limitierung des Aktivitätsniveaus sei durch die Selbsteinschätzung zu begründen. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich. Die Kriterien einer depressiven Episode seien nicht mehr erfüllt. Es werde zudem eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustands seit dem 22. April 2013 festgestellt.

**G.p** Die Versicherte brachte mit Schreiben vom 4. Januar 2019 Einwendungen gegen den Vorbescheid der IVSTA vor (IV-act. 210) und reichte zudem einen Bericht des Gesundheitsministeriums (Generalsekretariat der städtischen Krankenhäuser der Provinz [...]) vom 25. Dezember 2018 (IV-act. 209) ein.

**G.q** Mit Verfügung vom 1. Juli 2019 (IV-act. 216) hob die IVSTA die bisherige Rente der Versicherten schliesslich – unter Hinweis auf die Anwendbarkeit der Schlussbestimmungen – mit Wirkung ab dem 1. September 2019 auf und entzog einer allfälligen Beschwerde gegen diese Verfügung die aufschiebende Wirkung. Die IVSTA begründete ihre Verfügung insbesondere damit, dass aus psychiatrischer Sicht weiterhin eine anhaltende Schmerzstörung mit ängstlich-niedergeschlagener Verstimmung bei einer selbstunsicher-misstrauisch-übergenauner Grundhaltung mit depressiver Störung bestehe. Die diagnostischen Kriterien für die Schmerzstörung

seien teilweise erfüllt. Das Ausmass der Störung werde objektiv als leicht eingestuft. Die Limitierung des Aktivitätenniveaus sei durch die Selbsteinschätzung zu begründen. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich. Die Kriterien einer depressiven Episode seien nicht mehr erfüllt. Es werde eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes seit 22. April 2013 festgestellt. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit seien ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liege zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar sei. Wenn die erwähnten Voraussetzungen nicht erfüllt seien und wenn die Rente aufgrund pathogenetisch-ätiologisch unklarer syndromaler Beschwerdebilder und ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen worden sei, so werde diese herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn keine erheblichen Änderungen des Gesundheitszustandes vorlägen. Die körperlichen Beschwerden der Versicherten seien berücksichtigt worden, allerdings seien keine wesentlichen Funktionseinschränkungen belegt worden. Die von der Versicherten geltend gemachten Schmerzen seien bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit zu 65 % in leichter Tätigkeit berücksichtigt worden. Zudem bestehe kein Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen mangels Versicherung bei der AHV.

## **H.**

**H.a** In ihrer Beschwerde vom 16. August 2019 (Beschwerdeakten [B-act.] 1) beantragte die Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. Karin Kast, die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Bestätigung der bisherigen Rente. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Invalidenversicherungs-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA zurück zu weisen.

Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, es fehle an einer Unterscheidung der Revision nach Art. 17 ATSG und jener gemäss Bst. a der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 (6. IV-Revision), während die zweite Revisionsart zudem falsch angewendet werde (vgl. S. 9 ff.). Weiter seien die Qualitätsanforderungen an ein Gutachten bei den ihm Rahmen des Revisionsverfahrens eingeholten Gutachten nicht erfüllt (vgl. S. 12 ff.). Schliesslich sei aufgrund der funktionellen Einschränkungen und der als zumutbar erachteten Teilzeitarbeit ein höherer Leidensabzug zu gewähren (vgl. S. 24 ff.).

**H.b** Der mit Zwischenverfügung vom 23. August 2019 einverlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.- (B-act. 2) ist am 28. August 2019 in der Gerichtskasse eingegangen (B-act. 4).

**H.c** In ihrer Vernehmlassung vom 3. Oktober 2019 (B-act. 6) stellte die Vorinstanz den Antrag auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Sie verwies diesbezüglich insbesondere auf die ausführliche Begründung in der angefochtenen Verfügung sowie auf die Stellungnahmen des IV-ärztlichen Dienstes. Weiter führte sie aus, es handle sich vorliegend einzig um einen Anwendungsfall der Schlussbestimmungen und die gutachterlichen Abklärungen hätten sowohl schlüssige als auch nachvollziehbare Schlussfolgerungen zugelassen und genügten insofern den Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten.

**H.d** Mit Replik vom 12. November 2019 (B-act. 8) hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest und reichte gleichzeitig eine Kostennote in der Höhe von Fr. 3'193.30.- (inkl. MwSt.) ein (B-act. ad8). Sie führte insbesondere aus, ihr sei die IV-Rente ab 1. Juli 2000 unter anderem aufgrund einer seitens der Mediziner diagnostizierten Chondrose und einer initialen Spondylarthrose L4/5 mit medio-rechtsseitiger kleiner 100 mm [recte: 10 mm] breiter und 5 mm tiefer Discushernie mit Verlagerung und Einengung der Nervenwurzel L5 rechts im spinalen Verlauf zugesprochen worden. Die ursprüngliche Rentenzusprache habe damit nicht einzig auf pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage beruht, weshalb die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision nicht anwendbar seien. Weiter liessen die gutachterlichen Abklärungen keine schlüssigen und nachvollziehbaren Schlussfolgerungen zu und genügten insofern den Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten entsprechend nicht. Es liege eine rentenrelevante Arbeitsunfähigkeit vor, weshalb ihr nach wie vor eine ganze IV-Rente auszurichten sei.

**H.e** Mit Zwischenverfügung vom 15. November 2019 (B-act. 9) stellte das Bundesverwaltungsgericht die Replik der Beschwerdeführerin der Vorinstanz zu und bot ihr Gelegenheit, eine Duplik einzureichen. Nach gewährter Fristerstreckung (B-act. 11, 12) verwies die Vorinstanz am 15. Januar 2020 vollumfänglich auf ihre Vernehmlassung sowie die darin gestellten Anträge (B-act. 12), woraufhin das Bundesverwaltungsgericht den Schriftenwechsel am 24. Januar 2020 abschloss (B-act. 13).

**I.**

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

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

**1.1** Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

**1.2** Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021), soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung anwendbar (Art. 1a bis 26<sup>bis</sup> und Art. 28 bis 70), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

**1.3** Die Beschwerdeführerin ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass sie im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist.

**1.4** Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht (Art. 60 Abs. 1 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereicht und der Kostenvorschuss innert Frist geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten.

## **2.**

Streitig ist die Rentenaufhebung gestützt auf Bst. a der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 (nachfolgend SchIBest. IVG). Zunächst werden die für die Beurteilung massgebenden gesetzlichen Bestimmungen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze dargelegt.

**2.1** Die Beschwerdeführerin ist türkische Staatsangehörige und wohnt in der Türkei, weshalb das Abkommen vom 1. Mai 1969 zwischen der Schweiz und der Republik Türkei über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.763.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) Anwendung findet. Nach Art. 2 Abs. 1 Sozialversicherungsabkommen sind die Staatsangehörigen der einen Vertragspartei in ihren Rechten und Pflichten aus der Gesetzgebung der anderen Vertragspartei – wozu auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört (vgl. Art. 1 Bst. B Abs. 1 Bst. b Sozialversicherungsabkommen) – einander gleichgestellt, soweit nichts anderes bestimmt ist. Insbesondere steht türkischen Staatsangehörigen bei anwendbarem Schweizer Recht ein Anspruch auf ordentliche Invalidenrenten unter den gleichen Voraussetzungen wie Schweizer Staatsangehörigen zu (Art. 10 Abs. 1 Sozialversicherungsabkommen). Vorbehalten bleibt die Regelung, dass ordentliche Renten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, türkischen Staatsangehörigen, welche die Schweiz endgültig verlassen, nicht ausgerichtet werden können (Art. 10 Abs. 2 Satz 1 Sozialversicherungsabkommen). Weitere, im vorliegenden Verfahren relevante Abweichungen vom Gleichbehandlungsgrundsatz finden sich weder im Abkommen selbst noch in der dazugehörigen Verwaltungsvereinbarung vom 14. Januar 1970 (SR 0.831.109.763.11). Demnach bestimmt sich vorliegend die Frage, ob weiterhin Anspruch auf IV-Leistungen besteht, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 1, 2 und 4 Sozialversicherungsabkommen). Ferner besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

**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 des Bundesgerichts [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 IV-Revision 6a zu beachten.

**2.3** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 1. Juli 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 445 E. 1.2). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Berichte, die sich über den vorliegend massgebenden Zeitraum aussprechen, hat das Gericht auch dann zu berücksichtigen, wenn sie nach dem Verfügungserlass datieren (Urteil des BGer 9C\_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2 m.w.H.).

**2.4** 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).

**2.5** 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).

**2.6** 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 wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

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 [in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung]).

## **2.7**

**2.7.1** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (Urteil des BGer 9C\_462/2014 vom 16. September 2014 E. 3.2.1; BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

**2.7.2** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (Urteil des BGer 9C\_788/2019 vom 30. Januar 2020 E. 3.1.1; BGE 140 V 193; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

Die fachliche Qualifikation des Experten spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle, denn bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Ge-

richte auf seine Fachkenntnisse verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteile des BGer 9C\_410/2008 vom 8. September 2009 E. 3.3.1 in fine; I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]).

Das Bundesgericht hat zudem Richtlinien zur Würdigung bestimmter Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufgestellt (vgl. BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b). Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten *externer Spezialärzte*, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist demnach volle Beweiskraft zuzuerkennen – solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3.b.bb m.w.H.). Berichte behandelnder *Haus- und Spezialärzte* sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten hingegen mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3.b.cc; Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.w.H.), aber auch nicht von vornherein unbeachtlich (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

## 2.8

**2.8.1** Nach Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (vgl. zu den entsprechenden Diagnosen BGE 140 V 8 E. 2.2.1) 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.

In materieller Hinsicht ergibt sich die Anwendbarkeit von Bst. a SchlBest. IVG ausschliesslich aus der Natur des Gesundheitsschadens, auf dem die Rentenzusprechung beruht (vgl. Urteil des BGer 9C\_379/2013 vom 13. November 2013 E. 3.2.3). Unklare Beschwerdebilder, wie sie in den SchlBest. IVG vorausgesetzt werden, charakterisieren sich durch den Umstand, dass mittels klinischer Untersuchungen weder Pathologie noch Ätiologie nachweisbar oder erklärbar sind (vgl. Urteil des BGer 8C\_654/2014 vom 6. März 2015 mit Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 9.4), wobei es mit Blick auf die Zielsetzung von Bst. a SchlBest. IVG auf die Natur des Gesundheitsschadens ankommt und nicht auf eine präzise Diagnose (vgl. Urteil des BGer 9C\_384/2014 vom 10. Juli 2014 E. 3.2).

**2.8.2** Ein Zurückkommen auf die ursprüngliche Rentenverfügung fällt alternativ auch unter den Titeln der materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, der prozessualen Revision nach Art. 53 Abs. 1 ATSG und der Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG in Betracht (Urteil des BGer 9C\_800/2016 vom 9. Mai 2017 E. 2). Eine Motivsubstitution, wie sie das Gericht gestützt auf den Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen in seinem Entscheid vornehmen kann, ist dabei in jedem möglichen Verhältnis unter all diesen in Betracht fallenden Rückkommenstiteln zulässig (Urteil des BGer 8C\_634/2017 vom 20. Februar 2018 E. 5.3 m.H.). Beabsichtigt eine Behörde ihren Entscheid mit einer Rechtsnorm oder einem Rechtsgrund zu begründen, die im bisherigen Verfahren nicht herangezogen wurden, auf die sich die beteiligten Parteien nicht berufen haben und mit deren Erhebung im konkreten Fall sie nicht rechnen konnten, ist das rechtliche Gehör zumindest der dadurch beschwerten Person zu gewähren (BGE 128 V 272 E. 5b/bb; 126 I 19 E. 2c/aa; 125 V 368 E. 4a; 121 II 29 E. 2b/aa). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht, wenn es eine Motivsubstitution im vorstehend ausgeführten Sinn vornimmt, der versicherten Person vorgängig Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben (Urteil des BGer 8C\_529/2016 vom 26. Oktober 2016 E. 4.2.2 und 4.2.3 m.w.H.).

**2.8.3** Bei einer in Aussicht genommenen Einstellung beziehungsweise Herabsetzung einer bisher ausgerichteten Leistung trägt diejenige Partei die Beweislast, welche daraus Rechte ableiten will. Dies ist in der Regel der Versicherungsträger (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Rz. 70 zu Art. 43; vgl. auch BGE 121 V 208 E. 6a). Ergibt die Beweiswürdigung, dass eine rentenaufhebende Tatsachenänderung nicht (mit überwiegender Wahrscheinlichkeit) bewiesen ist, trägt daher der Ver-

sicherungsträger die Folgen der Beweislosigkeit (URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, § 25, Rz. 1538).

### **3.**

Zu prüfen ist zunächst, ob sich die Vorinstanz bei der Rentenaufhebung zu Recht auf Bst. a SchIBest. IVG gestützt hat. In dieser Hinsicht ist zu klären, ob dem Vorgehen der Vorinstanz eine der in Bst. a Abs. 4 SchIBest. IVG genannten Ausnahmesituationen (vgl. oben E. 2.8.1) entgegensteht und ob die Zusprechung der Invalidenrente auf einer von Bst. a SchIBest. IVG erfassten gesundheitlichen Beeinträchtigung (vgl. oben E. 2.8.1) erfolgte (vgl. nachfolgend E. 3.2).

**3.1** Die Beschwerdeführerin bezog seit 1. Juli 2000 eine ganze Rente (Verfügung vom 3. März 2001; IV-act. 13 $\triangle$ B-act. 1 Beilage 2). Im Zeitpunkt der Einleitung der Überprüfung (Revisionsfragebogen vom 11. September 2012, ausgefüllt am 1. Oktober 2012; IV-act. 48) lag somit noch kein über 15-jähriger Rentenbezug vor (vgl. dazu Urteil des BGer 8C\_576/2014 vom 20. November 2014 E. 4; BGE 139 V 442 E. 4 und 5.1). Bei Inkrafttreten der Änderung am 1. Januar 2012 war die Beschwerdeführerin zudem noch nicht 55 Jahre alt, weshalb keiner der Ausschlussgründe nach Bst. a Abs. 4 SchIBest. IVG gegeben ist. Da die Überprüfung der Rente zudem innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Änderungen eingeleitet wurde (vgl. BGE 140 V 15 E. 5.3.4.2), ist Bst. a SchIBest. IVG in formeller Hinsicht anwendbar.

### **3.2**

**3.2.1** Die Beschwerdeführerin macht geltend, ihr sei die IV-Rente ab 1. Juli 2000 unter anderem aufgrund des Vorliegens eines allgemeinen Schmerzsyndroms in diversen Erscheinungsformen verbunden mit Anfällen von Bewusstseinsstörungen und Bewusstlosigkeit beziehungsweise einer somatoformen Störung ICD-10 F45.0 sowie aufgrund einer Chondrose und einer initialen Spondylarthrose L4/5 mit medio-rechtsseitiger kleiner 100 mm [recte: 10 mm; vgl. IV-act. 1 $\triangle$ B-act. 1 Beilage 26] breiter und 5 mm tiefer Discushernie mit Verlagerung und Einengung der Nervenwurzel L5 rechts im spinalen Verlauf zugesprochen worden. Damit beruhe die ursprüngliche Rentenzusprache nicht einzig auf pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (B-act. 1 S. 10; B-act. 8 S. 2 f.).

**3.2.2** Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. D. \_\_\_\_\_, hatte die Berichte des Kantonsspitals V. \_\_\_\_\_ (IV-act. 1 und 2), auf welche sich die Beschwerdeführerin mit der Geltendmachung von körperlichen Beschwerden bezieht, zwar gemäss vormaliger Aktennummerierung zusammen mit dem Arztbericht vom 27. Januar 2000 (IV-act. 7) im Rahmen der IV-Anmeldung bei der IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ eingereicht. Aus dem zweiten Bericht vom 21. August 1997 ergibt sich jedoch insbesondere, dass klinisch keine schwere Wurzelkompression sowie ein bescheidener kernspintomographischer Befund vorlagen (IV-act. 2). Der Hausarzt hat zudem bei der IV-Anmeldung angegeben, es bestehe ein allgemeines Schmerzsyndrom in diversen Erscheinungsformen. In der Folge war daher lediglich ein psychiatrisches Gutachten erstellt worden. Die rentenzusprechenden Verfügungen vom 3. März 2001 stützen sich auf das in diesem Zusammenhang erstellte Gutachten der KPK E. \_\_\_\_\_ vom 24. November 2000, in welchem als Diagnose eine somatoforme Störung (ICD-10: F45.0) genannt wird. Die Gutachterin hielt fest, es liege das Zustandsbild einer somatoformen Störung vor, die durch das Auftreten von multiplen und häufig wechselnden körperlichen Symptomen über mehrere Jahre charakterisiert sei. Die Hyperventilation könne im Sinne einer Überforderungssituation bei neurotischer Persönlichkeitsstruktur interpretiert werden. Die Arbeitsunfähigkeit betrage (aus psychiatrischer Sicht) 100 %, da eine berufliche Tätigkeit in Ergänzung zu Haushaltsführung und Kinderbetreuung zu Überforderung führen würde; die Tätigkeit als Hausfrau und Mutter sei jedoch möglich (IV-act. 10). Entsprechend kann festgehalten werden, dass die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten körperlichen Beschwerden demnach für die Rentenzusprache im Jahr 2001 nicht selbständig ausschlaggebend waren.

**3.2.3** In der Folge hat die dannzumal zuständige IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ anlässlich des ersten amtlichen Rentenrevisionsverfahrens im Jahr 2003 eine polydisziplinäre Begutachtung bei der I. \_\_\_\_\_ veranlasst (IV-act. 18 ff.) und der Beschwerdeführerin am 12. Oktober 2004 nach materieller Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (vgl. IV-act. 38 S. 12 f.) schliesslich mitgeteilt, dass bei der Überprüfung keine Änderungen festgestellt worden seien, die sich auf die Rente auswirken, weshalb weiterhin Anspruch auf die bisherige IV-Rente mit IV-Grad von 100 % bestehe (IV-act. 21). Da der Sachverhalt im Rahmen dieses Revisionsverfahrens umfassend überprüft wurde (Urteil des BGer 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 6.2 m.H., in: SVR 2013 IV Nr. 44), trat gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung die Mitteilung vom 12. Oktober 2004 an die

Stelle der ursprünglichen Verfügung (vgl. Urteile des BGer 9C\_127/2015 vom 15. Oktober 2015 E. 5.4; 9C\_46/2009 vom 14. August 2009 E. 3.1; Urteil des EVG I 526/02 vom 27. August 2003 E. 3, in: SVR 2004 IV Nr. 17, e contrario), weshalb vorliegend hinsichtlich der Anwendbarkeit von Bst. a SchlBest. IVG die Natur des Gesundheitsschadens relevant ist, welcher der Mitteilung vom 12. Oktober 2004 zugrunde lag. Nicht entscheidend für die Anwendbarkeit von Bst. a SchlBest. IVG ist in dieser Konstellation der Gesundheitsschaden, auf welchem die ursprüngliche Rentenzusprache im Jahr 2001 beruhte (vgl. Urteil 9C\_127/2015 E. 5.4; Urteile des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] C-7559/2014 vom 28. August 2017 E. 4.4; C-2858/2015 vom 11. Mai 2017 E. 4.2.2).

**3.2.4** Die Mitteilung vom 12. Oktober 2004 (IV-act. 21) beruht auf dem Gutachten der I. \_\_\_\_\_ vom 24. September 2004 (IV-act. 20).

Im Rahmen des vorliegend strittigen vierten Revisionsverfahrens ab 2012 hat sich gezeigt, dass das erwähnte Gutachten vom 24. September 2004 in den Akten der zwischenzeitlich zuständigen IVSTA unvollständig ist (IV-act. 78; 83; 84) und in der Folge auch nicht mehr vervollständigt werden konnte (IV-act. 85 und 194). Es fehlt insbesondere die Seite 11 des Gutachtens (Seitenzahlen des Gutachtens), welche teilweise die Konsilien (Punkt 2.5) sowie einen Teil der Hauptdiagnosen (Punkt 3.1) enthalten haben dürfte. Die Hauptdiagnosen mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (im Gegensatz zu den Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, vgl. S. 12 des Gutachtens) lassen sich jedoch mithilfe des Protokolls der IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ vom 1. Juni 2011 (erstellt anlässlich der Überweisung des Dossiers an die IVSTA) rekonstruieren, da die Hauptdiagnosen des medizinischen Gutachtens am 29. September 2004 in das besagte Protokoll aufgenommen wurden (vgl. IV-act. 38 S. 12). Die letzten drei Diagnosen (restless legs-Symptomatik, Arthralgien und Brachialgien rechtsbetont und unklare Vigilanz-Störung) stimmen zudem mit den auf der vorhandenen Seite 12 des Gutachtens vor den Nebendiagnosen genannten Diagnosen überein (vgl. IV-act. 20 S. 11).

Entsprechend kann auf die folgenden Hauptdiagnosen (mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit) geschlossen werden:

- mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11)
- somatoforme Störung (ICD-10: F45.0)

- rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom mit pseudoradikulären Ausstrahlungen (ICD-10: M43.4) bei
  - Fehlhaltung
  - Osteochondrose L4/L5
  - medianer bis paramedianer links lateral liegender kleiner Diskushernie L4/L5 (MRI v. 10.10.00)
- leichte restless legs-Symptomatik wahrscheinlich (ICD-10: G25.8)
- Arthralgien und Brachialgien rechtsbetont (ICD-10: M75.0) bei
  - thorakaler Hyperkyphose mit segmentalen Bewegungsstörungen mittelthorakal
  - Tendomyosen rechter Ellenbogen
- unklare Vigilanz-Störungen, am wahrscheinlichsten Ausdruck eines Hyperventilationssyndroms (ICD-10: F45.3)

Weiter fehlen die Seiten 14 und 15 des I. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 24. September 2004, welche den Schlussteil der Zusammenfassung und Beurteilung (Punkt 4) sowie insbesondere die interdisziplinäre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit enthalten haben dürften (vgl. IV-act. 20).

Dem vollständig vorhandenen psychiatrischen Consiliargutachten von W. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ist zu entnehmen, dass die Mimik und Gestik leicht eingeschränkt und das formale Denken am Anfang des Gesprächs auf die Ohnmachtsanfälle eingeeengt sei sowie im Gespräch immer wieder leichte Konzentrationsstörungen erfassbar seien. Die Grundstimmung sei deutlich herabgesetzt, der affektive Rapport jedoch herstellbar. Die Schwingungsfähigkeit sei eingeschränkt, die Beschwerdeführerin berichte von stark verminderter Lebensfreude und schäme sich für ihre Todeswünsche. Der Gutachter stufte die Beschwerdeführerin schliesslich als kaum belastbar ein und erachtete sie aus psychiatrischer Sicht im damaligen Zeitpunkt in der bisherigen wie auch in einer adaptierten Tätigkeit als voll arbeitsunfähig. In Bezug auf die Haushaltsarbeiten wurde eine Arbeitsunfähigkeit von ca. 40 % angegeben (vgl. IV-act. 20, S. 17 ff). Die IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ hat im Protokoll vom 1. Juni 2011 in diesem Zusammenhang sodann festgehalten, dass der versicherten Person in erster Linie aus psychiatrischen Gründen eine Arbeitsunfähigkeit von nach wie vor 100 % in jeglicher Tätigkeit attestiert werde. Vom Psychiater werde therapeutisch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Massnahme trotz der langen Krankheitsdauer empfohlen, hingegen wegen des chronifizierten Zustandsbildes keine beruflichen Massnahmen. Polydisziplinär seien hingegen keine therapeutischen Massnahmen möglich, welche zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen könnten.

Vorliegend gehört rechtsprechungsgemäss lediglich die somatoforme Störung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (vgl. Urteil des BGer 8C\_174/2017 vom 5. Februar 2018 E. 3.2.2; ferner Rz. 1002 des Kreis Schreibens des BSV über die Schlussbestimmungen der Änderungen vom 18. März 2011 des IVG [KSSB], Stand 1. Januar 2016). Als Zwischenergebnis ist somit festzuhalten, dass die Mitteilung vom 12. Oktober 2004 gestützt auf einen medizinischen Sachverhalt erging, aus welchem gesundheitliche Beeinträchtigungen organischer und psychischer Natur sowie ein unklares Beschwerdebild hervorgehen.

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

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

Gemäss BGE 140 V 197 ist die Schlussbestimmung bei kombinierten Beschwerden anwendbar, wenn die unklaren und die «erklärbaren» Beschwerden – sowohl diagnostisch als auch hinsichtlich der funktionellen Folgen – auseinandergehalten werden können. Ein organisch begründeter Teil der Arbeits(un-)fähigkeit kann bei Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nur neu beurteilt werden, sofern eine Veränderung im Sinne von

Art. 17 ATSG eingetreten ist. Insoweit wird im Anwendungsbereich der Schlussbestimmung vom Grundsatz abgewichen, dass die Verwaltung im Rahmen einer materiellen Revision – um eine solche handelt es sich auch hier – den Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend prüft (Urteil 9C\_121/2014 E. 2.4.2 m.w.H.).

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

**3.2.6** Soweit die laufende Rente namentlich auf einer mittelgradigen depressiven Störung mit somatischem Syndrom, einem rezidivierenden lumbospondylogenen Syndrom mit pseudoradikulären Ausstrahlungen, Arthralgien und Brachialgien rechtsbetont sowie unklaren Vigilanz-Störungen beruhte, ist sie somit vom Anwendungsbereich von Bst. a SchIBest. IVG auszunehmen. Den der Rentenzusprache zugrundeliegenden Akten und insbesondere dem Gutachten der I. \_\_\_\_\_ lässt sich nicht entnehmen, in welchem Ausmass die Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit auf die einzelnen Beschwerden zurückzuführen war. Der Protokolleintrag vom 29. September 2004 hält zwar fest, dass die 100 % Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit in erster Linie den psychiatrischen Gründen geschuldet gewesen sei (IV-act. 38 S. 13). Allerdings ist auch dem vollständig vorhandenen psychiatrischen Consiliargutachten von W. \_\_\_\_\_ keine Zuordnung oder Quantifizierung der Arbeitsunfähigkeit zu entnehmen, welche

auf die syndromalen (somatoforme Störung) respektive auf nicht syndromalen Beschwerden (depressive Störung) zurückzuführen ist. Diesem ist lediglich zu entnehmen, dass aktuell neben der von Frau Dr. X. \_\_\_\_\_ bereits diagnostizierten somatoformen Störung eine mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom bestehe und die Versicherte zurzeit kaum belastbar sei. Im Übrigen steht fest, dass auch die körperlichen Beschwerden zur Arbeitsunfähigkeit und somit auch zur Rentenzusprache beigetragen haben, zumal diese Diagnosen von den Gutachtern ebenfalls als Hauptdiagnosen gestellt und von den Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit getrennt aufgeführt wurden. Unter diesen Umständen ist es nicht möglich herauszufinden, wie gross der Anteil der erklärbaren Beschwerden an der Arbeitsunfähigkeit damals war. Die Vorinstanz hat in ihrer Vernehmlassung dazu nicht Stellung genommen, sondern lediglich zum Vorliegen syndromaler Beschwerden anlässlich der ursprünglichen Rentenzusprache im Jahr 2001. Da überdies mangels anderweitiger Hinweise im Gutachten ausgeschlossen werden kann, dass die «nicht-syndromalen» Beschwerden, insbesondere die depressive Störung, lediglich eine untergeordnete Funktion hatten, ist eine Revision der Rente in Anwendung der SchlBest. IVG bei diesem Mischsachverhalt somit ausgeschlossen.

**3.3** Zusammenfassend ist aufgrund der vorstehenden Erwägungen festzustellen, dass die Voraussetzungen für eine Rentenüberprüfung gemäss Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG nicht erfüllt sind.

#### **4.**

**4.1** Ist es nicht zulässig, unter dem Titel von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG auf den Rentenanspruch zurückzukommen, so stellt sich die Frage, ob die angefochtene Verfügung mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung der ursprünglichen Leistungsverfügung im Sinn von Art. 53 Abs. 2 ATSG zu schützen ist (vgl. Urteil des BGer 9C\_427/2004 vom 1. Dezember 2014 E. 2.1). Die Praxis zur substituierten Begründung kommt auch bei einer fehlgeschlagenen Anwendung der Schlussbestimmung zum Tragen (vgl. Urteil 9C\_121/2014 E. 3.2.2). Eine Motivsubstitution, wie sie das Gericht gestützt auf den Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen in seinem Entscheid vornehmen kann, ist dabei in jedem möglichen Verhältnis unter all diesen in Betracht fallenden Rückkommenstiteln zulässig (Urteil 8C\_634/2017 E. 5.3 m.H.).

Die Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG geht dabei einer

Revision unter dem Titel von Art. 17 ATSG vor (Urteil des BGer 8C\_846/2010 vom 10. Dezember 2010 E. 1.4).

**4.2** 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). Vorausgesetzt ist, dass kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung möglich, folglich nur dieser einzige Schluss denkbar ist. Als in diesem Sinne qualifiziert unrichtig erweist sich eine Verfügung insbesondere, wenn die notwendigen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt worden sind. Soweit indessen ermessensgeprägte Teile der Anspruchsprüfung vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung (bzw. -aufhebung) in vertretbarer Weise beurteilt worden sind, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (zum Ganzen: Urteil des BGer 8C\_125/2015 vom 26. Juni 2015 E. 9.1 m.w.H.; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_816/2013 vom 20. Februar 2014 E. 1.1 m.w.H.). Ein Wiedererwägungsgrund liegt aber nur vor, wenn gestützt auf eine rechtlich korrekte Invaliditätsbemessung ohne Zweifel eine tiefere (oder keine) Rente zugesprochen worden wäre (in BGE 135 I 1 nicht publizierte E. 5.3 des Urteils 9C\_342/2008 vom 20. November 2008; Urteil des BGer 8C\_114/2015 vom 6. Juni 2015 E. 4.2.1; Urteil des BVGer C-1368/2014 vom 17. August 2015 E. 4).

**4.3** Zeitliche Vergleichsbasis zu den mit Verfügung vom 1. Juli 2019 beurteilten Verhältnissen bildet vorliegend die Situation, wie sie gemäss Mitteilung vom 12. Oktober 2004 bestand (vgl. Urteil des BGer 8C\_288/2016 vom 14. November 2016 E. 4.1). Die Mitteilung vom 12. Oktober 2004 (IV-act. 21) basierte in medizinischer Hinsicht auf dem Gutachten der I. \_\_\_\_\_ vom 24. September 2004 (IV-act. 20). Darin kamen die Fachärzte zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin insbesondere eine mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom, eine somatoforme Störung, ein rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom mit pseudoradikulären Ausstrahlungen bei Fehlhaltung, Osteochondrose L4/L5 und medianer bis paramedianer links lateral liegender Diskushernie L4/L5, wahrscheinlich eine leichte restless legs-Symptomatik, Arthralgien und Brachialgien rechtsbetont bei thorakaler Hyperkyphose mit segmentalen Bewegungsstörungen mittelthorakal und Tendomyosen rechter Ellenbogen sowie unklare Vigilanz-Störungen bestünden. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % in jeglicher Tätigkeit und 40 % bezüglich der

Hausarbeiten. Diese Schlussfolgerung basierte auf einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin. Dass die attestierte Leistungseinschränkung offensichtlich unrichtig festgelegt worden sein soll, ist nicht ersichtlich und wird im Übrigen von der IVSTA auch nicht geltend gemacht. Eine Anpassung der Mitteilung vom 12. Oktober 2004 gestützt auf Art. 53 Abs. 2 ATSG fällt demnach ausser Betracht.

## **5.**

Zu prüfen bleibt somit, ob eine Revision unter dem Gesichtspunkt von Art. 17 Abs. 1 ATSG möglich ist.

### **5.1**

**5.1.1** Die Beschwerdeführerin bringt in ihrer Beschwerde insbesondere vor, aus den Akten und den Gutachten gingen keine Anhaltspunkte hervor, dass eine wesentliche Änderung der Verhältnisse vorliege. Die Gutachten setzten sich nicht mit dem Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der letzten, der Beschwerdeführerin eröffneten, rechtskräftigen Verfügung auseinander (B-act. 1 S. 23).

**5.1.2** In ihrer Vernehmlassung hält die Vorinstanz daran fest, dass es sich vorliegend einzig um einen Anwendungsfall der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision handle (B-act. 6 S. 1) und macht entsprechend keine Ausführungen zur Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG. Allerdings kann festgehalten werden, dass in der angefochtenen Verfügung vom 1. Juli 2019 (IV-act. 216), wie im Übrigen bereits seit dem Vorbescheid vom 24. Februar 2017 (vgl. IV-act. 166; 197), im Zusammenhang mit der depressiven Episode von der Vorinstanz «eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes seit 22.04.2013 festgestellt» worden ist.

**5.2** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter

Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5; 117 V 198 E. 3b; SVR 2013 IV Nr. 44 E. 3.1.1). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, das heisst unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b; SVR 2011 IV Nr. 37 E. 1.1).

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

**5.4** Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befundes und seiner funktionellen Auswir-

kungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Gegenstand des (im Revisionsverfahren zu erbringenden) gutachterlichen Beweises sind also nicht (nur) die gegenwärtigen gesundheitlichen Fakten als solche, sondern notwendigerweise auch deren Neuheit oder, was vorbestandene Tatsachen angeht, deren erhebliche Wandlung in Beschaffenheit, Ausmass oder Tragweite. Die Veränderung kann offensichtlich sein, so wenn völlig neuartige Leiden hinzukommen. In einem derartigen Fall entstehen keine revisionspezifischen Beweisprobleme. Bewegt sich die Veränderung allerdings im Rahmen eines vorbestehenden Zustandes, kann eine für sich allein betrachtet vollständige, nachvollziehbare und schlüssige medizinische Einschätzung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung ohne Weiteres beweisend wäre, im Revisionszusammenhang durchaus nicht überzeugungs- und beweiskräftig sein, wenn sie sich nicht ausreichend auf frühere medizinische Schlussfolgerungen bezieht (Urteile des BGer 9C\_137/2017 vom 8. November 2017 E. 3.1; 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2; vgl. dazu auch ANDREAS TRAUB, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, SZS 2012 S. 184 f.).

**5.5** Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4). Eine Mitteilung nach Art. 74<sup>ter</sup> Bst. f und Art. 74<sup>quater</sup> Abs. 1 IVV, mit der eine Revision von Amtes wegen abgeschlossen wurde mit der Feststellung, es sei keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse eingetreten, ist einer rechtskräftigen Verfügung gleichgestellt (Urteile des BGer 9C\_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 4.1 und 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 3.2.1 m.H.). Die Heranziehung eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen. Unter einer Sachverhaltsabklärung im Sinne von BGE 133 V 108 muss eine Abklärung verstanden werden, die – wenn sie inhaltlich zu einem anderen Ergebnis führt – geeignet ist, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder -aufhebung zu begründen (Urteil 8C\_441/2012 E. 6.2 m.H., in: SVR 2013 IV Nr. 44 S. 134).

## 6.

**6.1** Zunächst ist festzuhalten, dass die geänderte Rechtsprechung zu den Erkrankungen aus dem somatoformen und depressiven Formenkreis (vgl. BGE 141 V 281, BGE 143 V 409 und 143 V 418) für sich allein kein Revisionsgrund darstellt (vgl. BGE 141 V 585 E. 5). Sie darf erst im Rahmen einer festgestellten erheblichen Tatsachenänderung berücksichtigt werden (vgl. auch oben E. 5.2). Ob sich der Sachverhalt vorliegend anspruchserheblich verändert hat, ist nachfolgend zu prüfen.

**6.2** Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet vorliegend die Mitteilung vom 12. Oktober 2004 (IV-act. 21), mit der das erste Revisionsverfahren nach materieller Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs abgeschlossen wurde. Die später in den Jahren 2007 und 2010 durchgeführten Revisionen basierten nämlich nicht auf einer Sachverhaltsabklärung, die geeignet wäre, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder -aufhebung zu begründen.

Die Mitteilung vom 12. Oktober 2004 basierte, wie bereits erwähnt, auf dem Gutachten der I. \_\_\_\_\_ vom 24. September 2004 (vgl. oben E. 3.2.4).

## 6.3

**6.3.1** Im Rahmen des vierten Rentenrevisionsverfahrens wurde die Beschwerdeführerin am 16. und 17. April 2013 bei der O. \_\_\_\_\_ polydisziplinär begutachtet (IV-act. 67 $\triangle$ B-act. 1 Beilage 8). Im Ergebnis hielten die Ärzte als Diagnosen mit wesentlichen Einschränkungen der zumutbaren Arbeitsfähigkeit fest (vgl. S. 18 f.):

- Chronisches lumbospondylogenes Syndrom links, mit
  - myofaszialer Irritation lumbopelvitrochantär,
  - Failed back surgery syndrome, bei
    - abgeschwächtem Patellarsehnenreflex links
    - Verdacht auf intermittierende radikuläre Reizsymptomatik
    - Status nach Transforaminal lumbal interbody fusion (TLIF) des 4. und 5. Lendenwirbels
- chronisches zervikospondylogenes Syndrom rechts, in Besserung begriffen, bei

- Status nach anterior zervikaler Diskektomie mit Cage zwischen dem 4. und 5. Halswirbel und Diskusprothese zwischen dem 5. und 6. Halswirbel (03/2013)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert seien eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine arterielle Hypertonie, ein Nikotinabusus (ICD-10: F17.25) und eine primäre Hypothyreose bei aktuell (trotz unorthodoxer Substitution) klinischer und biochemischer Euthyreose und Status nach Strumektomie 05/2001 (vgl. S. 19).

Die Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten, ohne ständiges Sitzen oder Stehen am Ort, ohne solche mit gehäuft vorgelegtem oder abgedrehtem Oberkörper und ohne solche auf vibrierenden Maschinen, Dächern, Leitern oder Gerüsten betrage 65 % und für den Haushalt 50 %, während körperlich mittelschwere und schwere Arbeiten nicht mehr zumutbar seien. Die Grenzen seien ausschliesslich durch die rheumatologischen Befunde gesetzt (S. 20).

**6.3.2** In somatischer Hinsicht wurden bereits im Jahr 2004 ein rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom mit pseudoradikulären Ausstrahlungen sowie Arthralgien und Brachialgien rechtsbetont festgestellt. Diesbezüglich hat Dr. M. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH Rheumatologie, im Gutachten der O. \_\_\_\_\_ festgehalten, die Diagnosen der Begutachtung aus dem Jahr 2004 bei der I. \_\_\_\_\_ seien nicht vorhanden. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit bestehe jedoch eine deutliche Minderbelastbarkeit des Achsenorgans im zervikalen und hauptsächlich im lumbalen Abschnitt ohne Verbesserung des diesbezüglichen Gesundheitszustandes im Verlaufe der letzten Jahre. Im Gegenteil sei es zu einer Zunahme der Beschwerdesymptomatik auf zervikalem Niveau gekommen mit zwischenzeitlicher Wirbelsäulenoperation im Januar 2013 und zu einer Schmerzverlagerung im Sinne eines lumbospondylogenen Syndroms links mit myofaszialer Irritation und erheblichen Verdachtsmomenten für eine radikuläre, intermittierende Reizsymptomatik links. Abschliessend hielt er fest, dass es im Verlauf von rheumatologischer Seite her gegenüber dem Gutachten der I. \_\_\_\_\_ im Jahr 2004 zu einer Verschlechterung des (somatischen) Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gekommen sei.

Obwohl der rheumatologische Gutachter selbst festgehalten hat, dass Seite 11 des Gutachtens aus dem Jahr 2004 mit den Diagnosen fehle und auch dem Aktenauszug keine Anhaltspunkte zu entnehmen sind, dass die

aktuell ebenfalls fehlenden Seiten 14 und 15 des Gutachtens mit der abschliessenden Beurteilung damals in den Akten vorhanden waren, kommt Dr. M.\_\_\_\_\_ zum Schluss, es sei seit 2004 zu einer Verschlechterung des (somatischen) Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gekommen. Diese Schlussfolgerung des Gutachters ist jedoch insofern nachvollziehbar, als ihm neben den vorhandenen Seiten des Gutachtens aus dem Jahr 2004 auch Arztberichte aus den Jahren 2007 bis 2013 betreffend die somatischen Beschwerden und Behandlungen (insbesondere zwei Operationen in den Jahren 2007 und 2013) vorlagen.

**6.3.3** In psychiatrischer Hinsicht wurden im Jahr 2004 eine somatoforme Störung sowie eine mittelgradige depressive Störung diagnostiziert. Der Gutachter hielt insbesondere fest, die Mimik und Gestik sei leicht eingeschränkt und im Gespräch seien immer wieder leichte Konzentrationsstörungen erfassbar. Das formale Denken sei zu Beginn des Gesprächs oft eingeeengt auf die Ohnmachtsanfälle. Die Grundstimmung sei deutlich herabgesetzt, der affektive Rapport jedoch herstellbar. Die Beschwerdeführerin berichte von stark verminderter Lebensfreude, sie habe immer wieder Angst und könne nicht allein sein. Das Selbstwertgefühl sei deutlich erniedrigt und es bestünden Ein- und Durchschlafstörungen. Auf die Frage nach Lebensüberdruß und Todeswünsche habe sie erst geschwiegen, dann nur schnell genickt und gemurmelt, dass sie sich für ihre Todeswünsche schäme. Der Gutachter beurteilte die Beschwerdeführerin schliesslich als kaum belastbar und hielt fest, sie könne ihre Alltagsarbeiten, insbesondere im Haushalt, nur begrenzt wahrnehmen.

Im Gutachten der O.\_\_\_\_\_ im Jahr 2013 kam der psychiatrische Gutachter zum Schluss, es lägen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen vor, jedoch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. In Bezug auf die Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren hat der Gutachter festgehalten, dass diese Diagnose in den Jahren 2000 und 2004 (diagnostisch) noch nicht verfügbar gewesen sei, weshalb mit dieser Änderung der Diagnose nicht auf eine Veränderung des Gesundheitszustands geschlossen werden dürfe. In Bezug auf die Schmerzen lasse sich keine Veränderung objektivieren. Hinsichtlich der affektiven Symptomatik sei jedoch von einer deutlichen Besserung verglichen mit 2004 auszugehen, da insbesondere das Leitsymptom einer depressiven Stimmung fehle und die emotionale Reaktivität erhalten sei. Die Beschwerdeführerin weine zwar teilweise heftig, aber immer im Zusammenhang mit der Trennung von ihrem Mann, was

einer normalen Reaktion entspreche und nicht einer psychischen Erkrankung.

## **6.4**

**6.4.1** Aufgrund der Einwendungen der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin (IV-act. 83) und der Einschätzung des medizinischen Dienstes (vgl. IV-act. 104) wurde am 25. November 2014 eine weitere psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung durchgeführt (IV-act. 121; Gutachten vom 3. Januar 2014 [recte: 2015]). Im Ergebnis hielt Dr. R.\_\_\_\_\_ eine anhaltende Schmerzstörung mit depressiver Episode, gegenwärtig remittiert, fest. Der Gutachter führte aus, die Beschwerdeführerin laufe leicht hinkend und stemme ab und zu ihre Hand in den Rücken. Sie demonstriere locker, flexibel und entspannt die von ihr schmerzhaft erlebten Körperregionen und zeige teilweise eine schmerzvermittelnde Mimik, die Psychomotorik (inkl. Mimik und Gestik) und der Antrieb seien darüber hinaus jedoch unauffällig. Sie beteilige sich aktiv, lebendig und engagiert am Gespräch, stosse häufig auf und sei in der Interaktion sthenisch. Eine Verdeutlichungstendenz sei vorhanden. Im Affekt sei die Beschwerdeführerin klag-sam, jammerig, dysthym und ernst. Ein affektiver Rapport komme gut zustande und sie sei von Suizidalität distanziert. Im Vergleich zu den Einschätzungen in den Akten (insbesondere von 2004) sei von einer wesentlichen Besserung des Gesundheitszustandes auszugehen (Remission depressive Episode). Die dort genannten objektiven psychopathologischen Defizite seien nicht mehr erkennbar, was auch der Beurteilung des psychiatrischen Teilgutachtens aus dem Jahr 2013 entspreche.

**6.4.2** Da die Beschwerdeführerin in der Folge geltend machte, das Gutachten entspreche nicht der neusten bundesgerichtlichen Rechtsprechung (Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung, Diskussion der Standardindikatoren), ihr psychischer Gesundheitszustand sei nach wie vor schlecht und sie befinde sich in psychiatrischer Behandlung (IV-act. 139 und 141), liess die Vorinstanz bei Dr. R.\_\_\_\_\_ eine ergänzende psychiatrische Begutachtung vornehmen. Im Gutachten vom 24. Januar 2017 (IV-act. 162) diagnostizierte er eine anhaltende Schmerzstörung mit ängstlich-niedergeschlagener Verstimmung bei einer selbstunsicher-misstrauisch-überge-nauen Grundhaltung mit depressiver Störung (gegenwärtig remittiert). Der Gutachter führte aus, die Beschwerdeführerin bewege sich bedachtsam und hinke leicht beim Gehen. Die Psychomotorik (inkl. Gestik und Mimik) sowie der Antrieb seien flexibel und lebendig. Es seien keine Hinweise auf

schwere Beeinträchtigungen durch allfällig dauerhafte quälende körperliche Schmerzen erkennbar. In der Interaktion sei die Beschwerdeführerin sthenisch und skeptisch. Angaben zum Verlauf der Beschwerden sowie Aktivitäten des alltäglichen Lebens würden nur sehr ausweichend, zögerlich, allgemein, vage und oberflächlich formuliert. Eine Verdeutlichungstendenz (elegische Selbstdarstellung) sei vorhanden. Im Affekt sei sie ernst, ruhig und ausgeglichen sowie dysthym und klagsam, dabei mässig moduliert. Ein affektiver Rapport komme gut zustande und die Beschwerdeführerin sei von Suizidalität distanziert. Die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin (es gehe ihr gar nicht gut und sie leide an heftigen körperlichen Schmerzen) sei jedoch unter anderem deshalb zu relativieren, weil beispielsweise ihre Angaben zur Einnahme von Schmerzmitteln aufgrund der Laboruntersuchungen unglaublich seien. Im Vergleich zu den Einschätzungen in den Akten (insbesondere von 2004) sei von einer wesentlichen Besserung des Gesundheitszustands auszugehen (insbesondere Remission einer depressiven Episode).

**6.4.3** Gestützt auf die beiden psychiatrischen Gutachten vom 3. Januar 2014 [recte: 2015] beziehungsweise 24. Januar 2017 wäre ebenfalls von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands, insbesondere in Bezug auf die depressive Episode, auszugehen. Allerdings vermögen die Gutachten bei genauer Betrachtung nicht vollständig zu überzeugen.

Es ist vorliegend nicht nachvollziehbar, dass der psychiatrische Gutachter für das Gutachten vom 3. Januar 2014 [recte: 2015] keine ausführliche Fremdanamnese der damals behandelnden Psychiaterin Dr. Q. \_\_\_\_\_ eingeholt hat. Diese diagnostizierte im Bericht vom 8. Januar 2014 eine depressive Episode (IV-act. 99) und in den folgenden Berichten vom 6. März 2014, 27. März 2014, 21. Mai 2014, 11. Juli 2014, 4. September 2014 und 3. November 2014 «Anfälle von Depression (F32)» (IV-act. 98, 124, 125, 126, 127, 128). Im Gutachten wurde diesbezüglich ausgeführt, in diesen Berichten würden keine weiteren versicherungsmedizinisch relevanten Angaben formuliert (IV-act. 121 S. 16). Die Notwendigkeit der Einholung einer Fremdanamnese bei der behandelnden Arztperson ist zwar in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens (Urteile des BGer 8C\_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C\_76/2014 vom 30. April 2014 E. 3.2 und 8C\_308/2012 vom 29. Mai 2012 E. 4.3.4); liegt jedoch ein Bericht eines behandelnden Arztes vor, der relevante Befunde wiedergibt, die nach Ansicht des Gutachters nicht ausreichend begründet sind (vgl. diesbezüglich auch die Aussage, dass unklar bleibt, ob und gegebenenfalls inwiefern genau sie zur Einschätzung von Dr. N. \_\_\_\_\_ im Widerspruch

stehen), erscheint es regelmässig geboten, den Sachverhalt durch Einholung einer Fremdanamnese zu ergänzen. Dass dies vorliegend unterlassen wurde, ist nicht nachvollziehbar.

Im Gutachten vom 24. Januar 2017 (vgl. IV-act. 162 S. 21) wird zudem ausgeführt, es sei der Beschwerdeführerin eine Willensanstrengung zur Bewältigung der rein subjektiven Defizite aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich (beispielsweise erhaltene bzw. wiedergewonnene Fähigkeit, alltägliche Verrichtungen ausüben zu können, soziale/familiäre Kontakte zu pflegen, Reisen zu unternehmen). Diese Ausführungen stehen indessen in klarem Widerspruch zu den von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben. Diese gab gegenüber dem psychiatrischen Gutachter an, sie verbringe den Tag meist zu Hause und liege viel. Im Haushalt mache sie gar nichts. Sie werde von einer Haushaltshilfe und von ihren Töchtern unterstützt. Sie selbst bereite nur ab und zu eine einfache Mahlzeit zu. Die Töchter kämen zu ihr, aber sie besuche die Töchter auch regelmässig. Zu den Nachbarn habe sie wenig Kontakt. Der Tag verlaufe monoton und sie mache gar nichts. Auch ihr Ehemann mache gar nichts. Sie sehe TV. Einmal im Jahr erhalte sie Besuch von ihrer Schwester. 2016 habe sie einen einwöchigen Besuch bei ihrer Schwester mit dem Reisedecko gemacht (vgl. S. 5 f.). Für das Gericht ist es nicht nachvollziehbar, wie aus diesen Angaben der Beschwerdeführerin auf eine erhaltene beziehungsweise wiedergewonnene Fähigkeit, alltägliche Verrichtungen ausüben zu können, geschlossen werden kann. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdeführerin im Gutachten vom 24. September 2004 (vgl. IV-act. 20) noch angab, einen Grossteil der Haushaltarbeiten mit gelegentlicher Hilfe durch die Kinder selber zu bewältigen, falls sie nicht unter Zeitdruck und Stress stehe, und sportlich gehe sie fast täglich etwa eine Stunde spazieren (vgl. S. 2 f.). Im Gutachten vom 17. Juli 2013 (vgl. IV-act. 67) gab die Beschwerdeführerin diesbezüglich an, den Haushalt noch zu etwa 30 bis 40 % zu besorgen, während die beiden Töchter mit etwa 50 % daran beteiligt seien und alle zwei Wochen eine Frau während eines Tages die gröberen Putzarbeiten erledige. Die meisten, besonders die kleineren Einkäufe bestelle sie mittels einer Liste bei einem «Einkäufer», welcher anschliessend das ganze Quartier beliefere. Teilweise gehe sie am Nachmittag oder nach dem Nachtessen spazieren (vgl. S. 11).

Weiter wird im selben Gutachten ausgeführt, beim Verlauf der Störung der Beschwerdeführerin seien auch vielfältige (psycho-) soziale Faktoren zu

benennen, insbesondere finanzielle Sorgen (IV-act. 162 S. 28). Die Benennung finanzieller Sorgen als (psycho-) sozialer Faktor steht wiederum in klarem Widerspruch zu den von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben. Diese gab nämlich an, sie lebe mit dem Ehemann in einer 2- bis 3-Zimmer-Eigentumswohnung. Die finanzielle Situation sei geordnet. Es bestünden keine Schulden (inkl. keine Hypothek). Die IV habe die Zahlungen wieder aufgenommen. Sie und ihr Ehemann würden beide eine ganze IV-Rente erhalten und der Ehemann zudem eine Rente der Pensionskasse und einer Privatversicherung (IV-act. 162 S. 5).

Entsprechend erfüllen die beiden psychiatrischen Gutachten vom 3. Januar 2014 [recte: 2015] beziehungsweise 24. Januar 2017 die Anforderungen an ein vollständiges, nachvollziehbares und schlüssiges Gutachten im Sinn der Rechtsprechung (vgl. BGE 125 V 351) nicht, zumal angesichts des hohen Stellenwerts, der medizinischen Gutachten im Sozialversicherungsprozess zukommt, an deren Qualität entsprechend hohe Anforderungen zu stellen sind (Urteil des BGer 9C\_986/2009 E. 4.5.1).

**6.5** Gestützt auf die vorhandenen Unterlagen wäre daher von einer Verschlechterung des *somatischen* Gesundheitszustands seit 2004 auszugehen, infolgedessen in den Jahren 2007 und 2013 weitere Operationen notwendig geworden waren. Diese somatische Beurteilung aus dem Jahr 2013 ist jedoch zwischenzeitlich deutlich veraltet. Zwar liegen diverse neuere Berichte zu durchgeführten MRI aus der Türkei vor, allerdings fehlt bei diesen Berichten mehrheitlich eine klinische Untersuchung, welche Auskunft über die funktionellen Einschränkungen geben würde. In *psychiatrischer* Hinsicht ist aufgrund der nicht beweiskräftigen psychiatrischen Gutachten eine Änderung des Gesundheitszustandes nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Entsprechend ist eine anspruchrelevante Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin im massgeblichen Zeitraum von 2004 bis 2019 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt.

## 7.

Zusammengefasst steht fest, dass gestützt auf Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG nicht auf die rechtskräftig zugesprochene Rente der Beschwerdeführerin zurückgekommen werden kann. Überdies fällt eine Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG ausser Betracht. Im Hinblick auf eine Rentenrevision gemäss Art. 17 ATSG ist eine anspruchrelevante Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin im massgebli-

chen Zeitraum von 2004 bis 2019 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. In diesem Zusammenhang ist insbesondere hervorzuheben, dass das interdisziplinäre Gutachten aus dem Jahr 2013 zwischenzeitlich veraltet ist und die psychiatrischen Gutachten die Anforderungen an ein vollständiges, nachvollziehbares und schlüssiges Gutachten im Sinn der Rechtsprechung nicht erfüllen. Damit bleibt das Vorliegen einer wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG unbewiesen. Entsprechend kann auch unter diesem Titel nicht auf die rechtskräftig zugesprochene Rente der Beschwerdeführerin zurückgekommen werden. Die Vorinstanz hat die Folgen dieser Beweislosigkeit zu tragen (vgl. oben E. 2.8.3). Damit steht fest, dass die angefochtene Verfügung vom 1. Juli 2019 nicht rechtmässig und daher in Gutheissung der Beschwerde vom 16. August 2019 aufzuheben ist. Der Beschwerdeführerin ist über den 1. September 2019 hinaus eine ganze Invalidenrente auszurichten. Bei diesem Ergebnis ist auf die beschwerdeweise verlangte Erhöhung des Leidensabzugs nicht weiter einzugehen.

## **8.**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

**8.1** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Der obsiegenden Beschwerdeführerin sind keine Kosten aufzuerlegen und der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**8.2** Die obsiegende Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat eine Kostennote in der Höhe von Fr. 3'193.30 (11.7h à Fr. 250.- zuzüglich pauschale Auslagen von Fr. 40.- sowie Fr. 228.30 MwSt.) eingereicht. Die Entschädigung pauschaler Auslagen ist in der VGKE nicht vorgesehen und daher grundsätzlich nicht möglich. Allerdings kann in Anbetracht vergleichbarer Fälle vom Anfallen von Auslagen in geltend gemachter Höhe von Fr. 40.- ausgegangen werden, weshalb diese vorliegend dennoch zugelassen werden können (vgl. auch Urteil des BVGer C-5200/2014 vom 6. Dezember

2016 E. 7.3). Die Entschädigung ist weiter unter Berücksichtigung, dass die Mehrwertsteuer nur für Dienstleistungen geschuldet ist, die im Inland gegen Entgelt erbracht werden, nicht jedoch im vorliegenden Fall, in dem die Dienstleistung für die Beschwerdeführerin mit Wohnsitz im Ausland erbracht worden ist (vgl. dazu Urteil des BVGer C-6173/2009 vom 29. August 2011 m.H.), auf Fr. 2'965.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer) festzusetzen.

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

#### **1.**

Die Beschwerde wird gutgeheissen und die angefochtene Verfügung vom 1. Juli 2019 wird aufgehoben.

#### **2.**

Die Beschwerdeführerin hat über den 1. September 2019 hinaus Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

#### **3.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- ist der Beschwerdeführerin nach Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten.

#### **4.**

Der Beschwerdeführerin wird eine Parteientschädigung von Fr. 2'965.- (inkl. Auslagen) zugesprochen, die von der Vorinstanz zu leisten ist.

#### **5.**

Dieses Urteil geht an:

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

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Tanja Jaenke

**Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: