



---

Abteilung III  
C-4511/2017

## Urteil vom 27. Dezember 2019

---

Besetzung

Richterin Viktoria Helfenstein (Vorsitz),  
Richter Michael Peterli, Richter Beat Weber,  
Gerichtsschreiber Roger Stalder.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Frankreich),  
Beschwerdeführerin,

Gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Invalidenrente,  
Wiedererwägungsverfügung der IVSTA vom 11. Juli 2017.

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

Die 1961 geborene schweizerische Staatsangehörige A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte oder Beschwerdeführerin) brach eine Lehre als Pferdepflegerin ab. Nach einer ohne anerkanntes Diplom abgeschlossenen Ausbildung als Hundecoiffeuse bei ihrer Mutter (1977 bis 1979) arbeitete sie erst in diversen Berufsfeldern (Kassiererin, Kioskbetreiberin, Fabrikarbeiterin, etc.), von 1984 bis 1997 als Camion-, Taxi- und Bus-Chauffeuse und 2001/2002 als Austrägerin bzw. Telefonistin. In den Jahren 2003 bis 2006 war sie im Rahmen einer Umschulung als Treuhand-Praktikantin bzw. Sachbearbeiterin Buchhaltung tätig, bevor sie 2007 nochmals stundenweise Camions führte (Akten [nachfolgend IV-act.] der Invalidenversicherungs-Stelle für Versicherte im Ausland [nachfolgend IVSTA oder Vorinstanz] 6/2, 17/8 f., 67/15). Sie wanderte 2013 nach Frankreich aus und ist derzeit wohnhaft in (...) (Frankreich), gemeinsam mit ihrer Tochter B.\_\_\_\_\_ und ihrer Mutter C.\_\_\_\_\_ (IV-act. 1, 17/8, 67/15, 68, 69/1, 70).

**B.**

**B.a** Am 6. September 1996 meldete sich die Versicherte zum Bezug von IV-Leistungen an, insbesondere für Berufsberatung und Umschulung. Sie begründete den Antrag mit dauernden Schmerzen und Schwindelanfällen nach insgesamt drei Unfallgeschehen in den Jahren 1987, 1990 und 1994. Aufgrund dieser Beschwerden könne sie ihren damals ausgeübten Beruf als Chauffeuse seit März 1996 nicht mehr ausüben (IV-act. 1). In den Akten ist im Jahr 1998 ein weiteres Unfallereignis verzeichnet (IV-act. 17/11; vgl. auch IV-act. 15/2 f.).

**B.b** Die Unfallversicherung D.\_\_\_\_\_ verneinte mit Verfügung vom 16. Juli 1996 einen Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen und wies eine dagegen erhobene Einsprache am 20. Februar 1997 ab (IV-act. 5). Das Verwaltungsgericht des Kantons E.\_\_\_\_\_ schützte diesen Entscheid mit Urteil vom 12. Oktober 1998 (IV-act. 17/7).

**B.c** Die Pensionskasse F.\_\_\_\_\_ sprach der Versicherten ab dem 1. März 1997 eine Invalidenrente bei 100%iger Arbeitsunfähigkeit zu, zuzüglich einer rückzahlbaren Bevorschussung der erwarteten Rente der Invalidenversicherung (IV-act. 9, 13, 17/7 Mitte). Gemäss Angaben der Versicherten im Rahmen eines Gutachtens im Jahr 2005 wurde später eine Summe von

Fr. 97'000.– zur Rückzahlung fällig (IV-act. 47/20 und 47/27; nachstehend Bst. C.d).

### C.

**C.a** Nach einer psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, (...) (Gutachten vom 7. März 1997; IV-act. 6) und einer neuropsychologischen Begutachtung durch die Dres. med. H. \_\_\_\_\_ und I. \_\_\_\_\_ der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Spitals J. \_\_\_\_\_ (Gutachten vom 12. Mai 1999; IV-act. 15) wurde durch die IV-Stelle E. \_\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag gegeben (IV-act. 16). Am 7. September 2000 erstattete das Zentrum K. \_\_\_\_\_, (...), sein Gutachten (IV-act. 17). Darin hielten die begutachtenden Ärzte Dres. med. L. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_ als Hauptdiagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Zervikalsyndrom und zervikozepale Beschwerden sowie eine gemischte dissoziative Störung (Konversionsstörung) und als Nebendiagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einen subluxierbaren Nervus ulnaris im Sulcus beidseits, rechts mehr als links, sowie einen Verdacht auf ein leichtes Thoracic outlet-Syndrom (Schultergürtel-Kompressionssyndrom) fest. Die Ätiologie der Chronizität der zervikalen Beschwerden bleibe nach so vielen Jahren unklar, möglicherweise habe „damals“ – wohl im Unfallzeitpunkt 1994 – schon eine somatoforme Komponente eine Rolle gespielt. Tatsache sei jedenfalls, dass nie ein radikuläres Ausfallsyndrom festgestellt worden sei und auch nie andere somatische Affektionen, die geeignet gewesen seien, dieses Beschwerdebild zu erklären. In Anbetracht der Beeinträchtigung auf gesamtmedizinischem Gebiet, der chronischen Beschwerden und Schmerzen, des funktionellen (subjektiv, ohne körperliche Symptome) Hemisyndroms und der Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen müsse gesagt werden, dass die Explorandin, damals (1994) in dieser besonderen Tätigkeit als Bus-Chauffeuse praktisch nicht arbeitsfähig gewesen sei, wie sie es auch heute nicht sei. Aus medizinischer Sicht sei die Explorandin für jede körperlich mittelschwere, rückenadaptierte und insbesondere den Nacken nicht belastende Tätigkeit in Wechselhaltung vollschichtig arbeitsfähig (IV-act. 17/23 f.). Auch im Bericht der N. \_\_\_\_\_ (...) vom 4. Mai 2001 wurde die Versicherte – aufgrund einer Arbeitsabklärung vom 12. März bis 6. April 2001 – als für eine körperlich mittelschwere, rückenadaptierte und insbesondere den Nacken nicht belastende Tätigkeit in Wechselhaltung zu 100% arbeitsfähig beurteilt (IV-act. 21).

**C.b** Mit Verfügung vom 25. März 2002 (IV-act. 27) stellte die IV-Stelle E. \_\_\_\_\_ fest, es bestehe bei einem Invaliditätsgrad von 31% kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Dieser Entscheid wurde vom Verwaltungsgericht des Kantons E. \_\_\_\_\_ mit Urteil vom 9. Oktober 2002 (IV-act. 32) geschützt, soweit es auf die Beschwerde eintrat.

**C.c** Hingegen sprach die IV-Stelle der Versicherten berufliche Massnahmen zu. Konkret wurden die Kosten für eine Einarbeitung im Bereich Telefonmarketing und allgemeine Sekretariatsarbeiten (IV-act. 30, 33), Abklärungen im Bereich Buchhaltung (IV-act. 34), ein(e) Umschulung/Arbeitstraining im Bereich Treuhand (IV-act. 37) und doppelte Buchhaltung/Rechnungswesen (IV-act. 41, 46, 49, 52) übernommen. Diese Massnahmen wurden bis Januar 2008 (IV-act. 54/2) erfolgreich abgeschlossen.

**C.d** Während der laufenden beruflichen Massnahmen wurde, nachdem die Versicherte eine gesundheitliche Verschlechterung geltend gemacht hatte (IV-act. 54/2), per 9. August 2005 ein Verlaufsgutachten (Zwischenanamnese seit erster Begutachtung im August 2000, vgl. IV-act. 47/4 und 8) der bereits zuvor involvierten Gutachterstelle K. \_\_\_\_\_ (Dres. med. O. \_\_\_\_\_, P. \_\_\_\_\_ und Q. \_\_\_\_\_) erstattet. Es wurden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine dissoziative Störung (Konversionsstörung gemischt), eine depressive Störung, zurzeit leichte bis mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom, akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge, eine somatoforme Schmerzstörung sowie ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Tendovaginitis Stenosans Dig. III rechts und Zustände nach (einer) Tonsillektomie sowie nach Hämorrhoidenoperationen 1991 und 1993 diagnostiziert. Seit Mai 2003 absolviere die Versicherte eine Umschulung zur kaufmännischen Sachbearbeiterin, nachdem eine erste berufliche Abklärung wegen Überforderung habe abgebrochen werden müssen. Durch die psychische Konstellation sei die Versicherte in ihrer psychophysischen Belastbarkeit eingeschränkt. Die Einschränkung für die derzeit ausgeübte Bürotätigkeit betrage 40%. Sicher habe diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (im jetzigen Ausmasse) bei Beginn der beruflichen Massnahmen im Mai 2003 bestanden (IV-act. 47).

**C.e** Nach erfolgreichem Abschluss der Umschulung im Januar 2008 erachteten die IV-Stelle E. \_\_\_\_\_ und der Regionale Ärztliche Dienst der Invalidenversicherung (nachfolgend RAD) aufgrund der langen Verlaufsgeschichte und in Ergänzung der polydisziplinären Begutachtungen vom 7. September 2000 (vgl. Bst. C.a hiervor) und 9. August 2005 (vgl. Bst. C.d

hiervor) eine erneute Verlaufsbegutachtung als angezeigt (IV-act. 54; vgl. auch IV-act. 48).

**C.f** Das interdisziplinäre Verlaufsgutachten der schon zuvor involvierten Gutachterstelle K.\_\_\_\_\_ (Dres. med. R.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_ und T.\_\_\_\_\_) wurde am 7. Juli 2009 erstattet (IV-act. 55). Darin wurden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine dissoziative Störung der Bewegung und Empfindung, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine Persönlichkeit mit akzentuierten (histrionischen) Zügen sowie als Nebendiagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine substituierte Hypothyreose, gegenwärtig euthyreot, eine muskuläre Dysbalance im Schultergürtelbereich und verdachtsweise eine chronische Sinusitis maxillaris links diagnostiziert (IV-act. 55/26). Bezüglich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine gewisse Verminderung des Durchhaltevermögens, welche sich einerseits in einer gewissen Impulsivität der Versicherten unter Belastung, andererseits in einer Zunahme des Schmerzleidens mit entsprechender Symptomatik (Klagen über Schmerzen, Konzentrationsstörungen und anderes mehr) äussere. In psychisch wenig belastenden Tätigkeiten sei die Versicherte zu 70%, als Sachbearbeiterin Rechnungswesen zu 60% arbeitsfähig.

**C.g** Der RAD übernahm die gutachterlichen Feststellungen in seine Stellungnahme vom 30. September 2009 (IV-act. 56/3), worauf die IV-Stelle E.\_\_\_\_\_ der Versicherten mittels Vorbescheid vom 27. Oktober 2009 eine Viertelsrente ab Mai 2003 aufgrund eines Invaliditätsgrads von 48 % in Aussicht stellte (IV-act. 57). Am 17. März 2010 erging eine entsprechende Verfügung (IV-act. 63/8 ff.); diese trat – soweit aus den Akten ersichtlich – unangefochten in Rechtskraft.

## **D.**

**D.a** Am 27. März 2012 leitete die IV-Stelle E.\_\_\_\_\_ von Amtes wegen eine Revision der Invalidenrente ein (IV-act. 64/1). Die Versicherte gab auf dem Revisionsfragebogen eine Verschlechterung ihres Allgemeinzustands und ihrer Schmerzen an; zusätzlich leide sie unter Stuhl- und Harninkontinenz, weshalb sie das Haus kaum noch verlassen könne und für alltägliche Verrichtungen auf die Hilfe der Tochter angewiesen sei (IV-act. 64/2 ff.). Der behandelnde Hausarzt bestätigte am 2. August 2012 eine im März 2012 hinzugegetretene Kniekontusion links mit möglichen Binnenschäden sowie die Stuhlinkontinenz. Er erachte die Versicherte seit März 2010 als

Bus- und Lastwagen-Chauffeuse voll arbeitsunfähig sowie die Therapiemöglichkeiten als ausgeschöpft (IV-act. 65).

**D.b** Der RAD erachtete am 9. Oktober 2012 eine erneute polydisziplinäre Begutachtung in den Disziplinen Allgemeine/Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie als angezeigt (IV-act. 66).

**D.c** Das Gutachten durch die U. \_\_\_\_\_ (...), erstellt durch Ärzte der Fachbereiche Psychiatrie & Psychotherapie (Dr. med. V. \_\_\_\_\_), Innere Medizin (Dr. med. W. \_\_\_\_\_), Neurologie (Dr. med. X. \_\_\_\_\_) und Orthopädische Chirurgie (Dr. med. Y. \_\_\_\_\_), erfolgte am 25. Juli 2013 (IV-act. 67) und erkannte keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (für die Tätigkeit als LKW-Chauffeuse oder Sachbearbeiterin) mehr. Als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit wurden festgehalten: Somatoforme Schmerzstörung (F45.4), Primärpersönlichkeit mit emotional instabilen, vermeidenden, unreifen, selbstunsicheren Anteilen und sozialen Ängsten (ohne Krankheitswertigkeit), Status nach Analfistel-Operation mit verbleibender gelegentlicher Stuhlinkontinenz, episodische Migräne mit zeitweiliger Aura, auch mit passageren vestibulären Migräne-Äquivalenten, chronisch wiederkehrende Cerviko-Dorsalgien bei beginnenden degenerativen HWS- und BWS-Veränderungen, wiederkehrende Gonalgien links, wiederkehrende Sprunggelenkarthralgien beidseits, Spreizfuss beidseits, Adipositas. Es ergebe sich nach sorgfältiger Exploration und ausführlicher körperlicher Untersuchung eine Diskrepanz zwischen den subjektiv geschilderten Beschwerden und den bei der Untersuchung objektivierbaren Defiziten. Im Vordergrund stehe dabei eine seit 2000 bekannte somatoforme Schmerzstörung und eine Persönlichkeitsvariante, beides ohne versicherungsmedizinische Relevanz. Die in somatischer Hinsicht diagnostizierten Störungen seien ebenfalls weitgehend überwindbar. Somit ergäben sich interdisziplinär im Konsens keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als auch in einer geeigneten Verweisungstätigkeit (LKW-Chauffeuse/Sachbearbeiterin). Retrospektiv bestehe das attestierte Ausmass der Arbeitsfähigkeit seit etwa Ende 2011, infolge einer Verbesserung der psychiatrisch begründbaren Beschwerdesymptomatik. Prognostisch werde jedoch wegen der länger bestehenden beruflichen Pause eine abgestufte berufliche Integration unter Supervision der IV empfohlen, um ein besseres Ergebnis bei der beruflichen Wiedereingliederung zu erzielen (IV-act. 67/26 und 28).

**D.d** Nach aufgrund des Wegzugs der Versicherten aus der Schweiz (vgl. Bst. A. hiervor) übernommener Zuständigkeit orientierte die IV-Stelle für Versicherte im Ausland, IVSTA, am 25. November 2013 über die weitere Ausrichtung der bisherigen Viertelsrente ab 1. Dezember 2013 (IV-act. 68).

**D.e** Mit Vorbescheid vom 5. Februar 2014 informierte die IVSTA die Beschwerdeführerin über die beabsichtigte Aufhebung der bisher ausgerichteten Viertelsrente (IV-act. 73). Sie berief sich dabei auf ihr Recht zur Wiedererwägung, da in der rentenbegründenden Verfügung vom 17. März 2010 (IV-act. 63/8; vgl. Bst. C.g hiervor) die nach damaliger Praxis des Bundesgerichts bereits anwendbar gewesenen Förster-Kriterien nicht berücksichtigt worden seien, weshalb die Verfügung offensichtlich unrichtig gewesen sei. Nach dem neu eingeholten Gutachten bestehe auch keine rentenbegründende Invalidität mehr.

**D.f** Die Versicherte liess gegen den Vorbescheid am 24. März 2014 einwenden, die Förster-Kriterien seien aufgrund ihres völligen sozialen Rückzugs und ihrer bis heute anhaltenden psychiatrischen Leiden erfüllt. Aufgrund des Widerspruchs der Darstellung der Versicherten zum Ergebnis der neuesten amtlichen Begutachtung sei ein unabhängiges interdisziplinäres Gutachten einzuholen (IV-act. 77).

**D.g** Im Rapport der Vorinstanz mit den Ärzten des medizinischen Dienstes vom 26. Juni 2014 wurden die vorgebrachten Einwände gewürdigt, die Förster-Kriterien aber als sowohl zur Zeit der Rentenzusprache wie auch der neueren Begutachtung als klar nicht erfüllt beurteilt. Eine nochmalige Begutachtung sei deshalb nicht notwendig (IV-act. 81).

**D.h** Mit Verfügung vom 11. Juli 2014 hob die Vorinstanz die Invalidenrente der Versicherten wiedererwägungsweise auf und sprach ihr ab September 2014 jeglichen Rentenanspruch ab (IV-act. 83).

## **E.**

**E.a** Dagegen erhob die Versicherte am 20. August 2014 (Postaufgabe: 4. September 2014) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Sie beantragte die Aufhebung der rentenaufhebenden Verfügung vom 11. Juli 2014 und die Weiterausrichtung der zuvor gewährten Invalidenrente (IV-act. 86, vgl. auch Replik, IV-act. 95, 100). Die Vorinstanz schloss in ihrer Vernehmlassung vom 7. November 2014 auf Abweisung der Beschwerde (IV-act. 91, vgl. auch Duplik, IV-act. 102).

**E.b** Mit Urteil C-5070/2014 vom 10. März 2016 hiess das Bundesverwaltungsgericht die Beschwerde insoweit gut, als die Sache zu ergänzenden Abklärungen und neuem Entscheid im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wurde (IV-act. 109). Das Bundesverwaltungsgericht erwog, die rentenbegründende Verfügung vom 17. März 2010 (vgl. Bst. C.g hiervor) sei nicht unter Nachachtung der damals geltenden und konkret anwendbaren höchstrichterlichen Rechtsprechung (BGE 130 V 352; Urteil des BGer I 9/07 vom 9. Februar 2007; vgl. Urteil BVGer C-5070/2014 E. 6.1) erfolgt. Es liege somit einerseits eine Bundesrechtsverletzung und andererseits kein zu schützender Ermessensentscheid vor. Bei der wiederkehrenden Rentenleistung sei die Erheblichkeit zu bejahen, die Vorinstanz habe sich zu Recht auf die Möglichkeit der Wiedererwägung berufen, eine Neufestsetzung der Rente für die Zukunft sei möglich (E. 6.1, E. 7.1 i.V.m. E. 4.6). Während das Bundesverwaltungsgericht der somatischen Befundung im U. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 25. Juli 2013 (vgl. Bst. D.c hiervor) vollen Beweiswert zusprach, vermochte die psychiatrische Befundung aufgrund von Widersprüchlichkeiten und Unklarheiten nicht zu überzeugen. Zudem stellte das Gericht fest, dass das psychiatrische Teilgutachten die Kriterien der neueren Bundesgerichtspraxis zu pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (gemäss BGE 141 V 281; E. 5.5.3) nicht erfülle (E. 7.2.4 al. 2 und E. 7.2.5 al. 4). Da sich die Vorinstanz ausschliesslich auf das insofern nicht voll beweiskräftige U. \_\_\_\_\_-Gutachten gestützt hatte, wies das Bundesverwaltungsgericht die Sache an die Vorinstanz zurück und ordnete die Durchführung einer ergänzenden, bidisziplinären rheumatologisch-psychiatrischen Begutachtung unter Berücksichtigung der neueren Bundesgerichtspraxis und sorgfältiger Anamnese an (E. 8.1).

## F.

**F.a** Am 6. September 2016 beauftragte die Vorinstanz Dr. med. Z. \_\_\_\_\_, (Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen) und Dr. med. Aa. \_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) mit der medizinischen Abklärung (IV-act. 117 f.); die entsprechenden Expertisen datieren vom 7. Februar 2017 (IV-act. 139 und 140). Dr. med. Aa. \_\_\_\_\_ stellte die Diagnose einer anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10 F45.4 – eine Differenzierung der beiden Subtypen der Kategorie F45.4 sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit möglich [IV-act. 139/27-29]) bei akzentuierten (narzisstisch/ sthenisch/ burschikos, histrionisch/ emotional instabil/ unreif/ infantil, vermeidend/ selbstunsicher/ sozial-

ängstlich) Persönlichkeitszügen (Z73.1), bei unterdurchschnittlicher verbaler Intelligenz (VKI-A: IQ 78), mit depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (F32.4), mit Status nach dissoziativer Störung (St. n. F44) (IV-act. 139/21). Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei eine relevante Arbeitsunfähigkeit ( $\geq 20\%$ ) nicht begründbar, dies mit Sicherheit ab dem Datum der Untersuchung, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits ab dem Juli 2013 (IV-act. 139/37). Dr. med. Z. \_\_\_\_\_ hält in seinem Gutachten keine Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-act. 140/9 Ziff. III.1). Als Diagnosen ohne solche Auswirkungen dokumentiert er (IV-act. 140/9 Ziff. III.1 ff.): Anhaltende Schmerzstörung, gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung von Dr. med. Aa. \_\_\_\_\_, (...) (Ziff. III.2); Chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom, nicht ausreichend somatisch abstützbar, krankheitsfremde Faktoren, primäres Fibromyalgie-Syndrom, nicht dermatombezogene Hyposensibilität der ganzen rechten Körperhälfte, inklusive der Stirnregion, für ausschliesslich taktile Reize bei allseits normalem Lage- und Vibrationssinn, Panalgie, diffuse Druckschmerzangabe, Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke, Panvertebralsyndrom mit diffuser Ausstrahlung, multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Brennen im Körper, Blockierungen im Körper, Tinnitus, Schmerzen im Brustkorb und Bauchraum, ungerichtete Steh- und Gehunsicherheit (Ziff. III.3); diffuse idiopathische skelettale Hyperostose, beginnende Bewegungseinschränkungen der Brustwirbelsäule (Ziff. III.4); Adipositas mit Body-Mass-Index von 35.54 kg/m<sup>2</sup> (Ziff. III.5); gestörte Gluceogenese (Ziff. III.6); Nikotinkonsum von ca. 30 pack years (Ziff. III.7); anamnestisch Reizmagen-Syndrom (Ziff. III.8); Verweis auf persönliche Anamnese (Ziff. III.9). Für die von der Versicherten früher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten vermochte der Gutachter „für keinen Zeitraum“ eine anhaltende Einschränkung festzustellen, ausgenommen eine zeitliche limitierte Einschränkung im zeitlichen Umfeld der im Februar 2016 vorgenommenen Mammareduktionsplastik; für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig belastenden Arbeitsprofil könne aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden (IV-act. 140/17). In der bidisziplinären Konsensbeurteilung wurde eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab Juli 2013 und mit Sicherheit ab dem Untersuchungszeitpunkt verneint (IV-act. 139/36, 140/17).

**F.b** Auf Initiative des zu einer Stellungnahme angefragten Experten des medizinischen Dienstes (Dr. med. Bb. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, 16. Februar 2017, IV-act. 148) wurden die Gutachten im Rahmen eines internen medizinischen Kolloquiums besprochen

und für voll beweiskräftig erachtet (Protokoll vom 30. März 2017, IV-act. 151).

**F.c** Mit Vorbescheid vom 2. Mai 2017 stellte die Vorinstanz in Aussicht, die Invalidenrente der Versicherten ab dem 1. September 2014 aufzuheben; die Verfügung vom 17. März 2010 sei zweifellos unrichtig. In ihrem Einwand vom 19. Mai 2017 beantragte die Versicherte, es sei ihr weiterhin eine Invalidenrente auszurichten.

**F.d** Mit Verfügung vom 11. Juli 2017 entschied die Vorinstanz im Sinne des Vorbescheides vom 2. Mai 2017. Einer Beschwerde wurde die aufschiebende Wirkung entzogen (IV-act. 159).

## **G.**

**G.a** Dagegen erhob die Versicherte am 24. Juli 2017 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte im Wesentlichen, es sei die Verfügung vom 11. Juli 2017 aufzuheben und es sei ihr weiterhin eine IV-Rente auszurichten; die Verfahrenskosten seien der Vorinstanz aufzuerlegen (Akten im Beschwerdeverfahren [nachfolgend B-act.] 1).

**G.b** Mit Zwischenverfügung vom 26. Oktober 2017 wurde das Gesuch der Beschwerdeführerin auf unentgeltliche Rechtspflege gutgeheissen (B-act. 8).

**G.c** In ihrer Vernehmlassung vom 2. November 2017 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde (B-act. 9).

**G.d** Die Beschwerdeführerin in ihrer Replik vom 20. November 2017 (B-act. 11) wie auch die Vorinstanz in ihrer Duplik vom 8. Dezember 2017 (B-act. 13) hielten an ihren Anträgen fest.

**G.e** Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften und Beweismittel der Parteien ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

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

### **1.**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG, SR 172.021]); BVGE 2016/15 E. 1; 2014/4 E. 1.2).

**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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG; SR 831.20) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

**1.2** Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. 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 IV anwendbar (Art. 1a - 26<sup>bis</sup> und 28 - 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

**1.3** Als direkte Adressatin ist die Beschwerdeführerin von der angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2017 (act. 159) berührt und kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist einzutreten.

**1.4** Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 11. Juli 2017 (IV-act. 159), mit welcher die Vorinstanz die Rente in Anwendung von Art. 53 Abs. 2 ATSG – in Bestätigung der vom Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-5070/2014 vom 10. März 2016 (IV-

act. 109) aufgehobenen Verfügung vom 11. Juli 2014 (IV-act. 83) – rückwirkend per 1. September 2014 aufgehoben hat. Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieser Verfügung und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob der Vorinstanz in medizinischer Hinsicht – wie vom Bundesverwaltungsgericht im Entscheid C-5070/2014 vom 10. März 2016 angeordnet (vgl. E. 8.1) – nun eine voll beweiskräftige, bidisziplinäre Expertise als Entscheidbasis diene.

**1.5** Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG). Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG).

## **2.**

**2.1** Mit der Rückweisung der Angelegenheit an die Vorinstanz ist das Bundesverwaltungsgericht an den Entscheid C-5070/2014 vom 10. März 2016 gebunden (BGE 135 III 334 E. 2; Urteile des BGer 8C\_680/2015 vom 14. Dezember 2015 E. 4.1 und 4.3.3 und 8C\_720/2015 vom 12. April 2016 E. 3), weshalb – anstelle einer Wiederholung der entsprechenden Erwägungen im vorliegenden Entscheid – insbesondere betreffend die Anwendbarkeit des europäischen Koordinationsrechts und des innerstaatlichen Rechts (E. 3 und E. 4.1), die Untersuchungsmaxime (E. 4.2 und E. 5.2), die Invalidität und den Rentenanspruch (E. 4.3 und 4.4) sowie die Revision und Wiedererwägung (E. 4.5, E. 4.6 und insb. E. 6.4) auf die entsprechenden Erwägungen im oben erwähnten Urteil verwiesen werden kann. Dasselbe gilt auch für Erwägungen betreffend die Beweis- und Überzeugungskraft der somatischen Teilgutachten des U. \_\_\_\_\_-Gutachtens vom 25. Juli 2013 (insb. E. 7.2.4). Mit Blick auf die neuere bundesgerichtliche Rechtsprechung ist im Zusammenhang mit dem Beweiswert eines ärztlichen Berichts oder Gutachtens jedoch Folgendes zu beachten:

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

wertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

**2.3** Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C\_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende

Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

**2.4** Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Zu ergänzen bleibt, dass sich das Bundesgericht in zwei wichtigen Leitentscheiden zur Beurteilung der invalidisierenden Wirkung psychischer Leiden geäussert hat. Es distanzierte sich im Rahmen seiner Praxisänderung zu Depressionen und anderen psychischen Leiden von der (kurzen Episode der) Sonderrechtsprechung für Depressionen, weitete die Indikatorenprüfung der neuen "Schmerzrechtsprechung" gemäss BGE 141 V 281 auf sämtliche psychischen Leiden aus und präzierte einige der Indikatoren (vgl. BGE 143 V 409 [= 8C\_841/2016 vom 30. November 2017] und 143 V 418 [=8C\_130/2017 vom 30. November 2017]).

### 3.

**3.1** Die Vorinstanz befasste sich in der angefochtenen Verfügung mit dem seitens der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwand, dass sie „gezwungen“ worden sei, mittels Vollmacht auch in die Aushändigung des U. \_\_\_\_\_-Gutachtens, das ja „vom Gericht beanstandet“ worden sei, an

den Gutachter einzuwilligen (IV-act. 153/2 Ziff. 2; vgl. zum Vorgang IV-act. 116, 119, 125, 139/107 ff. [auch Beschwerdebeilage]). Dies sei notwendig gewesen, damit den Gutachtern die vollständige Dokumentation habe vorgelegt werden können. Die nach der Rückweisung eingeholten Gutachten der Dres. med. Aa. \_\_\_\_\_ und Z. \_\_\_\_\_ seien aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen und Einsicht in die Akten erstellt worden. Die neuere Bundesgerichtspraxis sei berücksichtigt und die Anamnese sorgfältig erhoben worden. Das Gutachten von Dr. med. Aa. \_\_\_\_\_ erfülle gemäss dem eigenen ärztlichen Fachgremium die notwendigen Anforderungen, um ihm volle Beweiskraft zuzusprechen; insbesondere seien die Standardindikatoren gemäss neuer Rechtsprechung geprüft worden. Als einzige zu berücksichtigende Diagnose erweise sich die somatoforme Schmerzstörung – diese habe aber keine Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit.

**3.2** In ihrer Beschwerde und Replik rügt die Versicherte wiederum, dass sie angehalten worden sei, der Herausgabe des U. \_\_\_\_\_-Gutachtens an den nunmehrigen Gutachter zuzustimmen – sie könne nicht neutral begutachtet werden, „wenn ein fehlerhafter Bericht im Vordergrund“ stehe. Sie beanstandet denn auch die Begutachtung als voreingenommen – die Gutachter „stützen sich wieder nur auf die Unterlagen von der U. \_\_\_\_\_ (...)“ (S. 3 Ziff. 4). Sie macht methodische Mängel in der Befunderhebung und geltend und beanstandet die Art, wie Gutachter und Mitarbeiter der Vorinstanz mit ihr umgegangen seien. Sie drückt ihr Unverständnis darüber aus, dass die IV zwar festhalte, sie leide an einer (wenngleich angeblich nur leichten) somatoformen Schmerzstörung, somit also die Förster-Kriterien erfülle, aber dennoch keine Rente mehr bekommen solle. Die Schmerzen seien da, real und tagesformabhängig. Eingereichte Röntgenbilder würden für sich sprechen.

**3.3** Die Vorinstanz verweist in ihrer Stellungnahme und Replik auf den Prozessverlauf bis zum Urteil des Bundesverwaltungsgerichts. Aus den in der Folge eingeholten Gutachten ergebe sich, dass in somatisch-rheumatologischer Hinsicht kein Leiden vorliege, das eine Arbeitsunfähigkeit verursache. In psychiatrischer Hinsicht sei einzig noch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (ICD 10 F45.4) zu stellen, welche aber in Anwendung der Vorgaben der bundesgerichtlichen Rechtsprechung („Standardindikatoren“) keine Arbeitsunfähigkeit verursache. Die medizinischen Feststellungen im Rahmen der ersten Abklärungen würden auch in zeitlicher Hinsicht bestätigt, so dass die rückwirkende Aufhebung der Rente ge-

rechtfertigt sei. Den nun eingeholten Gutachten komme vor dem Hintergrund der diesbezüglichen Anforderungen der Rechtsprechung voller Beweiswert zu. Die Untersuchungen seien umfassend durchgeführt, die Anamnese ausführlich erhoben worden und es habe auch eine Auseinandersetzung mit den Vorakten stattgefunden. Die Beurteilung sei nachvollziehbar und es bestünden keine objektiven Anhaltspunkte für eine voreingenommene Haltung der Gutachter. Die von der Beschwerdeführerin eingereichten Röntgenbilder seien im rheumatologischen Gutachten (in dessen Rahmen sie auch erhoben worden seien) gewürdigt worden.

#### **4.**

**4.1** Die Arbeits- resp. Erwerbsunfähigkeit als Voraussetzung der Invalidität (siehe dazu eingehend Urteil des BVGer C-5070/2014 vom 10. März 2016 E. 4.3 f.) ist das Resultat der – einem objektivierten Massstab folgenden – Beurteilung, ob die versicherte Person trotz eines ärztlich diagnostizierten Leidens einer angepassten Arbeit zumutbarerweise ganz oder teilweise nachgehen kann (BGE 141 V 281 E. 3.7.3). Entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin – die aus der gestellten Diagnose der somatoformen Schmerzstörung auf ihre Invalidität zu schliessen scheint – ist die Diagnose nicht End- sondern Ausgangspunkt der Frage nach den funktionellen Auswirkungen einer Störung (BGE 143 V 418 E. 6). Zur Klärung dieser Auswirkungen hat die neuere bundesgerichtliche Rechtsprechung einen objektivierten Prüfraster entwickelt (BGE 141 V 281), der gemäss neuester Rechtsprechung grundsätzlich – es sei denn, es liege ein klarer Fall vor, der die Notwendigkeit des strukturierten Beweisverfahrens verneinen lässt – auf sämtliche psychischen Erkrankungen Anwendung findet (BGE 143 V 409 und 143 V 418; vgl. E. 2.4 hiervor). Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinem Urteil C-5070/2014 vom 10. März 2016 denn auch angeordnet, die vorliegende Sachlage einer Begutachtung zu unterziehen, welche sich zu diesen Standardindikatoren ausspricht (vgl. hierzu E. 5.5.3, 7.2.5 und 8.1).

**4.2** Zur Frage der Beweiskraft eines Gutachtens gemäss BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.4 hiervor) hat sich das Bundesgericht in präzisierender Rechtsprechung wie folgt geäussert (Urteil des BGer 8C\_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4 mit weiteren Hinweisen):

**4.2.1** Zunächst sind die allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten zu beachten. Entscheidend für den Beweiswert ist, ob der fragliche Arztbericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf

allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtete und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind.

**4.2.2** Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Werden bei deren Anordnung Beteiligungsrechte der versicherten Person verletzt, so machen bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Expertise eine neue Begutachtung erforderlich. Zweck eines interdisziplinären Gutachtens ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu bringen. Die Frage, ob ein Gutachten beweiskräftig ist oder nicht, beurteilt sich danach, ob sich gestützt auf die Expertise die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen oder nicht. Mit anderen Worten verletzt das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht allein schon deshalb, weil einem Teilgutachten oder der Gesamtbeurteilung der Beweiswert abgesprochen wird. Daher darf bei einem polydisziplinären Gutachten auf beweiskräftige Teilgutachten abgestellt werden, die mit der – ohne Konsensbesprechung erfolgten – interdisziplinären Gesamtwürdigung im Hauptgutachten nicht übereinstimmen.

**4.2.3** Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Störungen (vgl. hierzu BGE 143 V 409 und 143 V 418; E. 2.4 hiervor) definiert zudem das für somatoforme Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren systematisierte Indikatoren, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, 3.4 bis 3.6 4.1).

**4.2.4** Neben den durch den Rechtsanwender zu prüfenden allgemeinen beweisrechtlichen Vorgaben (E. 4.2.1 u. 4.2.2) ergibt sich aus BGE 141 V 281 Folgendes: Die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und

ohne entsprechende Begründung, kann zwar den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aber eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann. Dabei gilt, dass die versicherte Person als grundsätzlich gesund anzusehen ist und sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen kann. Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung. Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte. Eine rentenbegründende Invalidität ist nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt sind und somit den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen wurde.

**4.2.5** Gelangt der Rechtsanwender nach dieser Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen (E. 4.2.1 u. 4.2.2 hiervor), ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden.

**4.3** Zur Beurteilung der beiden neu eingeholten Teilgutachten ist Folgendes festzustellen:

**4.3.1** Das psychiatrische Teilgutachten (IV-act. 139) hat sich – um als beweiskräftig zu gelten – neben den allgemeinen Anforderungen an den normativen Vorgaben zu orientieren. Nur unter der Voraussetzung, dass an-

hand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei funktionelle Auswirkungen medizinisch festgestellt sind, kann eine rentenbegründende Invalidität angenommen werden.

**4.3.1.1** Das Gutachten setzt nach einer Zusammenstellung der berücksichtigten Unterlagen respektive Grundlagen (S. 2-5) mit der Anamnese (anhand mündlichen Berichts und der Akten) ein (Abschn. 1, S. 5-7). Im folgenden Abschnitt 2, „Krankheitsentwicklung und subjektive Ergänzungen der VP“ (S. 8-13) gibt der Gutachter zuerst den mündlichen Bericht der Versicherten wieder (Abschn. 2.a, S. 8-10), sodann ihre Replik vom 16. Februar 2015 im Verfahren C-5070/2014 mit ihrer Kritik am U.\_\_\_\_\_ - Gutachten (Abschn. 2.b, S. 10 f.) und die Ergebnisse von diversen Standard-Testverfahren (Abschn. 2.c-e, S. 11-13; vgl. auch Beilagen: IV-act. 139/51 ff.). In Abschnitt 3 werden die zentralen Aussagen der früheren Begutachtungen wiedergegeben (S. 13-15; mit Verweis auf die Diskussion in Abschn. 6), in Abschnitt 4 die „objektiven Befunde“ (Abschn. 4.a: Psychostatus; 4.b: komplexe Ich-Funktionen; 4.c-4.e: Resultate von Standard-Testverfahren, vgl. auch Beilagen: IV-act. 139/50, 54-60). An die Auflistung der Diagnosen (Abschn. 5) schliesst der Abschnitt 6, „Beurteilung und Prognose“ an.

Im ersten Unterabschnitt der Beurteilung, „Psychiatrisch-psychotherapeutische Epikrise“ (Abschn. 6.a, S. 21-33), rekapituliert der Gutachter vorab die biographischen, arbeitsbiographischen und unfall-/ gesundheitsbezogenen Eckdaten (S. 21 f.). Mit Verweisen und Verankerungen auf die erhobenen Standard-Testungen berichtet der Gutachter ausführlich über die Krankheitsschilderung der Versicherten (S. 22 f.). Beginnend mit dem Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 7. März 1993 (Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms, Hinweis auf akzentuierte [sthenisch] Persönlichkeitszüge, Verneinung eines psychischen Gesundheitsschadens) werden die in den Jahren 2000 bis 2013 erstellten psychiatrischen Teilgutachten einzeln kritisch (als „jeweils nur eingeschränkt nachvollziehbar“) gewürdigt (S. 23-25), die aktenkundigen Beurteilungen aus rein neuropsychologischer Sicht eher zusammenfassend (S. 25).

Anlässlich der Untersuchung seien die objektivierbaren psychopathologischen Befunde gar nicht bis gering ausgeprägt, in der Interaktion sei die Versicherte narzisstisch (ich-bezogen), nonchalant und sthenisch, die Intelligenz wirke knapp durchschnittlich. Hinweise auf relevante mittelschwere oder schwere dauerhafte pathologische Persönlichkeitsstrukturen ergäben sich nicht, ein depressives Syndrom sei gemäss Testung

(MADRS) nicht erkennbar, die Psychopathologie (gem. Testung MMPI-2) mässig schwer, die Urinprobe unauffällig. Im Vordergrund stehe eine ausgeprägte Aggravation der Versicherten. In der Exploration sei eine aussergewöhnliche Verdeutlichungstendenz vorhanden. Die Schilderung des aktuellen Schmerzerlebens stehe im Widerspruch zum tatsächlich unauffälligen motorischen Verhalten. Die Auskünfte zu Aktivitäten des täglichen Lebens seien ausweichend, vage, unklar, oberflächlich, Angaben in der Testung SCL-90-R seien vollständig undifferenziert – was in deutlichem Kontrast zur ausgeprägten Fähigkeit der Versicherten zu differenzierten und reflektierten Angaben stehe. Im Test MMPI-2 zeige sich eine extreme Zustimmungstendenz, Aufmerksamkeitserheischung und Überbetonung von Krankheitssymptomen.

Zusammenfassend sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht von einer anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) auszugehen. Zudem zeige die Versicherte immer wieder unterschiedlich ausgeprägte ängstlich-depressive Verstimmungen, teils in den Akten als depressive Episoden (ICD-10: F3) benannt – eine depressive Episode sei gegenwärtig nicht vorhanden (F32.4). Auch die Kriterien einer allfälligen dissoziativen Störung seien nicht (mehr) erfüllt (Status nach F44). Hinzuweisen sei auf akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73.1) und eine unterdurchschnittliche verbale Intelligenz (VKI-A: IQ 78) (S. 26). In den detaillierteren Ausführungen diskutiert der Gutachter, dass eine weitere Differenzierung der Schmerzstörung in die beiden Subtypen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) und der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit objektiv getroffen werden könne, versicherungsmedizinisch begründe diese „Differenzierung an 5. Stelle“ indes keine wesentliche Unterscheidung (S. 27-29). Die Schmerzstörung erkläre die geschilderten ängstlich-depressiven Verstimmungen ausreichend; die geklagten Beschwerden seien überwiegend rein subjektive Symptome, die von vielfältigen (psycho-)sozialen, nicht krankheitsbedingten Faktoren aufrecht erhalten würden – die im K. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 9. August 2005 attestierte leichte bis mittelschwere depressive (Einzel-) Episode sei remittiert, die Eingangskriterien der ICD-10-Kategorie F32 seien – wie bereits im K. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 7. Juli 2009 dokumentiert – nicht erfüllt (S. 29 f.). Die geschilderte Hemisymptomatik auf der rechten Körperseite mit allgemeiner Hyposensibilität und Schwächegefühl, verbunden mit pseudo-neurologischen Lähmungserscheinungen lege die Prüfung der in den früheren Beurteilungen vorgeschlagenen dissoziativen oder Konversionsstörung nahe. Die – im einzelnen ausgeführten – Kriterien gemäss ICD-10-

Kategorie F44 seien zurzeit nicht hinreichend erfüllt; angesichts der ausgeprägten Aggravation könne zudem auf die vollständig im Subjektiven verbleibenden Selbsteinschätzungen zur Hyposensibilität nicht abgestützt werden (S. 30-32). Die akzentuierten Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) schliesslich seien (anders als Persönlichkeitsstörungen) „Varianten der Norm i.S. von Eigenheiten der Person“ ohne Krankheitswert (S. 32 f.). Weitere relevante Störungen seien nicht festzustellen, insbesondere zeige sich die unterdurchschnittliche verbale Intelligenz inkonstant und sei weder dem regulären Schulbesuch noch einer beruflichen Tätigkeit bis 2010 entgegengestanden (S. 33).

Im zweiten Unterabschnitt der Beurteilung, „versicherungpsychiatrische Diskussion“ (Abschn. 6.b, S. 33-36), legt der Gutachter dar, die mit der ab den 1990er Jahren entwickelten Schmerzstörung verbundenen psychopathologischen Befunde seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gar nicht bis gering ausgeprägt. Die Limitierung des Aktivitätsniveaus sei weit überwiegend durch die Selbsteinschätzung zu begründen. Die Willensanstrengung zur Bewältigung der rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht medizinisch zumutbar und auch möglich. Eingliederungsmassnahmen seien im Fall der Versicherten auch bereits mit teilweisem Erfolg durchgeführt worden. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht relevante Behandlungsmassnahmen seien nicht dokumentiert, die Versicherte erwähne eine erst- und einmalige Therapie dieser Fachrichtung zwischen 2003 und 2006. Während die depressive Episode (evtl. deswegen) tatsächlich remittiert sei, stelle die Schmerzstörung grundsätzlich ebenfalls eine Indikation für eine regelmässige fachärztliche Behandlung dar – wofür der Versicherten indes die Motivation fehle. Ausdrücklich festzuhalten sei, dass neben der anhaltenden Schmerzstörung keine psychisch ausgewiesene erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive Komorbidität aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht mehr begründet werden könne, es bestünden keine Hinweise auf schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung. Der langjährige Tabakkonsum, bei gleichzeitiger Abstinenz gegenüber Rauschmitteln (fast bei Alkohol, ganz bei Drogen) lasse auf zumindest angemessene innerseelische Ressourcen schliessen; die Versicherte selbst benenne ihre Fähigkeit, innerseelische Defizite mit entsprechender Anstrengung zu überwinden. Der soziale Kontext sei subjektiv und objektiv geordnet, die Versicherte pflege soziale Kontakte und zeige Interesse am sozialen Geschehen. Aktivitäten des täglichen Lebens seien vorhanden, wenn auch subjektiv spärlich ausgeprägt. Beim Verlauf der Störung seien nicht krankheitsbedingte, soziale

Faktoren zu nennen (Lebensalter, geringe Berufserfahrung im Berufsfeld der Umschulung, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt etc.), die vor allem "sozialarbeiterische" Relevanz hätten, nicht aber in die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer Tätigkeit aus versicherungspsychiatrischer Sicht mit eingingen. Diese Faktoren beeinträchtigten jedoch die Motivation und Möglichkeiten zur Leistungssteigerung wesentlich. Im Vordergrund stehe weiter eine bewusstseinsnahe Aggravation; es bestehe eine erhebliche, nicht krankheitsbedingte Diskrepanz zwischen subjektiver Schilderung der Beschwerden einerseits, und dem beobachtbaren Verhalten und den objektivierbaren psychopathologischen Befunden andererseits. Das psychosoziale Umfeld könne als weitgehend intakt angesehen werden.

Insgesamt sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht eine relevante ( $\geq 20\%$ ) Arbeitsunfähigkeit nicht begründbar; mit Sicherheit gelte dies zum Untersuchungszeitpunkt, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits ab Juli 2013 (Zeitpunkt der U. \_\_\_\_\_-Begutachtung). Im Vergleich zu den K. \_\_\_\_\_-Gutachten der Jahre 2000, 2005 und 2009 sei eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes feststellbar. Mangels fachärztlicher Beurteilungen lasse sich nicht mit Sicherheit sagen, wann zwischen Juli 2009 und Juli 2013 die Besserung eingetreten sei.

Die Konsensbeurteilung (Abschn. 7, S. 36 f.) entspricht der versicherungspsychiatrischen. Im anschliessenden Abschnitt 8 „Standardindikatoren“ (S. 37-44) werden die erhobenen und bereits dargestellten Befunde im Raster des Indikatorenkatalogs wiedergegeben; Analoges gilt zum Abschnitt 9, „Besondere Fragen“ (S. 45 f.).

**4.3.1.2** Das psychiatrisch-psychotherapeutische Teilgutachten ist umfassend, beruht auf eingehenden, allseitigen und dokumentierten Untersuchungen, setzt sich mit den geklagten Beschwerden und den einschlägigen Vorberichten vertieft und kritisch auseinander. Die Darstellung und Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge leuchtet ein, die Schlussfolgerungen sind begründet. Das Gutachten orientiert sich bei der Beurteilung anhand der Standardindikatoren an den normativen Vorgaben und (in leicht modifizierter Reihenfolge) an den Vorgaben des Gutachtensauftrages (IV-act. 118). Die Bedenken der Beschwerdeführerin können nicht geteilt werden. Insbesondere ist weder erkennbar, dass das U. \_\_\_\_\_-Gutachten (insb. dessen psychiatrisches Teilgutachten) „im Vordergrund“ steht, noch stützt sich das nun vorliegende Gutachten „wieder nur auf die

Unterlagen von der U. \_\_\_\_\_ (...). Das U. \_\_\_\_\_-Gutachten wird vorliegend kritisch zusammen mit allen anderen Vorberichten seit dem Jahr 1997 gewürdigt. Im Vordergrund stehen die durch den Gutachter selbst – im Gespräch und anhand von standardisierten Testverfahren – erhobenen Befunde. Es ist demnach davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand im Vergleich zu demjenigen zur Zeit der Expertisen aus den Jahren 2000, 2005 und 2009 deutlich verbessert hat und eine relevante Arbeitsunfähigkeit aufgrund der somatoformen Schmerzstörung nicht (mehr) begründbar ist. Weiter ist mit Blick auf die Ausführungen des Experten Dr. med. Aa. \_\_\_\_\_ erstellt, dass diese Einschätzung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (zum Regelbeweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Sozialversicherungsrecht vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen) bereits ab Juli 2013 – entsprechend dem damals zeitnahen interdisziplinären Gutachten der U. \_\_\_\_\_ (...) vom 25. Juli 2013 (IV-act. 67) – zu gelten hat.

**4.3.2** Das rheumatologische Teilgutachten wurde ebenfalls in Kenntnis der Vorakten erstellt. Es setzt ein mit einer – in Gegenwart der Versicherten besprochenen und diktierten – Anamnese (Abschnitt I). Es schliessen sich Untersuchungsbefunde an (Abschnitt II), in denen eigene Feststellungen und Laboruntersuchungen (Unterabschnitte A und B) geschildert und im Anschluss daran Röntgenbilder (Unterabschnitt C, Bilder ab 1987 bis zu den anlässlich der Untersuchung erhobenen) und die bisherigen Berichte (Unterabschnitt D) gewürdigt werden. Die Diagnosen (interdisziplinär) werden aufgeführt (Abschnitt III), woran sich eine ausführliche – die Hälfte des Gutachtens ausmachende – Beurteilung (Abschnitt IV) anschliesst. Diese Beurteilung geht von der Schmerz- resp. Beschwerdeschilderung der Versicherten aus, welche dem Gutachter als nicht somatisch abstützbar erschien (S. 10-12). Sodann führt der Gutachter im Einzelnen die objektivierbaren Befunde aus, von den oberen Extremitäten zur Wirbelsäule bis zu den unteren Extremitäten.

Im Bereich der oberen Extremitäten konnten keine relevanten klinisch-pathologischen Befunde und keine Hinweise auf funktionelle Einschränkungen objektiviert werden. Röntgenbilder der Hände dokumentierten normale Gelenke, insbesondere sei keine entzündliche Systemaffektion oder Kristallablagerung erkennbar, woran beim geschilderten Beschwerdebild zu denken wäre. Gegenüber dem somatischen Teil des U. \_\_\_\_\_-Gutachtens von 2013 sei keine relevante Veränderung feststellbar, die diffus geschilderten Beschwerden korrelierten nicht mit einem objektivierbaren somatisch-pathologischen Befund (S. 12 f.).

Im Bereich der Wirbelsäule deute bereits die Art der Schmerzschilderung auf nicht somatisch abstützbare Beschwerden hin. Die klinische Untersuchung konnte keine relevante Fehlhaltung objektivieren und nur thorakal (nicht aber zervikal oder lumbal) eine zu maximal 1/3 eingeschränkte Bewegungsamplitude; die Palpation der Wirbelsäule sei als schmerzhaft beschrieben worden, ohne dass ein korrelierender Weichteilbefunde objektivierbar sei. Anamnestisch und klinisch bestünden keine Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, symptomatisch engen Spinalkanal, Nervendehnungsschmerz oder eine Irritation/Kompression des Gefäß-Nevenbündels (etwa im Sinne einer Thoracic-Outlet-Komponente). Entsprechende Hinweise fehlten auch in der Dokumentation; die Einschätzung des neurologischen U. \_\_\_\_\_-Teilgutachtens konnte weiterhin gestützt werden. Eine mitgebrachte MRI-Abklärung der Lendenwirbelsäule vom April 2013 zeige einen altersgerechten Normalbefund ohne Hinweis auf Neuro- oder Myelonkompression. Röntgenaufnahmen dokumentierten im Vergleich zu Aufnahmen vom Dezember 2012 und Februar 2014 stationäre und altersentsprechende Befunde. In Abweichung vom orthopädischen U. \_\_\_\_\_-Teilgutachten stellt sich der Gutachter dabei auf den Standpunkt, es seien leichtgradige Chondrosen von HWK 4/5 und HWK 6/7 und keine leicht- bis maximal mittelgradige Chondrose von HWK 5/6, dagegen thorakal und lumbal keine Hinweise auf eine Arthrose (wie Chondrose oder Osteochondrose) festzustellen. Beginnende Ossifikationen der vorderen Längsbandstrukturen thorakal und neu auch lumbal seien bei jeweils unauffälligen Intervertebralraum mit einer metabolischen Störung vom Typus der diffusen idiopathischen skelettalen Hyperostose vereinbar. Nach Auffassung des Gutachters lag schon im Zeitpunkt der U. \_\_\_\_\_-Begutachtung dieser metabolische Defekt vor; wegen des Fehlens von Beschwerdebildern, welche aufgrund der epidemiologischen Datenlage mit diesem Defekt assoziiert würden, sei eher nicht von einer *vordergründig symptomatischen* diffusen idiopathischen skelettalen Hyperostose auszugehen. Gleichzeitig könnten sich aufgrund der epidemiologischen Datenlage Bewegungseinschränkungen etablieren, die zumeist nicht leistungsmindernd seien, sich aber nicht zurückbildeten. Thorakal bestehende Bewegungseinschränkungen seien somit somatisch abstützbar, wenngleich die Adipositas die Untersuchung erschwere (und auch zu einer Bewegungseinschränkung führen könne). Auch unter Berücksichtigung dieser neu gestellten Diagnose liege gegenüber dem Zeitpunkt des U. \_\_\_\_\_-Gutachtens keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes vor. Die im Bereich der ganzen Wirbelsäule geschilderten Schmerzen entsprächen unspezifischen Rückenschmerzen mit diffuser Ausstrahlung, die dem primären Fibromyalgie-Syndrom zuzuordnen seien (S. 13 f.).

Die Befunde im Bereich der unteren Extremitäten erschienen dem Gutachter weitgehend unauffällig und der Altersnorm entsprechend; die in diesem Bereich geschilderten Beschwerden könnten keinem objektivierbaren somatisch-pathologischen Befund zugeordnet werden, gegenüber dem U. \_\_\_\_\_-Gutachten liege keine Veränderung vor (S. 14 f.).

Allgemein-internistisch stellte der Gutachter eine Adipositas fest; diskret erhöhte Glucose-Werte im Serum seien mit einer zu einer diabetischen Entwicklung neigenden gestörten Gluconeogenese vereinbar. Der Nikotinkonsum sei beträchtlich. Die geschilderte Entwicklung multipler Beschwerden (Berührungsschmerzen Weichteile, Müdigkeit, Schlafstörungen, Schmerzen im Brustkorb und Bauchraum, Brennen im Körper, Tinnitus, Blockierungen im Körper, Kopfschmerzen, Steh- und Gehunsicherheiten) könnten nicht mit korrelierenden somatisch-pathologischen Befunden objektiviert werden. Es bestünden auch keine Anzeichen für eine entzündliche Systemaffektion, auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom oder auf eine paraneoplastische Komponente (S. 15 f.).

Angesichts der Diskrepanz zwischen geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden seien primär krankheitsfremde Gründe, Aggravation oder eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion zu besprechen. Die Einschätzung der somatischen U. \_\_\_\_\_-Teilgutachter, dass keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege, sei zu bestätigen; seither habe sich der Gesundheitszustand nicht relevant verändert (S. 16).

Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für die früher ausgeübten Tätigkeiten für keinen Zeitraum anhaltend eingeschränkt gewesen (mit Ausnahme einer zeitlich limitierten Einschränkung von 6 bis 8 Wochen im zeitlichen Umfeld einer Mammareduktionsplastik im Februar 2016). Ebenfalls keine Einschränkung liege für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil vor. Bezüglich der interdisziplinären Einschätzung sei auf das psychiatrische Teilgutachten zu verweisen. Die Prognose sei aus somatisch-rheumatologischer Sicht gut, die geringe Wahrscheinlichkeit einer beruflichen Reintegration gründe in krankheitsfremden Faktoren. Zur Beeinflussung der Beschwerden seien diverse Massnahmen zu empfehlen (Schmerzreserve, Gewichtsreduktion, Bewegungsübungen/ Trainingstherapie, Beendigung des Nikotinkonsums), ohne dass eigentliche Therapiemassnahmen als geeignet anzuraten seien (S. 17 f.).

**4.3.3** Das rheumatologische Teilgutachten ist ebenfalls umfassend, beruht auf eigenen Feststellungen des Gutachters in Kenntnis der Vorakten und in Rücksichtnahme auf und Abstimmung mit der Beschwerdeschilderung. Die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ist – wenngleich die Struktur dieser langen Passage des Gutachtens etwas uneinheitlich ist – in der Sache einleuchtend und die Schlussfolgerungen des Experten begründet. Das Gutachten erfüllt die an eine Expertise gestellten bundesgerichtlichen Anforderungen vollständig. Nicht zu bemängeln ist insbesondere, dass der Experte Dr. med. Z. \_\_\_\_\_ Kenntnis des U. \_\_\_\_\_-Gutachtens vom 25. Juli 2013 hatte. Der somatische Teil jenes Gutachtens war vom Bundesverwaltungsgericht im Entscheid C-5070/2014 vom 10. März 2016 ausdrücklich nicht beanstandet, sondern als überzeugend bezeichnet worden (E. 7.2.5). Es handelt sich dabei um die letzte, sehr umfassende Begutachtung in der Vergangenheit. Die vergleichsweise breite Befassung mit diesem im Jahr 2013 erstellten U. \_\_\_\_\_-Gutachten rechtfertigt sich damit aus sachlichen Gründen, und die Ausführungen der Beschwerdeführerin, dieses stehe ungebührlich „im Vordergrund“, führen ins Leere. Keine Rede kann auch davon sein, dass sich der Gutachter „nur auf die Unterlagen von der U. \_\_\_\_\_ (...) stütze“; der Gutachter gleicht den von ihm festgestellten Stand mit dem der damaligen Begutachtung ab – und widerspricht der damaligen Diagnose zum Teil explizit. Sollte sich Dr. med. Z. \_\_\_\_\_ tatsächlich abschätzig über die von der Beschwerdeführerin verursachten Kosten geäußert haben, wären solche diffamierenden Aussagen eines Experten aufs Äusserste zu verurteilen. Ausser dieser (unbewiesenen) Parteibehauptung liegen jedoch keine Umstände vor, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit (weiter) objektiv zu begründen vermögen, da Dr. med. Z. \_\_\_\_\_ sein Teilgutachten neutral und sachlich abgefasst hatte (vgl. hierzu BGE 132 V 93 E. 7.1 und 7.2.2 mit Hinweisen).

**4.4** Nach dem Dargelegten ergibt sich zusammenfassend, dass der Beschwerdeführerin aufgrund der voll beweiskräftigen interdisziplinären, nach einer Konsensbeurteilung erstellten Expertise der Dres. med. Aa. \_\_\_\_\_ und Z. \_\_\_\_\_ vom 7. Februar 2017 ab Juli 2013 sowohl in den bisherigen Tätigkeiten als auch in Verweisungstätigkeiten – mit Ausnahme der nicht rentenrelevanten, zeitlich limitierten Einschränkung von 6 bis 8 Wochen aufgrund der Mammareduktionsplastik im Februar 2016 (IV-act. 140/17) – keine relevante Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werden kann. Mit Blick auf die von der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit der Dauer der Untersuchungen bei den Dres. med. Z. \_\_\_\_\_ und Aa. \_\_\_\_\_ vorgebrachten Ausführungen ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass es für den

Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt. Massgebend ist in erster Linie vielmehr, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. hierzu Entscheid des BGer 8C\_942/2009 vom 29. März 2010, E. 5.2). Dies ist – wie vorstehend dargelegt – vorliegend der Fall.

## **5.**

Betreffend die Bemessung der Invalidität ergibt sich weiter was folgt:

**5.1** Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1, 104 V 135 E. 2b; SVR 2017 IV Nr. 70 S. 217 E. 2.2). Für eine korrekte Invaliditätsbemessung nach der Einkommensvergleichsmethode ist unabdingbar, dass die dafür notwendigen Einkommens- oder Prozentzahlen konkret und sorgfältig ermittelt und die massgebenden Zahlen in den Akten festgehalten werden, damit die versicherte Person in Erfahrung bringen kann, aufgrund welcher erwerblicher Annahmen die Verwaltung auf einen bestimmten Invaliditätsgrad erkannt hat (BGE 114 V 310 E. 3a; AHI 1998 S. 253 E. 3a). Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2).

**5.2** Betreffend die Bemessung der Invalidität ergibt sich, dass mangels anderweitiger verlässlicher Zahlen – die rentenbeziehende Beschwerdeführerin arbeitete seit Jahren nicht mehr (IV-act. 67/15) – sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen ist, weshalb sich deren genaue Ermittlung erübrigt. Da die Beschwerdeführerin seit Juli 2013 überwiegend wahrscheinlich voll arbeits- resp. erwerbsfähig ist, entspricht der Invaliditätsgrad in der Höhe von 0 % dem Grad der Arbeitsfähigkeit (vgl. hierzu BGE 135 V 297 E. 5.2; Urteil des BGer 8C\_759/2016 vom 29. Dezember 2016 E. 4.2.2). Dies stellt keinen "Prozentvergleich" im Sinne von BGE 104 V 135 E. 2b, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung dar (vgl. Urteil des BGer 8C\_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4). Weiter ist darauf hinzuweisen, dass vorliegend

die von der Beschwerdeführerin zu fordernde, gegenüber der beruflichen Eingliederung vorrangige Selbsteingliederung (vgl. hierzu BGE 113 V 22 E. 4a S. 28; SVR 2007 IV Nr. 1 S. 3 E. 5.1) direkt zur rentenausschliessenden arbeitsmarktlichen Verwertbarkeit des funktionellen Leistungsvermögens führt, weshalb von der Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen abgesehen werden konnte resp. kann (vgl. hierzu bspw. Urteil des BVGer C-3191/2012 E. 4.1 mit Hinweisen). Schliesslich ist ergänzend zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin nicht in den Genuss der Rentenbesitzstandsgarantie kommt (vgl. hierzu BGE 139 V 442 E. 4.2.2 mit Hinweis auf Urteil 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.4, in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220).

## **6.**

Zusammenfassend ergibt sich, dass der Invaliditätsgrad bei der Beschwerdeführerin ab Juli 2013 0 % beträgt. Nachfolgend bleibt zu prüfen, ob die Vorinstanz mit der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2017 (IV-act. 159) die IV-Rente zu Recht per 1. September 2014 aufgehoben hat.

**6.1** Streitgegenstand im Rahmen der Rückweisung gemäss Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-5070/2014 vom 10. März 2016 (IV-act. 109) bleibt im vorliegenden Beschwerdeverfahren, ob die Vorinstanz den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht aufgehoben hat. Da mit den auf Rückweisung hin erfolgten weiteren medizinischen Abklärungen der Vorinstanz in Form des interdisziplinären Gutachtens der Dres. med. Z. \_\_\_\_\_ und Aa. \_\_\_\_\_ vom 7. Februar 2017 (IV-act. 139 S. 1 bis 61 und 140) die in der ursprünglichen, vom Bundesverwaltungsgericht mit oben erwähntem Entscheid aufgehobenen Revisionsverfügung vom 11. Juli 2014 (IV-act. 83) getroffenen Feststellungen bestätigt worden sind, erschöpft sich die vorliegend angefochtene Verfügung vom 11. Juli 2017 in einer Bestätigung der ursprünglichen Wiedererwägungsverfügung vom 11. Juli 2014 (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C\_301/2010 vom 21. Januar 2011 E. 3.2 ff. mit zahlreichen Hinweisen; das Bundesgericht wendet in ständiger Rechtsprechung die Art. 85 Abs. 2 und 88<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV auch auf die Wiedererwägung von Invalidenrenten an [Urteil des BGer 9C\_303/2010 vom 5. Juli 2010 E. 4.6 mit Hinweis auf das Urteil 9C\_11/2008 vom 29. April 2008]).

**6.2** Nach dem Dargelegten ist somit die von der Vorinstanz am 11. Juli 2017 – in Bestätigung der ursprünglichen Verfügung vom 11. Juli 2014 – verfügte Rentenaufhebung per 1. September 2014 nicht zu beanstanden.

**7.**

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen erweist sich die vorliegend angefochtene Verfügung der Vorinstanz vom 11. Juli 2017 als rechters, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 11. August 2018 (Poststempel) als unbegründet abzuweisen ist.

**8.**

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

**8.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Mit Zwischenverfügung vom 26. Oktober 2017 (B-act. 8) wurde das Gesuch der Beschwerdeführerin um Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Prozessführung gutgeheissen, weshalb auf die Erhebung von Verfahrenskosten zu verzichten ist.

**8.2** Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist entsprechend dem Verfahrensausgang ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:****1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**3.**

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

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

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Viktoria Helfenstein

Roger Stalder

**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 ist in einer Amtssprache abzufassen und 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: