



---

Abteilung III  
C-4329/2014

## Urteil vom 11. Januar 2017

---

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),  
Richter Christoph Rohrer, Richterin Franziska Schneider,  
Gerichtsschreiber Daniel Golta

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (wohnhaft in Deutschland)

Beschwerdeführerin,

gegen

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

Vorinstanz.

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenrevision 6a;  
Verfügung der IVSTA vom 16. Juli 2014.

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

A.\_\_\_\_\_ (zuvor B.\_\_\_\_\_; nachfolgend Versicherte oder Beschwerdeführerin), geboren 1965, Staatsangehörige der Bundesrepublik Deutschland mit derzeitigem Wohnsitz in Deutschland, arbeitete zuletzt von August 1998 bis November 2001 (BL-act. 18 p. 4, 7, 20), bei reduzierter Arbeitsfähigkeit seit 16. Dezember 1999 (BL-act. 1 p. 5, 5 p. 1), als Grenzgängerin im Kanton C.\_\_\_\_\_ als Zytologie-Assistentin.

**B.**

**B.a** Am 10. Dezember 2000 (BL-act. 1 p. 7) reichte die Versicherte eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen aufgrund eines seit April 1999 bestehenden chronischen Erschöpfungssyndroms (CFS) und eines Fibromyalgiesyndroms (FMS) ein. Im Rahmen ergänzender Bemerkungen gab sie Belastungen ihres Immunsystems durch das Nervengift Xylol an ihrem Arbeitsplatz an. Sie wünsche sich Beratung betreffend einen ruhigen, chemikalienfreien Arbeitsplatz.

**B.b** Die behandelnde Hausärztin, Dr. D.\_\_\_\_\_, Allgemeinmedizin, berichtete am 19. Juli 2001 (BL-act. 5 p. 1) zuhanden der Invalidenversicherung von einer noch nicht abschliessend abgeklärten, chronischen Erschöpfungssymptomatik mit generalisierten Schmerzen, Migräne, einem Wolff-Parkinson-White (WPW) -Syndrom bei Status nach Elektroablation, einer nicht eradizierten Infektion durch *helicobacter pylori*, einem Immunglobulin G (IgG; Antikörper) -Subklassendefizit und einer Exposition gegenüber Xylol, Toluol, Formaldehyd sowie Benzol. Der Zustand sei derzeit stationär und eine geeignete Berufsberatung besonders wichtig, denn im bisherigen Beruf bestehe eine Arbeitsfähigkeit von nur noch 10%. Als Beilage zum hausärztlichen Bericht findet sich der Austrittsbericht der Dres. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_, Innere Medizin, des Spitals H.\_\_\_\_\_ vom 19. April 2000 (BL-act. 5 p. 23), nach notfallmässiger Einweisung, mit den Diagnosen eines Erschöpfungszustands, eines WPW-Syndroms, einer Cholezystolithiasis und einer reaktiven Depression. Dr. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, bescheinigte am 13. September 2000 (BL-act. 5 p. 26) konsiliarisch eine Erschöpfungs- und Fibromyalgiesymptomatik, eine Eisenmangelanämie und die Infektion durch *helicobacter pylori*. Die Versicherte vermute eine Belastung mit chemischen Substanzen als Ursache.

Am 10. April 2001 (BL-act. 5 p. 11) berichtete der von der Hausärztin zum Konsilium eingeladene Dr. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, von wenig psychopathologischen Auffälligkeiten. Es bestehe kein Hinweis auf schwere Depression, Geisteskrankheit oder eine andere psychiatrisch schwere Störung, allenfalls bestehe eine gewisse neurotische Grundstruktur. Ein Chronic-Fatigue-Syndrom (CFS) sei unwahrscheinlich, eher sei eine neurasthenische Problematik anzunehmen. Die somatischen Abklärungen müssten jedoch noch abgeschlossen werden. Ein neurologisches Konsilium von Dr. K.\_\_\_\_\_ vom 10. Mai 2001 (BL-act. 5 p. 16) stellte die Diagnosen einer chronischen Erschöpfungssymptomatik mit pathologischer Tagessomnolenz vorerst unklarer Ätiologie, einer intermittierenden Flush-Symptomatik unklarer Ätiologie und rezidivierender rechtsbetonter Kopfschmerzen. Dr. L.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, berichtete am 11. Juni 2001 (BL-act. 5 p. 21) von einem Ovarial-Tumor. Der konsiliarisch zugezogene Internist, Dr. M.\_\_\_\_\_, stellte am 20. April 2001 (BL-act. 5 p. 8) eine eindruckliche Zunahme der Infektanfälligkeit fest und verwies die Patientin ans örtliche Kantonsspital, welches gemäss Bericht vom 11. Juli 2001 (BL-act. 5 p. 5) keine infektiösen, rheumatologischen oder endokrinologischen Ursachen eruieren konnte; ein Synecthentest und eine Liquordiagnostik werde durch die Versicherte jedoch abgelehnt.

Dr. N.\_\_\_\_\_ von der Abteilung Psychosomatik des Kantonsspitals E.\_\_\_\_\_ diagnostizierte am 9. Januar 2002 (BL-act. 15 p. 4, gegenüber der Invalidenversicherung bestätigt am 6. Mai 2002 [p. 1]) eine Somatisierungsstörung (F45.0) bei anankastisch-schizoider Persönlichkeitsstruktur (p. 7). Es gebe wenig erfolgsversprechende Behandlungsstrategien und es sei kaum mehr mit voller Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf zu rechnen. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 6. Mai 2002 hielt sie fest, es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70% seit dem 23. Oktober 2001 bis auf weiteres; ein Arbeitspensum von zwei Stunden täglich sei noch möglich, auch im angestammten Beruf als Zytologie-Assistentin (BL-act. 15 p. 1).

**B.c** Mit Vorbescheid vom 13. August 2002 (BL-act. 19) stellte die IV-Stelle Basel-Landschaft der Versicherten ab Dezember 2000 eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 70% in Aussicht. Die entsprechende Verfügung erging am 25. September 2002 (BL-act. 25) durch die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA).

**C.**

Am 10. August 2005 (BL-act. 31) leitete die IV-Stelle Basel-Landschaft eine erste amtliche Revision der Rente ein. Nach Bestätigung anhaltender Arbeitsunfähigkeit sowohl durch Dr. L. \_\_\_\_\_ (am 5. Oktober 2005; BL-act. 32) wie auch Dr. D. \_\_\_\_\_ (am 18. Dezember 2005, BL-act. 36) wurde die Rente mit Mitteilung vom 9. März 2006 unverändert belassen (BL-act. 38).

**D.**

**D.a** Nach Einleitung einer zweiten amtlichen Revision am 2. März 2010 (BL-act. 43) berichtete die Versicherte von einer Radiusfraktur rechte Hand im Februar 2009 mit der Entwicklung eines Morbus Sudeck, der sich inzwischen aber wieder gebessert habe. Die Schweizer Hausärztin, Dr. D. \_\_\_\_\_, bestätigte am 18. August 2010 (BL-act. 46) unverändert eine volle Arbeitsunfähigkeit. Der neu behandelnde Allgemeinmediziner, Dr. O. \_\_\_\_\_, bestätigte am 16. September 2010 (BL-act. 48 p. 1) eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit trotz Verbesserung der Leistungsfähigkeit in einzelnen Bereichen. Der im Februar 2009 diagnostizierte Morbus Sudeck bestehe noch mit Restbeschwerden, aber ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Es liege ein chronisches Müdigkeitssyndrom und eine rezidivierende depressive Störung mittleren Grades vor; eine Belastung mit Chemikalien werde nicht toleriert. Eine fachpsychiatrische Beurteilung sei angezeigt.

**D.b** Dr. P. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der IV-Stelle Basel-Landschaft konnte am 11. Oktober 2010 (BL-act. 49) aus den vorliegenden Unterlagen keine Verbesserung des Gesundheitszustands erkennen; neu werde eine mittelgradige Depression angegeben, hinzu komme ein (Morbus) Sudeck. Er erbat jedoch um Beizug der Akten des parallel laufenden deutschen Rentenverfahrens.

**D.c** Am 11. November 2010 (BL-act. 51 p. 2) übermittelte die Deutsche Rentenversicherung umfangreiche medizinische Unterlagen (BL-act. 51 p. 3-94). Die beigezogenen Akten der deutschen Rentenversicherung enthalten in psychiatrischer Hinsicht ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten von Dr. Q. \_\_\_\_\_ vom 2. Mai 2002 (BL-act. 51 p. 78), welches aktenanamnestisch von erhöhten Blutwerten mit Arsen, Quecksilber, Kupfer, Zink und Selen berichtet. Es diagnostiziert rückläufige psychosomatische Beschwerden bei sensibler Persönlichkeitsstörung, wobei sämtliche "adäquaten Tätigkeiten ausserhalb des Labors und ohne Kontakt mit chemischen Stoffen" möglich seien. Ein psychiatrisches Gutachten von

Dr. R. \_\_\_\_\_ zuhanden des Sozialgerichts S. \_\_\_\_\_ vom 25. November 2004 (BL-act. 51 p. 33) berichtet von einer stationären Behandlung vom 30. April bis 3. Juni 2003 in der psychosomatischen Fachklinik T. \_\_\_\_\_, deren Bericht aber nicht in den Akten enthalten ist. Der Gutachter diagnostiziert eine somatoforme Störung sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (p. 49), was therapeutisch nur sehr schwer angegangen werden könne. Derzeit sei die Versicherte sicher nicht länger als drei Stunden täglich in leichten Tätigkeiten arbeitsfähig. Das psychiatrische Gutachten von Dr. U. \_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2007 (BL-act. 51 p. 10) hält neben der chronischen Somatisierungsstörung und akzentuierten Persönlichkeitszügen mit Anpassungs-/Belastungsinsuffizienz ergänzend eine Neurasthenie fest. Es bestehe volle Arbeitsunfähigkeit. Ein neueres psychiatrisch-neurologisches Gutachten von Dr. V. \_\_\_\_\_ vom 3. März 2010 (BL-act. 51 p. 21) bestätigt diese Diagnosen, erachtet die Versicherte in der bisherigen Tätigkeit allerdings zu 3-6 Stunden und in angepassten, körperlich leichten Tätigkeiten gar als vollschichtig arbeitsfähig.

In somatischer Hinsicht enthalten die Akten folgende Feststellungen: Das internistisch-rheumatologische Gutachten von Dr. W. \_\_\_\_\_ vom 21. Januar 2003 (BL-act. 51 p. 67; Laborbericht p. 3, Sonographiebericht p. 5) hält als Diagnosen einen dringenden Verdacht auf ein Chronic-Fatigue-Syndrom und ein WPW-Syndrom mit Präexitation und zweimaliger Katheterablation fest; "auf schulmedizinisch nicht valider Basis festgestellte Unverträglichkeiten und mögliche Vergiftungserscheinungen" seien nicht beurteilt worden. Im angestammten Beruf als Zytologin sei die Versicherte nicht mehr, in angepassten Tätigkeiten, ohne ständiges Heben über 10kg, Leiter-/Treppensteigen, einseitige Haltung oder Nässe/Dampf/Kälte, jedoch zu 3-6 Stunden pro Tag arbeitsfähig. Bezüglich der Radiusfraktur rechts samt Morbus Sudeck findet sich in den deutschen Vorakten ein Bericht von Dr. X. \_\_\_\_\_ vom 18. März 2009 (BL-act. 51 p. 94), der über belastungsabhängige Schmerzen im rechten Handgelenk berichtet, ein Verlaufsbericht von Dr. Ff. \_\_\_\_\_, Krankenhaus Gg. \_\_\_\_\_, vom 15. Juni 2009 (BL-act. 51 p. 89) und der Operationsbericht von Dr. Y. \_\_\_\_\_ betreffend die Osteosynthesenmaterial-Entfernung vom 7. September 2009 (BL-act. 51 p. 88). Der behandelnde deutsche Hausarzt, Dr. O. \_\_\_\_\_, bestätigte am 26. November 2009 (BL-act. 51 p. 90) zuhanden der Rentenversicherung die Diagnose eines chronischen Müdigkeitssyndroms sowie rezidivierender depressiver Episoden und beschrieb aktuell eine Infektanfälligkeit (Herpes) sowie die Nicht-Verwendbarkeit von Hand und Arm nach Morbus Sudeck. Die Versicherte sei aber arbeitsfähig.

**D.d** Ohne dass eine Konsultation des medizinischen Dienstes aktenkundig wäre, teilte die IV-Stelle Basel-Landschaft der Versicherten am 7. Dezember 2010 (BL-act. 52) die Beibehaltung der bisherigen Rente bei einem Invaliditätsgrad von 74% mit.

## **E.**

**E.a** Eine dritte Revision wurde von der IV-Stelle Basel-Landschaft am 3. Mai 2012 (BL-act. 57) eingeleitet. Dr. D.\_\_\_\_\_ bestätigte am 23. September 2012 (BL-act. 63), wie bereits zuvor, einen unveränderten Zustand zum Vorbericht von August 2010. Dr. P.\_\_\_\_\_ des RAD bestätigte am 8. Oktober 2012 (BL-act. 66) das Vorliegen eines unter die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision zu subsumierenden Falles; es sei ein polydisziplinäres Gutachten (Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie) einzuholen. Nachdem die Versicherte jedoch eine neue, ausserhalb der grenznahen Zone liegende Anschrift angegeben hatte, wurde das Dossier der IVSTA (nachfolgend Vorinstanz) zur Behandlung überwiesen (BL-act. 65; IV-act. 2 f.).

**E.b** Dr. Z.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz bestätigte am 8. Januar 2013 (IV-act. 7), dass eine Revision nach den Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision angezeigt sei. Es sei dazu ein polydisziplinäres Gutachten der Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie einzuholen. Die Vorinstanz liess die Versicherte daraufhin psychiatrisch wie neurologisch begutachten (IV-act. 9).

Dr. Aa.\_\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostiziert in seinem psychiatrischen Gutachten vom 22. November 2013 (IV-act. 36) eine Somatisierungsstörung (F45.0) bei akzentuierten (neurasthenisch-depressiv, pedantisch, narzisstisch, emotional expressiv) Persönlichkeitszügen (Z73.1). Eine depressive Störung könne nicht objektiviert werden, es handle sich bei diesen Tendenzen eher um Persönlichkeitszüge ohne eigenen Krankheitswert. Die psychopathologischen Befunde seien gar nicht bis sehr gering ausgeprägt, eine wesentliche Arbeitsunfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht begründbar. Dr. Bb.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, diagnostiziert in seinem neurologischen Gutachten vom 21. Dezember 2013 (IV-act. 37) ein Chronic-Fatigue-Syndrom (1998). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Zustand nach Radiusfraktur (2009), ein Zustand nach Morbus Sudeck (2009), Kopfschmerzen vom Spannungstyp und Schulterbeschwerden. Die Ausschlusskriterien für

ein CFS wie internistische Erkrankung, Substanzabusus, Depression, bipolare affektive Störung oder Schizophrenie seien nicht erfüllt. Die Diagnosekriterien einer Fibromyalgie seien weitestgehend erfüllt, doch dominiere die Müdigkeit über Schmerzen und sei diese Diagnose rheumatologisch nie bestätigt worden. Eine Subsumption der Beschwerden der Versicherten unter dem Titel einer Somatisierungsstörung, wie vom psychiatrischen Gutachter vorgeschlagen, sei statthaft. Eine Giftexposition könne als Ursache des Krankheitsbildes ausgeschlossen werden und es bestehe keine objektive Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus organischen Gründen.

**E.c** Dr. Z. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz übernahm in seiner psychiatrischen Stellungnahme vom 4. Februar 2014 (IV-act. 39) sowohl die Diagnose einer Somatisierungsstörung bei akzentuierten Persönlichkeitszügen wie auch diejenige eines Chronic-Fatigue-Syndroms. Im bisherigen Beruf wie auch in angepasster Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20% ab dem Datum des neurologischen Gutachtens. Diese Einschätzungen wurden anschliessend auch in der somatischen Stellungnahme von Dr. Cc. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes vom 24. Februar 2014 (IV-act. 40) übernommen. Der neurologische Gutachter habe aufgrund der Vorakten internistische Erkrankungen, Substanzabusus und Demenz ausschliessen können; eine Vergiftung sei gemäss dem deutschen Gutachten vom 21. Oktober 2003 (*recte* Januar; Sachv. D.c, 2. Abschnitt) ausgeschlossen.

**E.d** Mit Vorbescheid vom 11. März 2014 (IV-act. 41) unterrichtete die Vorinstanz die Versicherte von ihrer Absicht, die Rente einzustellen.

**E.e** Gegen die Renteneinstellung erhob die Versicherte am 21. März 2014 (IV-act. 42) Einwand und rügte, aufgrund der vorinstanzlichen Untersuchungen liessen sich immunologische, rheumatologische und kognitive Schädigungen nicht ausschliessen. Gleichzeitig gab sie weitere Atteste zu den Akten. Zur Diagnose des WPW-Syndroms sowie der Katheterablation finden sich Berichte vom August 1996 bis April 1998 (13. August 1996 [IV-act. 56]; 18. September 1996 [IV-act. 57]; 28. Januar 1997 [IV-act. 58]; 2. April 1997 [IV-act. 60]; 24. Juli 1997 [IV-act. 59]; 1. April 1998 [IV-act. 61]). Am 20. April 1999 (IV-act. 63) wurde eine unauffällige Thorax-Röntgenaufnahme und Abdomen-Sonographie festgehalten. Am 16. November 2000 (Bericht vom 23. November 2000 [IV-act. 62]) liess sich die Versicherte Gallensteine operativ entfernen. Zur Radiusfraktur mit Morbus Sudeck ergänzte sie den Bericht über die Reposition und Osteosynthese

des rechten Handgelenks (vom 27. Februar 2009; IV-act. 64) und einen Verlaufsbericht vom 25. Juni 2009 (IV-act. 65).

Aus dem Jahr 2000 sind insgesamt drei hämatologische/immunologische Laborberichte (8. Februar 2000 [IV-act. 46]; 1. März 2000 [IV-act. 47]; 10. Juli 2000 [IV-act. 48]) mit den Beschreibungen einer stark erhöhten Immunglobulinsynthese, teilweise Eisenmangel sowie einer Epstein-Barr-, Herpes-simplex- und Helicobacter-pylori-Infektion enthalten. Immunologische Auffälligkeiten, Eisen-, Kupfer- und Phosphormangel wurden später auch am 31. August 2006 (IV-act. 52) bestätigt. Eine Veränderung der Stuhlflora wird in einem Bericht vom 11. Oktober 2000 (IV-act. 49) konstatiert, während ein Bericht vom 23. Februar 2001 (IV-act. 50) – jeweils nur nach Mobilisation – erhöhte Gehalte von Quecksilber, Kupfer und Zink im Urin feststellte. Die behandelnde Hausärztin ergänzte am 13. November 2001 (IV-act. 44) eine durch 'Vega-Test' festgestellte Belastung durch Xylol und Formaldehyd. Eine Belastung durch Toxine, Quecksilber und Blei wurde später (6. August 2007 [IV-act. 54]; 21. Oktober 2008 [IV-act. 53]) ergänzend durch ein Labor für 'bioenergetische Diagnostik' bestätigt. Leistungsphysiologisch konnte am 31. Januar 2000 (IV-act. 51 p. 1) eine schlechte anaerobe Leistungsfähigkeit festgehalten werden. Am 19. Februar 2001 (Bericht vom 17. März 2001 [IV-act. 43]) liess sich die Versicherte testpsychologisch untersuchen und wurde eine auffällige Minderung der kognitiven Informationsverarbeitungskapazität festgestellt.

Die Hausärztin Dr. Dd. \_\_\_\_\_ bestätigte gegenüber deutschen Behörden in Attesten vom 11. und 13. November 2002 (IV-act. 45, 44) sowie 17. Oktober 2003 (IV-act. 55) eine toxische Inhalation als Grundlage für die Beschwerden der Versicherten, welche aufgrund erhöhter Sensibilität den Kontakt mit Xylol und Formaldehyd meiden müsse. Die Ärztin widersprach explizit den Schlussfolgerungen der psychosomatischen Fachklinik T. \_\_\_\_\_, die von einer Arbeitsfähigkeit der Versicherten während 3-6 Stunden täglich ausgegangen sei.

**E.f** Der medizinische Dienst stellte in seinen Stellungnahmen vom 8. April 2014 (Dr. Cc. \_\_\_\_\_; IV-act. 70) und 9. Mai 2014 (Dr. Ee. \_\_\_\_\_, IV-act. 71) fest, dass der von der behandelnden deutschen Hausärztin und auch vom neurologischen Gutachter referenzierte Bericht der psychosomatischen Fachklinik T. \_\_\_\_\_ nicht vorliege – die Ansicht einer spezialisierten Klinik müsse aber berücksichtigt werden. Die Werte für die angegebenen Schwermetalle Quecksilber, Kupfer, Zink und Selen lägen im Normbereich, die Werte *nach Mobilisation* seien der unterzeichneten Ärztin

jedoch nicht bekannt. Die nachgereichten Berichte zur Radiusfraktur/Morbus Sudeck sowie zum WPW-Syndrom seien nicht mehr aktuell, die Versicherte sei in kardiologischer Hinsicht asymptomatisch (ohne erkennbare Symptome). An der vorherigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit müsse deshalb festgehalten werden.

**E.g** Mit Verfügung vom 16. Juli 2014 (IV-act. 73) hob die Vorinstanz die Rente der Versicherten per 1. September 2014 auf.

**E.h** Mit Schreiben vom 10. und 17. Juli 2014 (IV-act. 76, 74; Eingang jeweils am 25. Juli 2014) gab die Versicherte fünf Laborberichte (vom 02. bis 12. Juni 2014; IV-act. 77-78) zu den Akten, welche eine mitochondriale Dysfunktion und genetische Disposition zu einem Multiplen-Chemikalien-Syndrom (MCS) nachweisen sollen. Ein ebenfalls eingereichtes radiologisches Attest vom 3. Juni 2014 (IV-act. 75) beschreibt 'dancing dens'.

## **F.**

**F.a** Gegen die rentenaufhebende Verfügung erhob die Versicherte am 29. Juli 2014 (act. 1) Beschwerde ans Bundesverwaltungsgericht und beantragt, die Auswirkungen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Erwerbsfähigkeit neu zu prüfen. Sie rügt, ein neurologischer Bericht vom 17. März 2001, ein immunologischer Befund vom 27. Januar 2000, die Befunde der behandelnden deutschen Hausärztin vom 11. und 13. November 2001 sowie der nachgereichte Befund vom 2. Juni 2014 seien nicht berücksichtigt worden. Auch habe die Vorinstanz das Zusammentreffen je einzeln überwindbarer Störungen unzutreffend gewürdigt. Mit Beschwerdeergänzung vom 1. August 2014 (act. 2) führt sie weiter aus, ihre Multiple-Chemikalien-Sensitivität (MCS) könne, nach Zuweisung des ICD10-Codes T78.4, nicht mehr als somatoforme Befindlichkeitsstörung klassifiziert und – da in zellulären und genetischen Veränderung begründet – nicht alleine überwunden werden.

**F.b** Die Vorinstanz schliesst mit Vernehmlassung vom 12. November 2014 (act. 9), nach Stellungnahme von Dr. Ee. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes vom 4. November 2014, auf Abweisung der Beschwerde. Die neu eingereichten Unterlagen seien nicht mehr aktuell, ohne klinische Relevanz oder ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

**F.c** Ihrer Replik vom 4. Dezember 2014 (act. 13) legte die Beschwerdeführerin einige bereits aktenkundige Berichte bei. Sie rügt, die Vorinstanz be-

rücksichtige die Ursachen ihres komplexen Beschwerdebildes, eine mitochondriale Dysfunktion durch Schwermetallintoxikation sowie genetisch bedingte Ursachen eines Multiplen Chemikaliensyndroms, nicht.

**F.d** Die Vorinstanz verzichtete am 16. Dezember 2014 (act. 15) auf eine substantiierte Duplik, worauf der Instruktionsrichter den Schriftenwechsel am 19. Dezember 2014 (act. 16) schloss.

**G.**

Ein Kostenvorschuss von Fr. 400.- wurde am 12. August 2014 (act. 3) verfügt. Sein Eingang konnte am 20. August 2014 (act. 4) verbucht werden.

**H.**

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

### **Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.**

**1.1** Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich im Wesentlichen nach den Vorschriften des Bundesgesetzes über das Bundesverwaltungsgericht vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (VwVG, SR 172.021, vgl. auch Art. 37 VGG) sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1, vgl. auch Art. 3 lit. d<sup>bis</sup> VwVG).

**1.2** Das Bundesverwaltungsgericht beurteilt Beschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 5 VwVG von gesetzlich definierten Vorinstanzen, sofern kein Ausnahmesachverhalt gegeben ist (Art. 31, 33, 32 VGG).

**1.3** Zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht ist legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung besonders berührt ist, ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung und am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen hat (Art. 59 ATSG, Art. 48 Abs. 1 VwVG).

**1.4** Eine Beschwerde muss schriftlich, unterschrieben sowie unter Angabe von Begehren und Begründung (Art. 52 Abs. 1 VwVG) innert einer Frist von

30 Tagen eingereicht werden (Art. 60 Abs. 1 ATSG; Fristenstillstand gemäss Art. 38 Abs. 3 ATSG). Bei kostenpflichtigen Verfahren ist zudem ein Vorschuss in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (Art. 63 Abs. 4 VwVG).

## **2.**

**2.1** Bei Versicherten mit ausländischem Wohnsitz ist die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA) für die Verfügung von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) zuständig (Art. 40 Abs. 1 lit. b der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV, SR 831.201]). Die Beschwerdeführerin ist in Deutschland domiziliert. Die angefochtene Verfügung vom 16. Juli 2014 wurde also zu Recht von der IVSTA erlassen.

**2.2** Die Vorinstanz gehört zum gesetzlichen Kreis derjenigen, deren Entscheide an das Bundesverwaltungsgericht weitergezogen werden können (Art. 33 lit. d VGG, explizit auch Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Es liegt auch kein gesetzlich der Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts entzogener Sachverhalt vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist demzufolge zur Beurteilung der Beschwerde zuständig.

**2.3** Als Adressat ist die Beschwerdeführerin durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse; sie hat auch am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen. Ihre Beschwerde wurde zudem form- und fristgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss fristgerecht bezahlt, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

## **3.**

**3.1** Am 1. Juni 2002 ist das Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) in Kraft getreten.

**3.2** Die Vertragsparteien wenden nach dem Beschluss 1/2012 des gemischten Ausschusses vom 31. März 2012 (ABl. L 103/51 vom 13. April 2012) ab 1. April 2012 untereinander insbesondere die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (nachfolgend: Verordnung 883/2004, ABl. L166/1 vom 30. April 2004) 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 (ABl. L 284/1 vom 30. Oktober 2009) an (Art. 8, 15, Anhang II Art. 1 Abs. 1 FZA i.V.m. Anhang II Abschnitt A FZA).

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

**3.4** Das europäische Koordinationsrecht erklärt jeweils nur das nationale Recht eines einzigen Mitgliedstaates als anwendbar (Art. 11 Abs. 1 Verordnung 883/2004). Für Erwerbstätige und Selbständige ist dies das Recht des Arbeitsorts (Abs. 3 lit. a), wenn nicht eine zwischenstaatliche Vereinbarung ausnahmsweise eine andere Regelung im Interesse bestimmter Personengruppen trifft (Art. 16 Abs. 1 Verordnung 883/2004).

**3.5** Soweit das FZA bzw. die auf dieser Grundlage anwendbaren Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, ist mangels einer einschlägigen gemeinschaftsrechtlichen bzw. abkommensrechtlichen Regelung die Ausgestaltung des Verfahrens sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen in der Sozialversicherung grundsätzlich Sache der anwendbaren innerstaatlichen Rechtsordnung.

### **3.6**

**3.6.1** Die Beschwerdeführerin besitzt die Staatsangehörigkeit Deutschlands, eines Mitgliedsstaats gemäss FZA (Präambel FZA; Art. 2 Verordnung 883/2004). Der persönliche Geltungsbereich der Verordnung 883/2004 ist damit erstellt.

**3.6.2** Sie begehrt Leistungen aus der Invalidenversicherung, welche unter den europarechtlichen Begriffen Leistungen bei Invalidität oder allenfalls Leistungen bei Krankheit in den sachlichen Geltungsbereich der Verordnung 883/2004 fallen (Art. 3 Abs. 1 lit. a und c Verordnung 883/2004).

**3.6.3** Die angefochtene Verfügung vom 16. Juli 2014 wurde nach Inkrafttreten der Verordnung 883/2004 für die Schweiz am 1. April 2012 erlassen. Ihre zeitliche Anwendbarkeit ist zweifelsohne gegeben.

**3.6.4** Die Beschwerdeführerin macht Ansprüche gegenüber der Invalidenversicherung durch ihre Erwerbstätigkeit in der Schweiz geltend, weshalb koordinationsrechtlich Schweizer Recht anwendbar ist. Das Konventionsrecht enthält keine materiellen Bestimmungen zu Anspruch auf oder Revision einer Invalidenrente. Diese Beurteilung richtet sich deshalb, unter Berücksichtigung konventionsrechtlicher Schranken, alleine nach schweizerischen Rechtsvorschriften.

#### **4.**

**4.1** In materiell-rechtlicher Hinsicht ist auf jene Bestimmungen des IVG und des ATSG abzustellen, die für die Beurteilung jeweils relevant waren und in Kraft standen.

Vorliegend ist eine Rentenaufhebung vom 16. Juli 2014 strittig, weshalb insbesondere das IVG in der Fassung vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; AS 2011 5659) und die IVV in der entsprechenden Fassung massgebend sind. Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar.

**4.2** Aufgrund der Untersuchungsmaxime prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss (u.v. URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, §21, m.w.H.).

**4.3** Die Revision einer gesprochenen Rente kann auf Begehren des Rentenempfängers oder von Amtes wegen erfolgen (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Eine Anpassung des Invaliditätsgrades im Revisionsverfahren setzt eine erhebliche und anhaltende Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus.

Zeitlicher Ausgangspunkt dieser Beurteilung ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht

(BGE 130 V 71 E. 3.2.3; wenn keine Verfügung verlangt wurde, ist auch eine einfache Mitteilung über die Nicht-Anpassung des Invaliditätsgrads nach amtlicher Revision zu beachten, vgl. Urteil BGer 9C\_46/2009 vom 14. August 2009 E. 3.1). Ferner muss die Veränderung der Verhältnisse erheblich, das heisst hinsichtlich des resultierenden Invaliditätsgrads geeignet sein, Auswirkungen auf die Rente zu zeitigen. Diese Änderung kann den Gesundheitszustand, erwerbliche Auswirkungen oder auch die anwendbare Methode betreffen (BGE 130 V 343 E. 3.5). Unter revisionsrechtlicher Perspektive ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts allerdings unerheblich (BGE 112 V 371 E. 2b m.w.H.; Sozialversicherungsrecht – Rechtsprechung [SVR] 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a). Ebenfalls unbeachtlich bleiben nicht genügend fassbare oder lediglich vorübergehende Sachverhaltsänderungen (KIESER, Die Erheblichkeit der Invaliditätsgradänderung als Rentenanpassungsvoraussetzung nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, in: Schaffhauer/Schlauri [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2007, S. 159)

Eine amtliche Revision wird eingeleitet, wenn Tatsachen bekannt oder Massnahmen angeordnet werden, die eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrads als möglich erscheinen lassen. Mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision wurden Bestimmungen ins Gesetz übernommen, wonach Renten, die im Zusammenhang mit pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innert dreier Jahre nach Inkrafttreten der neuen Bestimmungen (am 1. Januar 2012) anhand der neueren Rechtspraxis überprüft und auch bei unverändertem Gesundheitszustand angepasst werden (lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 IVG). Dabei wird nicht vorausgesetzt, dass die ursprüngliche Rentenzusprache ausschliesslich aufgrund solcher Beschwerden erfolgte (BGE 140 V 197 E. 6.2.3 und 6.3). Die ansonsten verlangte Voraussetzung einer tatsächlichen und erheblichen Sachverhaltsänderung findet unter diesen Umständen ausnahmsweise keine Anwendung.

**4.4** Wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, so hat die Bezügerin Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Artikel 8a. Ein Anspruch auf eine Übergangsleistung nach Artikel 32 Absatz 1 Buchstabe c entsteht dadurch nicht (lit. a Abs. 2 der Schlussbestimmungen). Werden Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Artikel 8a durchgeführt, so wird die Rente bis zum Abschluss der Massnahmen weiter ausgerichtet, längstens aber während zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung (lit. a Abs. 3 der Schlussbestimmungen). Ausgenommen von

dieser Revisionsvorschrift sind Renten, die im Zeitpunkt der Eröffnung der Revision bereits über 15 Jahre bezogen wurden oder deren Bezüger im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Bestimmungen das 55. Altersjahr bereits zurückgelegt hatten (lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen).

## 5.

**5.1** Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens können die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids gerügt werden (Art. 49 Abs. 1 VwVG).

**5.2** Auch das Beschwerdeverfahren ist von der Untersuchungsmaxime beherrscht, weshalb das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2 und BGE 122 V 158 E. 1a, je m.w.H.) und der Rügemaxime, wonach der angefochtene Akt nicht auf sämtliche denkbaren Mängel hin zu untersuchen ist, sondern das Gericht sich nur mit jenen Einwänden auseinandersetzen muss, die in der Beschwerde thematisiert wurden (vgl. AUER, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], Zürich 2008, Art. 12 Rz. 12).

**5.3** Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab. Nachfolgende Änderungen werden in einem neuen Verwaltungsverfahren beurteilt (BGE 121 V 362 E. 1.b m.w.H.).

**5.4** Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt dieser Anforderung 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 und BGE 125 V 195 E. 2, je m.w.H.).

**5.5** Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie einzelne Beweismittel zu würdigen sind; für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt

der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach hat die Behörde Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, sind objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a).

**5.6** Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3.a).

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 Gerichte 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 BGer 9C\_410/2008 vom 08. September 2009 E. 3.3.1 in fine, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und EVG I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 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 EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.w.H.), aber auch nicht von vornherein unbeachtlich (Urteil BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

**5.7** Die beweisrechtliche Würdigung bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage soll in zwei Stufen erfolgen (BGE 141 V 281 E. 4.1.3). In einer ersten Stufe soll der funktionelle Schweregrad der Beschwerden bestimmt werden; dazu sind insbesondere die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, der Behandlungs- und Eingliederungserfolg (oder aber -resistenz) und Komorbiditäten zu bestimmen. Im Gegensatz zur früheren Praxis des Bundesgerichts werden hier aber auch mobilisierbare Ressourcen zur Beschwerdekompensation, in Form der Persönlichkeitsstruktur und des sozialen Kontexts, berücksichtigt (BGE 141 V 281 E. 4.3.2, 4.3.3). In einem zweiten Schritt ist dann eine Konsistenzprüfung zu bestehen. Wesentlich ist dabei zu berücksichtigen, ob die geltend gemachte Einschränkung gleichmässig in allen vergleichbaren Lebensbereichen auftritt und in welchem Ausmass Behandlungsoptionen wahrgenommen bzw. vernachlässigt werden, ob also ein entsprechender Leidensdruck manifestiert wird (BGE 141 V 281 E. 4.4.1, 4.4.2).

## **6.**

**6.1** In der zweiten Rentenrevision (abgeschlossen am 7. Dezember 2010; Sachv. D) erachtete der Regionale Ärztliche Dienst den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin alleine aufgrund der angeforderten Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte als unverändert. Wohl wurden danach noch zusätzlich die Akten der deutschen Rentenversicherung beigezogen, doch ist eine eigentliche medizinische Würdigung derselben nicht ersichtlich. Diese Revision basierte deshalb nicht auf einer eingehenden materiellen Prüfung des Sachverhalts mit Beweiswürdigung (E. 4.5). Gleiches gilt für die erste Rentenrevision (abgeschlossen am 9. März 2006; Sachv. C), in welcher die kantonale IV-Stelle gestützt auf zwei Berichte des Hausarztes und ohne aktenkundige Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst den weiteren Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bestätigte. Die letzte einlässliche Prüfung und Würdigung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ist deshalb in der ursprünglichen Rentenverfügung vom 25. September 2002 (Sachv. B.c) zu erblicken.

**6.2** Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt der Rentenzusprache als Vergleichszeitpunkt durch ein chronisches Erschöpfungssyndrom unklarer Ätiologie mit generalisierten Schmerzen, erhöhter Infektanfälligkeit und Anämie bei einer leichten kognitiven Beeinträchtigung geprägt. Psychiatrisch wurde eine neurotische (zwanghaft-schizoide)

Grundstruktur bei wenigen psychopathologischen Auffälligkeiten, eine Somatisierungsstörung, aber auch eine Fibromyalgiesymptomatik, beschrieben (Sachv. B.b).

**6.3** Demgegenüber werden in den nach Einleitung des dritten Revisionsverfahrens im Juni 2012 eingeholten Gutachten ebenfalls eine Somatisierungsstörung (F45.0) bei akzentuierten (neurasthenisch-depressiv, pedantisch, narzisstisch, emotional expressiv) Persönlichkeitszügen (Z73.1; ohne Krankheitswert), ein Chronic-Fatigue-Syndrom und die Erfüllung der Diagnosekriterien einer Fibromyalgie diagnostiziert. Der Eisen-Blutspiegel scheint weiterhin vermindert (IV-act. 78 p. 16), während sich keine aktuellen Daten zur Infektanfälligkeit und zu einer kardiologischen Pathologie (WPW-Syndrom) finden lassen (IV-act. 70 f.). Die zwischenzeitlich neu diagnostizierte Radiusfraktur an der rechten Hand und der damit verbundene Morbus Sudeck nach einem Sturz am 24. Februar 2009 werden als abgeheilt und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt (IV-act. 37 p. 16; IV-act. 39). Hinsichtlich einer zwischenzeitlich diagnostizierten mittelgradigen Depression (vgl. IV-act. 48 f.) führte Dr. Z.\_\_\_\_\_ vom medizinischen Dienst der IV-Stelle mit Stellungnahme vom 4. Februar 2014 aus, objektiv sei zwischen 2007 und 2010, da der Gutachter Dr. Aa.\_\_\_\_\_ anlässlich der persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin am 19. September 2013 keine komorbide psychiatrische Erkrankung habe erkennen können, eine Spontanheilung eingetreten. Diesbezüglich ist jedoch festzuhalten, dass im Verfahren der IV-Stelle Basel-Landschaft, das zur Gewährung einer ganzen Invalidenrente geführt hatte, die Diagnose Depression nach konsiliarischer Überprüfung verworfen worden war (vgl. Arztbericht vom 10. April 2001 [BL-act 5 S. 11]), diese Erkrankung am 16. September 2010 von einem Facharzt für Allgemeinmedizin, Chirotherapie und Naturheilverfahren diagnostisch erwähnt wurde (BL-act. 48), die Grundlage für diese Diagnose aus dessen Bericht nicht ansatzweise hervorgeht, Dr. V.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, in ihrem Gutachten vom 3. März 2010 festhielt, es liege keine depressive, psychotische oder hirnormale Erkrankung vor (BL-act. 51 S. 21) und auch die Hausärztin in ihrem Bericht vom 23. September 2012 keine Depression erwähnte (BL-act. 63). Sie ging am 23. September 2012 zudem von einem unveränderten Gesundheitszustand aus (Sachv. E.a).

**6.4** Aus den dem Bundesverwaltungsgericht vorliegenden Akten sind keine Hinweise zu entnehmen, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich tatsächlich anhaltend und erheblich verändert (E. 4.5). Die ob-

jektive Beweislast dafür trägt die Vorinstanz (vgl. MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, N 1538. Die Vorinstanz hat daher zu Recht eine Revision der Invalidenrente unter Anwendung der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision (E. 4.5 Abschnitt 3) geprüft.

## 7.

**7.1** Um eine Revision nach den Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision vornehmen zu können, muss eine Rente aufgrund eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen worden sein und muss ein ebensolches Beschwerdebild auch im Revisionszeitpunkt vorliegen (BGE 139 V 547 E. 10.1.2; aber nicht ausschliesslich, vgl. BGE 140 V 197 E. 6.2.3).

**7.2** Einleitend ist zu prüfen, ob einer Rentenrevision nach den Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision keine Ausschlussgründe im Sinne von lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen entgegenstehen. Nach dem Wortlaut dieser Bestimmung ist eine Rentenrevision ausgeschlossen, wenn die Bezügerin im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Schlussbestimmungen das 55. Altersjahr bereits zurückgelegt oder im Zeitpunkt der Einleitung der Überprüfung mehr als 15 Jahre lang eine Rente bezogen hat.

Vorliegend wurde die Überprüfung am 3. Mai 2012 aufgenommen und unterzeichnete die Beschwerdeführerin am 10. Juni 2012 den Fragebogen für die Rentenrevision (BL-act. 57 S. 1-3). In diesem Zeitpunkt bezog die Beschwerdeführerin während rund 11½ Jahren eine Rente (Rentenbezug ab 1. Dezember 2000). Im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Schlussbestimmungen (1. Januar 2012) war die am 24. Februar 1965 geborene Beschwerdeführerin 46 Jahre alt. Die Ausnahmebestimmungen nach lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen finden auf die Beschwerdeführerin deshalb keine Anwendung.

**7.3** Weiter ist zu prüfen, ob die damalige Rentenzusprache auf einer Erkrankung aus dem Formenkreis PÄUSBONOG fusste.

**7.3.1** Nach BGE 140 V 197 E. 6.2.3 sind vom Anwendungsbereich von Bst. a Abs. 1 Schl.Best. IVG laufende Renten auszunehmen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden beruhen. Lassen sich unklare Beschwerden von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schl.Best. IVG auf erstere Anwendung finden. Gemäss Urteil des BGer 8C\_34/2014 vom 8. Juli 2014 E. 4.2 fällt eine Herabsetzung oder Aufhebung unter dem Titel von Bst. a Abs. 1 Schl.Best. IVG lediglich ausser Betracht, wenn unklare

und erklärbare Beschwerden zwar diagnostisch unterscheidbar sind, aber bezüglich der darauf zurückführenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit keine exakte Abgrenzung erlauben (sogenannter "Mischsachverhalt").

**7.3.2** Wie den Vorakten entnommen werden kann, basiert der Rentenentscheid vom 25. September 2002 auf einer diagnostisch klaren Unterscheidung zwischen unklaren und erklärbaren Beschwerden und einer exakten Abgrenzung hinsichtlich deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Die ersten aktenkundigen ärztlichen Abklärungen ab 1996 dienten der Diagnostizierung und Behandlung eines Wolff-Parkinson-White (WPW) - Syndroms (Arztberichte vom 13. August 1996 [IV-act. 56, B-act. 1 Beilage 7], 18. September 1996 [IV-act. 57, B-act. 1 Beilage 8], 28. Januar 1997 [IV-act. 58, B-act. 1 Beilage 9]) und dessen Rezidivs (Arztberichte vom 2. April 1997 [IV-act. 60, B-act. 1 Beilage 10], 24. Juli 1997 [IV-act. 59, B-act. 1 Beilage 11], 1. April 1998 [IV-act. 61, B-act. 1 Beilage 12]). Erstmals diagnostizierten die Dres. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_, Innere Medizin, des Spitals H.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 19. April 2000, basierend auf einem stationären Aufenthalt vom 3.-6. April 2000 einen Erschöpfungszustand (Z73.0), differentialdiagnostisch ein chronisches Müdigkeitssyndrom (BL-act. 5 S. 24). Weitere medizinische Abklärungen erfolgten wegen einer Infektion mit Chlamydia pneumoniae und Helicobacter pylori (B-act. 20, IV-act. 62), wegen Eisenmangels (BL-act. 5 S. 26) sowie einer Gallenblasenentzündung (am 16. November 2000 erfolgte eine Cholezystektomie [IV-act. 62, B-act. 1 Beilage 37]).

Im Vordergrund der Rentenzusprache standen schliesslich (und ausschliesslich) eine Somatisierungsstörung (F 45.0) und eine anankastisch-(zwanghaft) schizoide Persönlichkeitsstruktur (vgl. Arztberichte vom 20. April 2001 [BL-act. 5 S. 8], vom 10. Mai 2001 [BL-act. 5 S. 16], 11. Juli 2001 [BL-act. 5 S. 5] und insbesondere Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_\_, Oberärztin Psychosomatik, Kantonsspital E.\_\_\_\_\_, vom 9. Januar 2002 [BL-act. 15 S. 8] und ergänzende Stellungnahme vom 6. Mai 2002 (BL-act.15 S. 1)). Dr. N.\_\_\_\_\_ beurteilte in ihrem Gutachten die Heilungsprognose der Somatisierungsstörung wegen wenig erfolgversprechender therapeutischer Behandlungsstrategien als ungünstig, eine Restarbeitsfähigkeit von 8 bis 12 Wochenarbeitsstunden als „wohl realistisch“ und schloss in Stellungnahme vom 6. Mai 2002 auf eine Arbeitsunfähigkeit von 70% ab 23. Oktober 2001 (Beginn der konsiliarisch-psychiatrischen Abklärung) bis auf Weiteres. Diese Beurteilung lag dem Entscheid der IV-

Stelle Basel-Landschaft zugrunde (vgl. Feststellungsprotokoll vom 6. August 2002 [BL 28 S. 1 und 39 S. 2]). Der von der Hausärztin Dr. Dd. \_\_\_\_\_ im März 2001 geäusserte Verdacht auf Schwermetallintoxikation bzw. Umweltintoxikation und dadurch bedingten Erschöpfungszustand mit fibromyalgieformen Schmerzzuständen sowie schwerer Darmstörung (BL-act. 5 S. 25) konnte im Übrigen nicht bestätigt werden (vgl. Arztberichte von Dr. K. \_\_\_\_\_, Neurologie, Kantonsspital E. \_\_\_\_\_ [BL-act. 5 S. 16]) und Prof. Dr. Hh. \_\_\_\_\_, Kantonsspital E. \_\_\_\_\_ (BL-act. 5 S. 5) und wurde von der IV-Stelle nicht als rentenrelevant beurteilt (s. Feststellungsprotokoll vom 6. August 2002 e contrario [BL-act. 28 S. 1]).

**7.4** Damit bleibt zu prüfen, ob die Vorinstanz mit angefochtener Verfügung zurecht geschlossen hat, die Erkrankung aus dem Formenkreis PÄUS-BONOG (vgl. BGE 137 V 64 E. 4.2 f.) sei nicht rentenrelevant bzw. das Müdigkeitssyndrom sei überwindbar und einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit zugänglich.

**7.4.1** In seinem neurologischen Gutachten vom 21. Dezember 2013 (BL-act. 37) hielt Dr. Bb. \_\_\_\_\_ aufgrund einer persönlichen Begutachtung der Beschwerdeführerin am 19. September 2013, der Prüfung umfangreicher Vorakten im Zeitraum von April 2000 bis Januar 2013, einer eingehenden Anamneseerhebung und Prüfung der klinischen Befunde als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein Chronic Fatigue Syndrom (CFS, 1998) sowie als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Zustand nach Radiusfraktur (2009), nach Sudeck (2009), Kopfschmerzen vom Spannungstyp sowie Schulterbeschwerden fest. In der Beurteilung führte er aus, die diagnostischen Kriterien für ein CFS [eine sonst unerklärte dauernde chronische Müdigkeit, nicht genügend durch Ruhe gemildert, mit wesentlicher Reduktion der früheren Aktivitäten, zudem Vorliegen von mindestens vier der nachfolgenden Symptome wie Gedächtnis- und Konzentrationsstörung, Halsschmerzen, schmerzhafte Lymphknoten, Muskelschmerzen, Gelenkschmerzen ohne Rötung oder Schwellung, neuartige Kopfschmerzen, nicht erholsamer Schlaf und Intoleranz von Belastung, länger als 24 Std. dauernd] seien bei der Beschwerdeführerin grundsätzlich erfüllt. Mögliche Ausschlusskriterien für diese Diagnose lägen bei ihr nicht vor (internistische Untersuchungen hätten kein eindeutiges Krankheitsbild ergeben, ein Substanzabusus sei nicht gegeben, neurologische Untersuchungen [so auch die heutige Untersuchung] hätten keine Hinweise auf eine spezifische Erkrankung [insbesondere eine Multiple Sklerose] ergeben bzw. seien im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung ausgeschlossen worden). Die erhöhten Gangliosid- und Anti-

MAG-Antikörper (2001) dürften unspezifisch sein, da keine (dazu) assoziierte periphere Neuropathien festgestellt worden seien. Insbesondere könne auch (aufgrund früherer Untersuchungen) eine Giftexposition durch Schwermetalle oder Xylol als Ursache des Krankheitsbildes ausgeschlossen werden. Die diagnostischen Kriterien für eine Fibromyalgie, die kürzlich neu definiert worden seien, wiederum wären weitgehend erfüllt, jedoch sei diese Diagnose nie von einem Facharzt für Rheumatologie bestätigt worden. Die Diagnose des CFS sei aus somatischer Sicht umfassend. Obwohl das CFS in der Regel unter F48.0 „Neurasthenie“ codiert werde, könne das Geschehen durchaus im Rahmen einer Somatisierungsstörung (F45.0) gesehen werden. Gegen diese Diagnose bestünden aus seiner Sicht keine Einwendungen.

Die festgehaltenen Kopfschmerzen seien vom Spannungstyp, chronifiziert, migräneartige Charakteristika seien jedoch nicht vorhanden. Die 2009 erlittene Radiusfraktur mit nachfolgendem Sudeck sei verheilt. Eine leichte Beeinträchtigung werde subjektiv noch angegeben, objektiv finde sich lediglich eine leichte Hypästhesie am Kleinfinger, jedoch keine relevante Beeinträchtigung. Die geklagten Schulterbeschwerden führten nicht zu einer wesentlichen Einschränkung (zwar schmerzhaft Einschränkung der Schulterbeweglichkeit, jedoch keine Auffälligkeiten im Neurostatus).

Damit liege keine objektive Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus organischen Gründen vor, insbesondere auch im bisherigen Beruf als Laborantin nicht. Zur psychiatrischen Komorbidität werde im psychiatrischen Gutachten Stellung genommen.

**7.4.2** Dr. Aa. \_\_\_\_\_ hielt in seinem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 22. November 2013 (IV-act. 36), gestützt auf eine persönliche Begutachtung der Beschwerdeführerin am 19. September 2013, die Prüfung umfangreicher Vorakten im Zeitraum von April 2000 bis Februar 2013, des Gutachtens von Dr. Bb. \_\_\_\_\_, der Konsensbesprechung mit ihm im September und Oktober 2013, der eingehenden Anamneseerhebung unter Berücksichtigung der subjektiven Ergänzungen des Beschwerdeführers, verschiedener Tests (SCL-90-R, SOMS-7T, MADRS, MMPI-2) und der objektiven Befunde als Diagnose eine Somatisierungsstörung (F45.0) bei akzentuierten (neurasthenisch-depressiv, pedantisch, narzisstisch, emotional expressiv) Persönlichkeitszügen (Z73.1) fest. In den Akten würden die Beschwerden diagnostisch als somatoforme Störung bzw. Somatisierungsstörung (F45.0) eingeordnet. Diese Kategorie könne bis heute bestätigt werden. Im Austrittsbericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom

19. April 2000 würden weitere Diagnosen wie Erschöpfungszustand, chronisches Müdigkeitssyndrom, CFS-Syndrom, Fibromyalgie, fibromyalgieforme Schmerzzustände genannt, die jedoch aus psychiatrisch/psychotherapeutischer Sicht mit F45 vergleichbar seien und keine zusätzlichen Störungen mit Krankheitswert darstellten. Hinzu kämen Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge, die zu unterschiedlich ausgeprägten v.a. depressiven und/oder neurasthenischen Syndromen führten. Ein zusätzlicher Krankheitswert sei diesen Persönlichkeitszügen nicht zugemessen worden, was gut nachvollziehbar sei, da sie im Gegensatz zu Persönlichkeitsstörungen Varianten von Eigenheiten einer Person ohne Krankheitswert darstellten und keine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte begründeten. In früheren Berichten/Gutachten hätten sich in der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit grosse Unterschiede aus rein psychiatrisch/psychotherapeutischer Sicht gezeigt. Die ärztlichen Beurteilungen, welche der Rentenzusprache oder -bestätigung zugrunde gelegen hätten, hätten aber fast vollständig auf die rein subjektive Einschätzung durch die versicherte Person selbst abgestellt. Objektivierbare psychopathologische Befunde seien in seiner eigenen Untersuchung gar nicht bis sehr gering ausgeprägt gewesen. Auch mit Hilfe der Testung sei kein relevantes depressives Syndrom zu erkennen.

Zusammenfassend sei weiterhin von einer Somatisierungsstörung (F45.0) als Hauptdiagnose auszugehen. Die Ausprägung der Störung sei gegenwärtig als objektiv maximal sehr leicht einzustufen (erhaltene / wiedergewonnene Fähigkeit, alltägliche Verrichtungen auszuüben, soziale und familiäre Kontakte zu pflegen, Ausflüge und Reisen zu unternehmen). Eine relevante Arbeitsunfähigkeit sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht begründbar. Insofern könne den Feststellungen im Gutachten vom 18. Februar 2010 zugestimmt und von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes aus objektiver Sicht angenommen werden. Der Zeitpunkt der Verbesserung könne aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angegeben werden, da die fachärztlichen Angaben zwischen 2007 und 2010 nur ungenügend dokumentiert seien. Nachdem keine angemessene psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bekannt sei, müsse von einer Spontanremission ausgegangen werden. Zudem seien im Verlauf der Störung auch vielfältige psychosoziale Faktoren zu benennen (bspw. Herkunft, Migration, langjähriger Rentenbezug, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, Lebensalter, finanzielle Sorgen, persönliche Berufswünsche, Rentenbegehren/ bewusstseinsnahe Versorgungswünsche, persönliches Weltbild). Sie erklärten weitgehend die Diskrepanz zwischen

subjektiver Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit und der im Gutachten erläuterten Beurteilung.

Gründe für eine Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung seien vorliegend nicht gegeben: es liege keine psychisch ausgewiesene erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive Komorbidität vor (die akzentuierten Persönlichkeitszüge hätten keinen eigenständigen Krankheitswert), es liege eine angemessene Teilnahme am sozialen Leben vor, wenn auch subjektiv beeinträchtigt, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung könne nicht angenommen werden, es gebe auch aus den Akten keine entsprechenden Hinweise. Es lägen auch sonst keine krankheitsbedingten fehlenden Ressourcen oder eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte vor. Eine Willensanstrengung zur Überwindung der Defizite sei der Beschwerdeführerin zumutbar. Eine relevante Arbeitsunfähigkeit sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht begründbar.

**7.4.3** Die beiden Gutachten sind aufgrund einer persönlichen Begutachtung erfolgt, berücksichtigen die umfangreichen Vorakten, fassen auf einer eingehenden Anamneseerhebung unter Berücksichtigung der Klagen der Beschwerdeführerin, einer klinischen Befundung, sind in ihrer Beurteilung schlüssig, diskutieren abweichende haus- oder fachärztliche Beurteilungen und gelangen zu überzeugenden Schlüssen. Zudem sprechen keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertisen, weshalb ihnen voller Beweiswert zuzuerkennen ist.

Die Gutachter haben festgestellt, dass für die von der Beschwerdeführerin angegebenen Erkrankungen kein rentenrelevantes somatisches und psychiatrisches Substrat besteht und in psychischer Hinsicht die Schmerzen als überwindbar zu beurteilen sind. Der Beschwerdeführerin sei daher die Ausübung einer angepassten Tätigkeit wie auch der bisherigen Tätigkeit als Laborassistentin in nicht einschränkender Weise zuzumuten, weshalb keine Arbeitsunfähigkeit bestehe.

**7.4.4** Dr. Z. \_\_\_\_\_ des medizinischer Dienstes der IV-Stelle hielt in seiner Stellungnahme vom 4. Februar 2014 (IV 39) als Hauptdiagnosen eine Somatisierungsstörung (F45.0) bei akzentuierten (neurasthenisch-depressiv, pedantisch, narzisstisch, emotional expressiv) Persönlichkeitszügen (Z73.1) sowie ein CFS fest. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Zustand nach Radiusfraktur (2009), ei-

nen Zustand nach Morbus Sudeck (2009), Kopfschmerzen vom Spannungstyp sowie Schulterbeschwerden. Das Gutachten Aa. \_\_\_\_\_ sei von hervorragender Qualität und nachvollziehbar. Einzig bestehe eine weltanschauliche Diskrepanz zur Beurteilung im Gutachten Schmid (letzterer erachte die Arbeit als Zytologie-Assistentin nicht sinnvoll, Dr. Aa. \_\_\_\_\_ beurteile eine solche zu 80% als zumutbar). Er schloss daher auf eine Arbeitsfähigkeit von 80% in bisheriger Tätigkeit und Verweistätigkeit ab 21. Dezember 2013 (Datum des neurologischen Gutachtens Bb. \_\_\_\_\_), und von 100% im Haushalt.

**7.4.5** Dr. Cc. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der IV-Stelle hielt in ihrer Beurteilung vom 24. Februar 2014 (IV-act. 40) aus somatischer Sicht als Hauptdiagnosen ein CFS (F48.0 „Neurasthenie/Ermüdungssyndrom“), eine somatoforme Störung (F45.0), sowie [Akzentuierung von] Persönlichkeitszüge (Z73.1) fest. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie einen Zustand nach Radiusfraktur (2009), einen Zustand nach Morbus Sudeck (2009), Kopfschmerzen vom Spannungstyp, einen Status post Appendektomie/Cholezystektomie, Herzkatheter dreimalig nach WPW-Syndrom, ein Ovarkarzinom oder eine Zyste mit spontaner Remission, eine alte EBV-Infektion, sowie eine Infektion mit *Helicobacter pylori* behandelt, sowie mögliche Fibromyalgie. Sie führte aus, eine Multiple Sklerose könne ausgeschlossen werden. Es sei keine Narkolepsie gegeben, wie von Dr. K. \_\_\_\_\_ noch als Verdacht geäußert (keine unüblichen Schlafphasen während des Tages). In Übereinstimmung mit Dr. Bb. \_\_\_\_\_ seien keine funktionellen Einschränkungen gegeben. Es sei eine Arbeitsfähigkeit von 80% in bisheriger Tätigkeit und Verweistätigkeit ab 21. Dezember 2013 (Datum des neurologischen Gutachtens) und von 100% in Haushalt gegeben.

**7.4.6** Auf Einwand hin führten die beiden Ärzte mit Stellungnahmen vom 8. April bzw. 9. Mai 2015 ergänzend aus, die teilweise veralteten nachgereichten Arztberichte (Laborberichte, kardiologische Untersuchungen) würden keine veränderte Sachlage belegen. Die Laboruntersuchungen wiesen auf keine Intoxikation hin. In kardiologischer Sicht sei seit 1998 eine asymptomatische Situation gegeben (IV-act. 70 f.).

**7.4.7** Dieser Beurteilung ist zu folgen. Die Beurteilung der Gutachter und deren Würdigung durch den medizinischen Dienst der Vorinstanz erscheint umfassend, schlüssig und zeigt auf, dass im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung keine Erkrankung (mehr) vorlag, die auf ein klares somatisches Substrat zurückzuführen wäre. Die von der Beschwerdeführerin geklagte

Müdigkeit kann aufgrund des Nichtvorliegens einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung und der Überwindbarkeit der Schmerzen keine rentenrelevante Arbeitsunfähigkeit begründen.

## 8.

**8.1** Die Beschwerdeführerin führt an, an einer (chronischen) Intoxikation durch Schwermetalle und andere Chemikalien zu leiden. Typische Symptome einer chronischen Schwermetallvergiftung beinhalten unter anderem anhaltende Müdigkeit, Anämie und Störungen im zentralen Nervensystem (vgl. Bericht des Umweltbundesamtes vom 7. September 2015 zur Multiplen Chemikaliensensibilität, <http://www.umweltbundesamt.de/themen/gesundheit/belastung-des-menschen-ermitteln/umweltmedizin/multiple-chemikaliensensibilitaet>, abgerufen am 7. Januar 2016; "Vielfache Chemikalienunverträglichkeit" in: [https://de.wikipedia.org/wiki/Vielfache\\_Chemikalienunvertr%C3%A4glichkeit](https://de.wikipedia.org/wiki/Vielfache_Chemikalienunvertr%C3%A4glichkeit), abgerufen am 7. Januar 2016; MCS-Fallkriterien der Deutschen Gesellschaft Multiple-Chemical-Sensitivity e.V., in: <http://www.dgmcs.de>, abgerufen am 7. Januar 2016; KARL WALTER BOCK/NIELS BIRBAUMER, Multiple Chemical Sensitivity in: Deutsches Ärzteblatt 95 Heft 3, <http://data.aerzteblatt.org/pdf/95/3/a91-4.pdf>, abgerufen am 7. Januar 2016), wie sie bei der Beschwerdeführerin festgestellt wurden; auch wird ein solcher Hintergrund in den Akten mindestens plausibilisiert (IV-act. 43-50, 51 p. 1, 52-55). Vor einer Revision nach den Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision muss eine chronische Intoxikation deshalb ausgeschlossen werden können (vgl. dazu auch BGE 139 V 346 E. 3.4).

**8.2** Der medizinische Dienst der Vorinstanz sieht eine Vergiftung nach den Feststellungen des deutschen internistisch-rheumatologischen Gutachtens vom 21. Oktober 2003 (*recte* Januar) als ausgeschlossen (IV-act. 39). Der Gutachter konstatiert jedoch ausschliesslich, er beurteile "auf schulmedizinisch nicht valider Basis festgestellte Unverträglichkeiten und mögliche Vergiftungserscheinungen" nicht (BL-act. 51 p. 74-75); er diskutiert die Frage einer Intoxikation nicht weiter und führt das hier aktenkundige Laborresultat mit als erhöht angegebenen Werten (Sachv. E.e) nicht als Voraktum auf. In einer späteren Stellungnahme anerkennt der medizinische Dienst ebendieses Laborresultat explizit, hält Werte im Normbereich fest und ergänzt, der unterzeichneten Ärztin seien die Normwerte *nach Mobilisation* nicht bekannt (Sachv. E.f, 2. Abschnitt). Der neurologische Gutachter schliesst eine Giftexposition als Ursache des Krankheitsbildes in einem Satz aus (IV-act. 37 p. 10). Da er diese Feststellung aber nicht weiter

ausführt, bleibt unklar, wie er zu dieser Überzeugung kommt. Bemerkenswerterweise stellt der medizinische Dienst der Vorinstanz zu diesem Punkt denn auch auf das ältere deutsche Gutachten vom 21. Januar 2003 statt auf das aktuellere vom 21. Dezember 2013 ab (s.o.).

**8.3** Die Beschwerdeführerin vermutet eine Sensitivität gegenüber verschiedenen Chemikalien (Multiple-Chemikalien-Sensitivität [MCS]) als Ursache ihrer Beschwerden, was auch durch die deutschen Hausärzte angegeben, wenn auch nicht eigens diagnostiziert wird (IV-act. 44, 45, 55). Eine solche Sensitivität gilt als idiopathisch (Erkrankung mit unbekannter Ursache), die Symptome seien allerdings reproduziert auslösbar und vergingen bei Meidung der auslösenden Substanzen (vgl. BARTHA/BAUMZWEIGER/BU-SCHER *et al*, Multiple Chemical Sensitivity: A 1999 Consensus, in Archives of Environmental Health, 1999, S. 147). Gegenüber den Gutachtern Aa.\_\_\_\_\_ und Bb.\_\_\_\_\_ erläuterte die Beschwerdeführerin, kaum mehr aus dem Haus zu gehen und sich dort entsprechend eingerichtet zu haben (IV-act. 37 p. 5); eine Untersuchung auf die Diagnosekriterien von MCS oder ein Ausschluss derselben ist jedoch nicht aktenkundig. Gegen welche Chemikalien allenfalls eine Sensitivität vorliegt, ob bei Aufnahme einer Erwerbstätigkeit eine Konfrontation mit diesen zu erwarten wäre und welche funktionellen Einschränkungen daraus folgen würden, lässt sich den Akten deshalb nicht entnehmen.

**8.4** Aktenkundig absolvierte die Beschwerdeführerin einen stationären Aufenthalt in der psychosomatischen Fachklinik T.\_\_\_\_\_ (Sachv. D.c), deren Bericht jedoch nicht in den Akten enthalten ist. Ob im Rahmen dieses Aufenthalts eine Intoxikation oder MCS untersucht wurden, muss offen bleiben.

**8.5** Nach diesen Erwägungen kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass die berichteten Beschwerden nicht mindestens teilweise auf einer chronischen Intoxikation, die bisher nie eingehend untersucht worden ist, beruhen. Auch bleibt unbeantwortet, ob eine MCS vorliegt und welche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit daraus zu gewärtigen sind. Sollte sich entgegen der vorinstanzlichen Einschätzung bestätigen, dass das anlässlich der Rentenzusprache am 25. September 2002 festgehaltene chronische Erschöpfungssyndrom unklarer Ätiologie auf eine Intoxikation oder MCS zurückzuführen war, wäre die vorliegend verfügte Rentenrevision nach den Schlussbestimmungen nicht zulässig.

**9.**

Nach Erlass der angefochtenen Verfügung gingen bei der Vorinstanz weitere Berichte ein (Sachv. E.h), die einen Zustand vor Verfügungserlass beschreiben und deshalb durch das Gericht mit zu berücksichtigen sind (E. 5.3). Darunter findet sich ein radiologischer Bericht mit der Beschreibung von 'dancing dens', der von der Beschwerdeführerin in Zusammenhang mit starken Schmerzen und Funktionseinschränkungen der Arme und Hände (IV-act. 74), beschwerdeweise gar mit Lähmungen (act. 1) in Zusammenhang gebracht wird. Solche Beschwerden werden in den amtlichen Gutachten (IV-act. 36, 37) weder anamnestisch beschrieben noch untersucht. Ob sie erst nach der amtlichen Begutachtung neu auftraten, lässt sich aus den Akten nicht eruieren. Aufgrund ihrer potentiell erheblichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit müssen diese Beschwerden abgeklärt werden.

**10.**

**10.1** Nach diesen Erwägungen wurde der Sachverhalt vorinstanzlich in Bezug auf eine allfällige Intoxikation, Chemikaliensensitivität und Beschwerden der Halswirbelsäule nicht vollständig erhoben. Zudem hat das Bundesgericht am 3. Juni 2015 seine Rechtsprechung betreffend pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage geändert (E. 5.7), weshalb dieser Komplex neu beurteilt werden muss.

**10.2** Der Beweis über sozialversicherungsrechtliche Ansprüche ist schwergewichtig auf Stufe des Administrativverfahrens zu führen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2), auch wenn das Gericht reformatorisch entscheiden kann (Art. 61 VwVG). Nach bundesgerichtlicher Praxis ist ein Verfahren jedenfalls zurückzuweisen, falls eine notwendige Erhebung einer bisher völlig ungeklärten Frage ansteht (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4) oder auch eine Ergänzung im Lichte der revidierten Rechtsprechung notwendig ist (Urteil BGer 8C\_10/2015 vom 05. September 2015 E. 6.4).

**10.3** Die Sache ist deshalb zur Begutachtung in den Disziplinen Innere Medizin, Rheumatologie sowie Psychiatrie und Neubeurteilung unter Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung des Bundesgerichts an die Vorinstanz zurückzuverweisen.

**10.4** Bei diesem Resultat erübrigt sich eine Beurteilung der verbleibenden Rügen der Beschwerdeführerin.

**11.**

**11.1** Die Verfahrenskosten sind in der Regel der unterliegenden Partei aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Der Vorinstanz werden allerdings keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Der obsiegenden Beschwerdeführerin sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen und ist der von ihr geleistete Kostenvorschuss nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihr bekanntzugebendes Konto zurückzuerstatten.

**11.2** Die Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz für die ihr erwachsenen notwendigen Kosten (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7ff des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2). Da sie keinen Rechtsvertreter beauftragt hat, sind die Kosten aber verhältnismässig gering und ist von einer Entschädigung abzusehen (Art. 64 Abs. 4 VwVG, Art. 7 Abs. 4 VGKE).

## **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

### **1.**

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Verfügung aufgehoben und die Sache zur ergänzenden Abklärung und neuem Entscheid im Sinne der Erwägung 10 an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

### **2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der geleistete Kostenvorschuss wird nach Rechtskraft dieses Urteils auf ein von der Beschwerdeführerin bekannt zu gebendes Konto zurückerstattet.

### **3.**

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

### **4.**

Dieses Urteil geht an:

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

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Beat Weber

Daniel Golta

## **Rechtsmittelbelehrung:**

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

Versand: