



Urteil vom 14. April 2020

Besetzung

Richterin Viktoria Helfenstein (Vorsitz),
Richter Michael Peterli, Richterin Michela Bürki Moreni,
Gerichtsschreiberin Rahel Schöb.

Parteien

A. _____,
vertreten durch lic. iur. Daniel Christe, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Revision und Einstellung der Rente,
Verfügung der IVSTA vom 15. August 2017.

Sachverhalt:**A.**

Die am (...) 1973 geborene, geschiedene, schweizerische Staatsangehörige A. _____ (*nachfolgend*: Versicherte oder Beschwerdeführerin) ist Mutter von vier am (...) 1992, (...) 1996, (...) 2002 und (...) 2014 geborenen Kindern. Die Versicherte reiste 1987 aus Mazedonien in die Schweiz ein und ist in (...) wohnhaft (vgl. dazu auch D.b). Nach Absolvieren von zwei Vorlehre Jahren für eine Ausbildung zur Coiffeuse ohne diese Ausbildung abzuschliessen, übte sie verschiedene Tätigkeiten aus und leistete entsprechende Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). So war sie ab April 1995 als Pflegehelferin im Universitätsspital B. _____ (USB. _____) tätig, ab November 1997 für ein knappes halbes Jahr im Verkauf, ab Oktober 1998 für sechs Monate als Wäschereimitarbeiterin, ab November 1999 wiederum für sechs Monate in einem Coiffeursaloon und ab Juni 2003 erneut in der Wäscherei des USB. _____. Zuletzt arbeitete sie zwischen November 2005 und März 2007 teilzeitlich als Hauspflegerin bei einer Gesellschaft für die Betreuung von pflegebedürftigen Menschen. Seither ging sie keiner Erwerbstätigkeit mehr nach (Akten der Invalidenversicherungs-Stelle für Versicherte im Ausland [*nachfolgend*: IVSTA-act.] 2; 5; 44; 133).

B.

Am 16. Januar 2004 meldete sich die Versicherte erstmals unter Hinweis auf eine psychische Erkrankung, Depressionen und Kopfschmerzen bei der IV-Stelle der Sozialversicherungsanstalt des Kantons C. _____ (*nachfolgend*: IV-Stelle C. _____) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IVSTA-act. 2 und 3). Nach Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht verfügte die IV-Stelle C. _____ am 11. August 2004 die Ablehnung des Rentenanspruchs (IVSTA-act. 9), was mit Einspracheentscheid vom 26. November 2004 bestätigt wurde (IVSTA-act. 15). Die dagegen erhobene Beschwerde an das Sozialversicherungsgericht des Kantons C. _____ wurde am 16. November 2005 abgewiesen (IVSTA-act. 22).

C.

C.a Am 15. März 2007 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IVSTA-act. 69 = 86). Infolge der gestellten Diagnosen (Verdacht auf depressive Episode mittleren Grades bei psychosozialer Überbelastung, ADHS, Panvertebralsyn-

drom und beidseitiger Coxarthrose, insbesondere gestützt auf das Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 22. Oktober 2007 [vgl. auch Feststellungsblatt der IV-Stelle C. _____, IVSTA-act. 30, S. 1-4; 38] und med. pract. E. _____, Psychiatrische Universitätsklinik F. _____ [IVSTA-act. 33 f.]), wurde der Versicherten mit Verfügung vom 21. Februar 2008 mit Wirkung ab dem 1. Mai 2007 eine ganze Invalidenrente zugesprochen (IVSTA-act. 43).

C.b Am 5. November 2008 verfügte die IV-Stelle C. _____ die Neufestsetzung der Rente mit Wirkung ab dem 1. Mai 2007 infolge eines neu berechneten durchschnittlichen Jahreseinkommens (IVSTA-act. 44).

C.c Im Rahmen der amtlichen Revisionen vom 15. Oktober 2010 und 15. März 2011 hielt die IV-Stelle C. _____ fest, dass sie bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades keine Änderung festgestellt habe, die sich auf die Rente auswirken würde. Es bestehe weiterhin ein Anspruch auf die bisherige ordentliche Invalidenrente (IVSTA-act. 53 und 58).

C.d Mit Verfügung vom 5. April 2011 setze die IV-Stelle C. _____ die ganze Invalidenrente betragsmässig herab, da sie von einem niedrigeren durchschnittlichen Jahreseinkommen ausging (IVSTA-act. 54, S. 6 ff.).

D.

D.a Die Beschwerdeführerin meldet sich am 1. Oktober 2010 für eine lebenspraktische Begleitung an (vgl. IVSTA-act. 55, S. 1-4; 56; 57, S. 6). Mit Vorbescheid vom 22. Juli 2011 wurde ihr eine Hilflosenentschädigung ab dem 1. Oktober 2009 durch die IV-Stelle C. _____ in Aussicht gestellt (IVSTA-act. 56).

D.b Die Beschwerdeführerin verlegte ihren Wohnsitz am 30. Juni 2011 in die Republik Kosovo. In der Folge überwies die IV-Stelle C. _____ das Gesuch um Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung am 12. Oktober 2011 zuständigkeitshalber an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*nachfolgend*: IVSTA oder Vorinstanz; IVSTA-act. 57, 60). Die weiteren Akten wurden sodann am 6. Juni 2012 an die IVSTA weitergeleitet (IVSTA-act. 68). Die Beschwerdeführerin kehrte zu einem späteren, nicht aktenkundigen, Zeitpunkt wieder zurück nach (...) (Beilage 1 zu BVGer-act. 5).

D.c Mit Mitteilung vom 1. Februar 2012 stellte die Vorinstanz der Beschwerdeführerin in Aussicht, dass weiterhin ein Anspruch auf eine ganze IV-Rente zuzüglich Kinderrenten ab dem 1. November 2011 bestehe (IVSTA-act. 62). Entsprechend ihrem Vorbescheid hiess die IVSTA die weitere

Ausrichtung der Rente mit Verfügung vom 19. April 2012 gut (IVSTA-act. 67).

D.d Mit Verfügung vom 11. April 2012 wurde der Beschwerdeführerin die in Aussicht gestellte Hilflosenentschädigung ab dem 1. Oktober 2009 zugesprochen. Aufgrund ihres Wegzugs aus der Schweiz wurde dieser Anspruch bis zum 30. Juni 2011 befristet (IVSTA-act. 65 und 66).

D.e Mit Verfügung vom 29. August 2014 hiess die Vorinstanz die weitere Ausrichtung einer ordentlichen Invalidenrente gut und ersetzte gleichzeitig die Verfügung vom 19. April 2012 (IVSTA-act. 70).

E.

E.a Am 29. Dezember 2015 informierte die Vorinstanz die Beschwerdeführerin über die erneute Durchführung einer amtlichen Rentenrevision und holte medizinische und erwerbliche Auskünfte ein (IVSTA-act. 72).

E.b Am 26. Januar 2016 liess die Beschwerdeführerin der Vorinstanz den Fragebogen für im Haushalt tätige Versicherte (IVSTA-act. 74) sowie den Arztbericht von Dr. G._____, Neuropsychiaterin aus (...), vom 26. Januar 2016 (IVSTA-act. 73 = 96; 75) zukommen (IVSTA-act. 76). Der Fragebogen für die Rentenrevision wurde am 23. Februar 2016 nachgereicht (IVSTA-act. 78).

E.c Am 26. März 2016 nahm die Ärztin des regionalen ärztlichen Dienstes (*nachfolgend*: RAD-Ärztin) Dr. H._____, Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierte Gutachterin (SIM), Fähigkeitsausweis Vertrauensärztin, Stellung zu den Eingaben. Sie zweifle daran, dass die Versicherte nun mit den inzwischen grossen Kindern im Haushalt tatsächlich vollständig arbeitsunfähig sei. Sollte sich dies abklären lassen, sei zu erfragen, welche Hilfeleistungen erbracht werden und was die Versicherte selber tue (IVSTA-act. 82).

E.d Die IVSTA nahm in der Folge medizinische Abklärungen vor und ersuchte am 22. April 2016 I._____, Bereichsleiter Internationales, Ministerium für J._____, der Republik Kosovo, eine psychiatrische Untersuchung der Beschwerdeführerin zu veranlassen (IVSTA-act. 83; vgl. auch IVSTA-act. 84 und 85). Gestützt auf die ärztlichen Berichte von Dr. K._____, vom 12. Februar 2007, von Dr. G._____, vom 11. April 2016 und 17. Mai 2016 sowie einer ambulanten Untersuchung der Beschwerdeführerin wurde der IVSTA am 23. Juni 2016 ein detaillierter ärztlicher Bericht von Prof. utr. sc. L._____, Internist-Kardiologe, und Ass.

Dr. M. _____, M. Sc., Neuropsychiater, erstattet (IVSTA-act. 97 und 100). Dabei wurde eine bipolare affektive Störung (F31.3) diagnostiziert und eine Arbeitsfähigkeit für leichte Arbeiten festgestellt (vgl. IVSTA-act. 100, S. 15).

E.e Die IVSTA liess die entsprechenden Akten am 7. Juli 2016 erneut Dr. H. _____ zur Beurteilung zukommen (IVSTA-act. 101). Die RAD-Ärztin kam am 24. August 2016 zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin eine Verweistätigkeit zu 100 % bzw. eine Tätigkeit im Haushalt zu 80 % zumutbar sei (IVSTA-act. 102).

E.f Am 6. September 2016 teilte die IVSTA Dr. H. _____ mit, dass ihrerseits eine präzisierende Stellungnahme zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Versicherten notwendig sei (IVSTA-act. 103). Die RAD-Ärztin empfahl am 28. September 2016 die Einholung eines interdisziplinären Gutachtens (IVSTA-act. 104).

E.g Am 25. Oktober 2016 informierte die Vorinstanz die Beschwerdeführerin darüber, dass eine medizinische Abklärung in der Schweiz durch Dr. N. _____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. O. _____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, manuelle Medizin (SAMM) und Neuraltherapie (ÖÄK), stattfinden werde (IVSTA-act. 107). Am 9. März 2017 wurde die Versicherte zu einem Gutachtertermin in (...) aufgeboten. Dabei wurde ein bidisziplinäres Gutachten vom 22. März 2017 basierend auf den zur Verfügung gestellten Akten dokumenten sowie rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen erstellt, das am erstattet wurde und eine Arbeitsunfähigkeit von 65 % in der angestammten Tätigkeit, von 25 % in Verweistätigkeiten und von 20 % in Haushaltstätigkeiten ab dem Datum der Untersuchung bestche, bescheinigt (IVSTA-act. 126 und 128).

E.h Dieses bidisziplinäre Gutachten vom 22. März 2017 (IVSTA-act. 126 und 128) sowie eine ärztliche Bescheinigung von Dr. G. _____ vom 10. Februar 2017 wurden Dr. H. _____ am 4. April 2017 zur Stellungnahme vorgelegt (IVSTA-act. 131). Die RAD-Ärztin führte aus, das (Teil-)Gutachten von Dr. N. _____ beruhe auf einem ausführlichen Studium der Vorakten und einer allseitigen Untersuchung. Die Beurteilung sei ausführlich diskutiert und aus medizinischer Sicht nachvollziehbar. In der rheumatologischen Untersuchung habe eine somatische Ursache für das Schmerzsyndrom der Versicherten ausgeschlossen werden können (IVSTA-act. 132).

E.i Am 17. Mai 2017 erliess die Vorinstanz einen Vorbescheid (IVSTA-act. 134), wonach sie beabsichtige, die Ausrichtung der Invalidenrente ab dem 1. Oktober 2017 einzustellen. Aus den Abklärungen habe sich ergeben, dass sich der Gesundheitszustand seit dem 1. Juni 2016 deutlich verbessert habe. Da sich aus den Einschränkungen in den Bereichen der Verweisungstätigkeiten (Erwerbseinbusse von 42 %) sowie Tätigkeiten im Haushalt (zu 80 % zumutbar) ein Invaliditätsgrad von 33 % ergeben habe, bestehe ab dem 1. Oktober 2017 kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente (IVSTA-act. 134).

E.j Entsprechend ihrem Vorbescheid verfügte die IVSTA am 15. August 2017 die Aufhebung der Invalidenrente per 1. Oktober 2017 (IVSTA-act. 148 = Beilage 2 zu BVGer-act. 1).

F.

F.a Gegen diese Verfügung erhob die Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Christe, mit Eingabe vom 25. September 2017 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte die Aufhebung der rentenaufhebenden Verfügung sowie die Bestätigung des Anspruchs auf die bisherige Rente. Zur Begründung brachte sie insbesondere vor, dass ihr Gesundheitszustand unverändert geblieben sei. Gleichzeitig stellte die Beschwerdeführerin ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung (Akten im Beschwerdeverfahren [*nachfolgend*: BVGer-act.] 1).

F.b Mit Verfügung vom 24. Mai 2018 hiess die Instruktionsrichterin das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und Verbeiständung gut (BVGer-act. 6).

F.c Mit Beschwerdeergänzung vom 6. Juni 2018 reichte die Beschwerdeführerin den Austrittsbericht der Akutpsychiatrie für Erwachsene der P._____, unterzeichnet von Dres. Q._____, und R._____, vom 31. Januar 2018 (Beilage 1 zu BVGer-act. 7) sowie den Arztbericht von Dr. med. S._____, Fachärztin FMH für Neurologie, vom 14. April 2018 (Beilage 2 zu BVGer-act. 7) ein und führte zur ergänzenden Begründung ihrer Beschwerde aus, dass dem P._____-Bericht zu entnehmen sei, dass sie vom 28. November 2017 bis zum 10. Januar 2018 infolge einer akuten Psychose habe stationär psychiatrisch behandelt werden müssen. Gemäss dem Bericht von Dr. S._____ bestehe eine anterograd-amnes-

tische Störung sowie eine mittelschwere bis schwere Beeinträchtigung attentionaler und frontal-exekutiver Funktionen, woraus eine vollständige Arbeitsunfähigkeit resultiere (BVGer-act. 7).

F.d Mit Vernehmlassung vom 16. Juli 2018 stellte die Vorinstanz den Antrag auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer-act. 11). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass der Gesundheitszustand der Versicherten im Abklärungsverfahren unter Berücksichtigung sämtlicher medizinischer Unterlagen im Rahmen einer interdisziplinären Begutachtung ausführlich gewürdigt worden sei. Dabei habe sich ergeben, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit dem Jahr 2007 bis zur Aufhebung der Rente erheblich verbessert habe, so dass keine rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit in angepassten Tätigkeiten mehr vorliege. Dabei seien insbesondere die Standardindikatoren gemäss im Beschwerdeverfahren eingeholter fachärztlicher Stellungnahme im Gutachten von Dr. N. _____ vom 22. März 2017 ausführlich und nachvollziehbar diskutiert worden. Den Gutachten komme somit voller Beweiswert zu.

Im Abklärungs- und Anhörungsverfahren seien auch mehrmals Stellungnahmen des medizinischen Dienstes eingeholt worden (IVSTA-act. 102, 104 und 132). Die Psychiaterin, Dr. H. _____, habe bestätigt, dass die depressive Periode remittiert sei. Die Persönlichkeitsstörung begründe zudem keine vollständige Arbeitsunfähigkeit (IVSTA-act. 132). Im Hinblick auf den beschwerdeweise eingereichten Austrittsbericht der Dres. Q. _____ und R. _____ vom 31. Januar 2018 habe man nochmals eine Stellungnahme des ärztlichen Dienstes eingeholt. Die beurteilende Psychiaterin habe in ihrem Bericht vom 27. Juni 2016 festgestellt, dass der aufgenommene Psychostatus mit den Untersuchungsbefunden bei Dr. N. _____ im März 2017 vergleichbar sei. Aufgrund der Befunde komme weder eine depressive Episode noch die Diagnose einer Schizophrenie in Frage. Auch aus somatischer Sicht bestehe gemäss der RAD-Ärztin, Dr. T. _____, Fachärztin FMH für Rheumatologie, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (BVGer-act. 11 samt Beilagen).

F.e Mit Replik vom 17. September 2018 hielt die Beschwerdeführerin weiterhin am gestellten Antrag auf weitere Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente fest (BVGer-act. 13). Sie brachte insbesondere vor, bei hauptsächlicher Berücksichtigung des Gutachtens von Dr. N. _____ könne nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einer wesent-

lichen Verbesserung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum früheren Gutachten von Dr. D. _____ ausgegangen werden. Als wesentliche Diagnose sei in beiden Gutachten eine Persönlichkeitsstörung gestellt worden, was mit den jeweils erhobenen Befunden ohne weiteres korreliere. Die zusätzliche Diagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung im Gutachten von Dr. D. _____ sei damals neu erfolgt und habe in erster Linie dazu gedient, die sich über viele Jahre entwickelte Persönlichkeitsstörung in deren Entwicklung zu begründen. Die rezidivierende depressive Störung mittelgradigen Ausmasses sei zudem nicht als eigenständige Diagnose gestellt worden, sondern als Begleiterscheinung der Persönlichkeitsstörung.

Demgegenüber habe Dr. N. _____ die Diagnose einer depressiven Störung sowie einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung als nicht erfüllt angesehen. Es sei dem Gutachter allerdings zu entnehmen, dass er das Vorliegen der depressiven Erkrankung im Begutachtungszeitpunkt durch Dr. D. _____ als nicht wahrscheinlich betrachte. Nach Ansicht von Dr. N. _____ seien die depressiven Syndrome lediglich Ausdruck der Überforderung der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Persönlichkeitsmerkmale. Somit habe er lediglich eine andere Gewichtung der depressiven Syndrome und der hyperkinetischen Störung vorgenommen als die Vorgutachterin Dr. D. _____.

Weiter gehe Dr. N. _____ in Bezug auf den Schweregrad der Persönlichkeitsstörung einerseits bezogen auf den Zeitraum von 2007 bis zu einem nicht genau zu bestimmenden Datum von einer mittelschwer ausgeprägten kombinierten Persönlichkeitsstörung aus, wobei sich diese Einschätzung ausdrücklich aufgrund der aktuellen Untersuchung ergebe. Andererseits wolle er aktuell aber dann nur noch von einer leicht ausgeprägten kombinierten Persönlichkeitsstörung ausgehen. Dies widerspreche seinen weiteren Ausführungen, wonach die Prognose einer Persönlichkeitsstörung meist chronisch stabil sei und wonach der Nutzen einer Behandlung kaum in einer relevanten Steigerung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Die Formulierungen im Gutachten würden darauf hinweisen, dass es sich nicht um einen wesentlich verbesserten Gesundheitszustand handle, sondern um eine unterschiedliche fachärztliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustandes.

Gegen eine wesentliche Verbesserung würden sodann auch die Berichte P. _____ vom 31. Januar 2018 und von Dr. S. _____ vom 14. April 2018

sprechen. Auch wenn insbesondere im P._____ -Bericht eine andere Diagnose als in den psychiatrischen Gutachten gestellt werde, gehe daraus eine seit Jahren bestehende schwere psychische Erkrankung hervor, die sich in keiner Weise verbessert habe. Im Bericht sei entsprechend die Rede einer seit mehreren Jahren bestehenden reproduktiven Psychose. Im November 2017 habe eine akute Suizidalität bestanden, welche eine mehrwöchige stationäre Behandlung erforderte. Die vollständig invalidisierenden psychischen Probleme würden sodann durch die Abklärung durch Dr. S._____ bestätigt.

F.f Mit Duplik vom 9. Oktober 2018 hielt die Vorinstanz an ihren Anträgen unverändert fest (BVGer-act. 15) und brachte insbesondere vor, dass aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar sei, inwiefern lediglich eine unterschiedliche fachärztliche Beurteilung vorliegen solle, da Dr. N._____ eindeutig davon ausgehe, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten verbessert habe und zudem anschaulich dargelegt habe, wie diese Verbesserung zum Ausdruck komme. Diese Verbesserung würde zudem durch die mehrfachen medizinischen Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes bestätigt. Ebenfalls seien die beschwerdeweise eingereichten Berichte bereits berücksichtigt und in die ärztliche Beurteilung miteinbezogen worden.

F.g Mit Triplik vom 13. November 2018 hielt die Beschwerdeführerin erneut an ihren Anträgen unverändert fest (BVGer-act. 17). Sie verwies zur Begründung vollumfänglich auf die Replik und führte ergänzend aus, dass insbesondere gestützt auf den Bericht des P._____ sogar eher von einer Verschlechterung des psychischen Zustandes ausgehen sei.

F.h Mit Zwischenverfügung vom 16. November 2018 schloss die Instruktionsrichterin den Schriftenwechsel – vorbehaltlich weiterer Instruktionsmassnahmen – ab (BVGer-act. 18).

G.

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

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem die Beschwerdeführerin aufgrund der gewährten unentgeltlichen Prozessführung keinen Kostenvorschuss zu leisten hat (BVGer-act. 6), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 25. September 2017 einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

2.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 15. August 2017 (Beilage 2 zu BVGer-act. 1), mit welcher die Vorinstanz die seit dem 1. Juni 2007 ausgerichtete ganze IV-Rente (IV-STA-act. 44, S. 3) der Beschwerdeführerin per Ende Mai 2016 aufgehoben hat. Aufgrund des materiellen Rechtsbegehrens der Beschwerdeführerin, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die bisherige Rente weiter auszurichten, ist streitig und zu prüfen, ob die Vorinstanz die IV-Rente der Beschwerdeführerin zu Recht per 1. Oktober 2017 aufgehoben hat und in diesem Zusammenhang, ob sie den Sachverhalt insbesondere in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

3.

3.1 Zur Durchführung von Revisionsverfahren ist die IV-Stelle zuständig, in deren Kantonsgebiet der Versicherte bei Eingang des Revisionsgesuchs oder bei Wiederaufnahme des Verfahrens seinen Wohnsitz hat. Der Bundesrat ordnet die Zuständigkeit in Sonderfällen (Art. 88 Abs. 1 i.V.m. Art. 55 Abs. 1 IVG). Für Versicherte, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, ist die IV-Stelle für Versicherte im Ausland zuständig (Art. 40 Abs. 1 Bst. b der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Verlegt indes eine versicherte Person, die ihren Wohnsitz im Ausland hat, während des Verfahrens ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihren Wohnsitz in die Schweiz, so geht die Zuständigkeit auf die IV-Stelle über, in deren Tätigkeit die versicherte Person oder ihren Wohnsitz hat (Art. 40 Abs. 2^{ter} IVV).

3.2 Die Beschwerdeführerin hatte im Zeitpunkt der Einleitung des Revisionsverfahrens im Februar 2016 (Fragebogen Rentenrevision vom 23. Februar 2016, IVSTA-act. 30) ihren Wohnsitz in der Republik Kosovo. Somit

hat die IVSTA zu Recht Abklärungen zum Leistungsanspruch vorgenommen und die angefochtene Verfügung vom 15. August 2017 erlassen. Die nach Verfügungserlass erfolgte erneute Wohnsitznahme in der Schweiz (vgl. BVGer-act. 3) ist in diesem Zusammenhang unbeachtlich.

4.

4.1 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).

4.2 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Im vorliegenden Verfahren finden demnach jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 15. August 2017 in Kraft standen (so auch die Normen der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Fassung des IVG vom 18. März 2011 [6. IV-Revision]); weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

4.3 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung (hier: 15. August 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Spätere Arztberichte (und andere einschlägige Dokumente) sind in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verfahrens gegebene Situation erlauben (Urteil des BGer 9C_534/2018 vom 15. Februar 2019 E. 2.1 m.H. auf BGE 121 V 362 E. 1b in fine). Tatsachen, die den Sachverhalt seither verändert haben, sollen daher im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

4.4 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Sofern das Gesetz nicht

etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

4.5 Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Urteil des BGer 2C_393/2015 vom 26. Januar 2016 E. 1.2; BGE 132 II 47 E. 1.3 m.H.).

5.

5.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

5.2 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe

Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

5.3

5.3.1 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 (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

5.3.2 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

5.3.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (vgl. BGE 125 V 351 E. 3.a; 122 V 157 E. 1c). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss aber über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

5.3.4 Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4).

5.3.5 Der Beweiswert von Berichten der regionalen ärztlichen Dienste (RAD) nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – kann allerdings nicht abgestellt werden und es sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; Urteil des BGer 8C_262/2016 vom 22. September 2016 E. 4.2 m.H.).

5.3.6 Eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärztinnen) kommt im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3). Ihre Berichte können insbesondere geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

5.3.7 Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), 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).

5.4 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 86^{ter} ff. IVV).

5.4.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3, 130 V 343 E. 3.5).

Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3; 117 V 198 E. 4b; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1). Dagegen ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes, namentlich des Gesundheitsschadens oder auch der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit, unerheblich (BGE 112 V 371 E. 2b m.H.; Sozialversicherung Rechtsprechung [SVR] 2006 IV Nr. 45 E. 2; 2004 IV Nr. 5 E. 3.3, 3.4; 1996 IV Nr. 70 E. 3a; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 17 Rz. 26). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil der versicherten Person (BGE 135 V 201 E. 6.1.1 m.H., u.a. auf BGE 115 V 308 E. 4a/dd).

5.4.2 Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate ange dauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Bei Versicherten, welche die Leistung weder unrechtmässig erwirkt noch die Meldepflicht verletzt haben, erfolgt die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88^{bis} Abs. 2 IVV).

5.4.3 Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und

prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Unter einer Sachverhaltsabklärung im Sinne von BGE 133 V 108 muss eine Abklärung verstanden werden, die – wenn sie inhaltlich zu einem anderen Ergebnis führt – geeignet ist, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder -aufhebung zu begründen (Urteil des BGer 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 6.2).

5.5 Die Bemessung der Invalidität erfolgt bei erwerbstätigen Versicherten in der Regel nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG), bei nichterwerbstätigen Versicherten durch einen Betätigungsvergleich nach der spezifischen Methode (Art. 28a Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 27 IVV [SR 831.201]) und bei teilerwerbstätigen Versicherten mit einem Aufgabenbereich nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG und Art. 27^{bis} IVV i.V.m. Art. 28a Abs. 1 und 2 IVG; Art. 16 ATSG und Art. 27 IVV).

6.

Es sind in einem ersten Schritt die beiden massgebenden Vergleichszeitpunkte zu bestimmen:

6.1 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2, 125 V 368 E. 2; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4). Die weitere Ausrichtung einer Invalidenrente nach einer von Amtes wegen durchgeführten Revision, sofern dabei keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde, bedarf gemäss Art. 74^{ter} Bst. f IVV keiner Verfügung. Die blosser Mitteilung eines solchen Revisionsergebnisses ist, wenn keine Verfügung verlangt wurde (Art. 74^{quater} Abs. 1 IVV), in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

6.2 Die ursprüngliche, mit rechtskräftiger Verfügung vom 5. November 2008 (IVSTA-act. 44) zugesprochene IV-Rente erfolgte gestützt auf einer

umfassenden materiellen Anspruchsprüfung, insbesondere in psychiatrischer Hinsicht (IVSTA-act. 95). Am 19. April 2012 erliess die IVSTA eine weitere rechtskräftige Verfügung (IVSTA-act. 67), mit der weiterhin eine ganze ordentliche Invalidenrente zugesprochen wurde. Diese rechtskräftige Verfügung beruhte ebenfalls auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung von fünf Arztberichten sowie insbesondere des Facharztberichtes von Dr. K._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (IVSTA-act. 49). Mangels Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands wurde auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs verzichtet. Im Sinne der Rechtsprechung von BGE 133 V 108 E. 5.4 kann hinsichtlich des Referenzzeitpunkts auf diese Verfügung abgestellt werden. Keinen Referenzzeitpunkt bilden hingegen die Mitteilungen der IV-Stelle C._____ vom 15. Oktober 2010 (IVSTA-act. 53) sowie vom 15. März 2011 (IVSTA-act. 58), da die IV-Stelle C._____ im Rahmen dieser formlosen Entscheide keine umfassenden Sachverhaltsüberprüfungen vornahm.

6.3 Unter diesen Umständen bilden die zeitlich massgeblichen Vergleichszeitpunkte die rentenbestätigende Verfügung vom 19. April 2012 (IVSTA-act. 67) sowie die vorliegend angefochtene Verfügung vom 15. August 2017 (Beilage 2 zu BVGer-act. 1). Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitraum vom 19. April 2012 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 15. August 2017 in rentenrelevanter resp. rentenausschliessender Weise verbessert hat.

7.

7.1 Der mit rentenbestätigender Verfügung vom 19. April 2012 (IVSTA-act. 67) zugesprochenen ganzen IV-Rente lag in psychisch-psychiatrischer Hinsicht insbesondere der psychiatrische Verlaufsbericht von Dr. med. K._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. März 2011 (IVSTA-act. 49) zugrunde. Dr. K._____ stellte nachfolgende Diagnosen:

- Paranoide Schizophrenie (F20.0)
- Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanisch (F31.0)
- Schizoaffektive Psychose, aktuell (F25.0)
- Aufmerksamkeits-Defizits-Syndrom mit Hyperaktivität (F90.1)

Dr. K._____ hielt fest, dass jede Diagnose für sich per se einen negativen Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit habe, die mehrfache Komorbidität

potenziere die negative Auswirkung weiter. Es bestehe seit Jahren und bis auf weiteres eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerdeführerin habe mehrmals in der Psychiatrischen Universitätsklinik F._____ hospitalisiert werden müssen, wo die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie validiert worden sei. Auch seien die rezidivierenden depressiven Episoden seit langem bekannt gewesen. Die langjährige Beobachtung habe zudem gezeigt, dass die Versicherte auch hypomanische Phasen durchmachen würde. Eine solche habe zum Zeitpunkt der Begutachtung ebenfalls bestanden, wobei sogar die Kriterien einer rezidivierenden bipolaren Störung mit manischen und depressiven Auslenkungen erfüllt gewesen seien. Die paranoide Schizophrenie äussere sich in erster Line im Stimmenhören. Diese Stimmen forderten die Beschwerdeführerin bspw. auf, sich zu verletzen oder sich vom Balkon herunterzustürzen. Die Beschwerdeführerin würde sich fast vollständig von sozialen Kontakten zurückziehen. Dr. K._____ wies zudem darauf hin, dass er in den letzten Monaten die schizophrenen und hypomanischen Symptome in einem Mischzustand beobachtet habe und dieser Zustand nun die Regel sei. Die Hypomanie könne zwar durch eine depressive Befindlichkeit abgelöst werden, aber das schizophrene Moment würde nie verschwinden. Die Versicherte würde auch in besseren Phasen Stimmen hören, wobei sie lediglich gelernt habe, besser damit umzugehen.

7.2 Die Vorinstanz stütze die angefochtene Rentenaufhebungsverfügung vom 15. August 2017 insbesondere auf die von Dres. N._____, Facharzt für FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und O._____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, vom 22. März 2017 erstellten Gutachten, die auf ambulanten psychiatrischen und rheumatologischen Untersuchungen am 9. März 2027 basierten (IVSTA-act. 126 und 128), dem durch die Abteilung für Rentenangelegenheiten des Ministeriums für J._____ in (...), eingeholten ärztlichen Bericht (IVSTA-act. 97 und 100) sowie auf die im Verlauf des Vorverfahrens eingeholten Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA. Diese medizinischen Dokumente sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

7.2.1 Im ärztlichen Bericht von Prof. utr. sc. L._____, Internist-Kardiologe, und Ass. Dr. M._____, Neuropsychiater, vom 18. Mai 2016 wurde, basierend einer ambulanten Untersuchung der Beschwerdeführerin sowie auf dem ärztlichen Bericht von Dr. K._____ vom 12. Februar 2007 sowie diversen Berichten von Dr. G._____, folgende Diagnose gestellt (IVSTA-act. 97 und 100):

– Bipolare affektive Störung (F31.3)

Die Erkrankung habe einen episodischen Charakter (S. 15), wobei sich, basierend aus den früheren fachärztlichen Berichten, eine mentale Verschlechterung der grundlegenden Verfassung sowie des depressiven Zustandes und der Gedanken begleitet mit einer leichten Abnahme, feststellen lasse (S. 5). Die Beschwerdeführerin habe ein gutes Bewusstsein in Bezug auf die Orientierung hinsichtlich Raum und Zeit gezeigt, ohne Veränderungen der Wahrnehmung und Aufmerksamkeit oder der Form und Inhalt des Denkens. Grundsätzlich sei die Versicherte leicht ansprechbar gewesen und habe eine leichte Stimmungsschwankung aufgewiesen, wobei diese aber derzeit ohne nennenswerte spezifische psychopathologischer Inhalte gewesen sei. Dynamisch sei sie volutiv, lasziv und könne ihre Lüste gut modulieren. Sie sei leicht introvertiert und reaktionsfähig bei Reizen, wobei dies bei provokativen Reizen unwichtig sei. Das intellektuelle Niveau entspreche zudem der Bildung (S. 13). Prof. utr. sc. L. _____ und Ass. Dr. M. _____ attestierten der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit für leichte Arbeiten (vgl. IVSTA-act. 100, S. 15).

7.2.2 Nach Einsicht in den ärztlichen Bericht vom 18. Mai 2017 (IVSTA-act. 97 und 100) nahm Dr. H. _____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom IV-internen medizinischen Dienst am 24. August 2016 dazu Stellung und hielt fest, dass die Versicherte gemäss dem eingereichten Arztbericht nun unter der Diagnose einer bipolaren Störung laufe (aktuell remittiert). Es würden sich aus dem Dossier keine Hinweise auf schwere Manien oder schwere depressive Einbrüche ergeben. Das Ausfüllen des Haushaltsfragebogens durch die Versicherte lasse sich mit den vorliegenden Diagnosen nicht erklären, dies sei vielmehr Ausdruck einer Verdeutlichungstendenz. Es scheine bereits lange zu einer Stabilisation gekommen zu sein. Die Ehe halte seit 1992. Dies spreche klar gegen eine schwere Persönlichkeitsstörung. Der anhaltende Kinderwunsch und die Geburt dreier Kinder sei bei einer anhaltenden schweren psychischen Krankheit kaum vorstellbar. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer bisherigen Tätigkeit in der Pflege zu 100 % arbeitsunfähig, hingegen sei ihr eine Verweistätigkeit zumutbar. Für Arbeiten im Haushalt bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % ab dem 1. Juni 2016 (IVSTA-act. 102).

7.2.3 Im bidisziplinären Gutachten vom 22. März 2017 stellte Dr. med. O. _____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen,

Manuelle Medizin (SAMM), Neuraltherapie (ÖÄK), die nachfolgenden Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IVSTA-act. 126):

- Kombinierte Persönlichkeitsstörung, gemäss psychosomatisch-psychiatrische Begutachtung von Dr. N. _____

Keine langandauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten die Diagnosen:

- Chronisch rezidivierendes, phasenweises generalisiertes Schmerzsyndrom
 - nicht ausreichend somatisch abstützbar
 - krankheitsfremde Faktoren
 - primäres Fibromyalgie-Syndrom
 - diffuse Druckschmerzangabe
 - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke
 - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Atembeschwerden, Schmerzen im Brustkorb und Bauchraum, Zittern der Beine
- Anamnestisch Panvertebralsyndrom möglich mit diffuser Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten (Hemisakralisation rechts)
- Coxarthrose links
- Nikotinkonsum von circa 45 pack years
- Anamnestisch Reizmagen-Syndrom

Dr. O. _____ beurteilte die Arbeitsfähigkeit aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht und hielt fest, dass diese für die von der Versicherten früher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten für keinen Zeitraum anhaltend eingeschränkt gewesen sei. Seit der rentenberechtigenden Verfügung habe sich zudem der Gesundheitszustand leichtgradig verbessert. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden (IVSTA-act. 126, S. 14).

7.2.4 Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Teilgutachten vom 23. März 2017 stellte Dr. med. N. _____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM), zertifizierter Gutachter (SIM), infolge einer persönlichen Untersuchung vom 9. März 2017 die folgende Diagnose (IVSTA-act. 128):

- Kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0)

- mit narzisstischen, emotional expressiven/histrionischen, dissoziativen und emotional instabilen/impulsiven Anteilen,
- mit depressiver Störung (gegenwärtig remittiert, F32.4/ F33.4)
- bei einem Status nach hyperkinetischer Störung (ADS/ ADHS, St. n. F90).

Die in den Akten dokumentierte depressive Störung sei gegenwärtig remittiert (F32.4/F33.4). Auch eine eigenständige hyperkinetische Störung (ADHS) könne nicht mehr abgegrenzt werden (Status nach ADS/ADHS, St. n. F90). Ausser «Stimmenhören» würden schliesslich keine weiteren, allfällig relevanten psychopathologischen Befunde von der Versicherten beschrieben und / oder in den Akten aufgeführt (IVSTA-act. 128, S. 23 ff.).

In Bezug auf die festgestellten Gesundheitsschäden führte der Gutachter in Beantwortung der Fragen der Vorinstanz eine Indikatorenprüfung durch (IVSTA-act. 128, S. 32 ff.):

Die Gesundheitsschädigung scheine im Fall der Versicherten als eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, wobei im Vordergrund ein narzisstisches Selbstverständnis und eine histrionische Selbstdarstellung stünden. Die objektiven psychopathologischen Befunde seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gering ausgeprägt. Die Limitierung des Aktivitätsniveaus ergebe sich für alle vergleichbaren Lebensbereiche aufgrund deutlicher Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Dabei seien gegenwärtig leichte bis mittelschwere Beeinträchtigungen in den Bereichen Anpassung an Regeln / Routinen, Flexibilität / Umstellungsfähigkeit, Kontakt- / Gruppenfähigkeit und Durchhaltefähigkeit zu beachten. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser Defizite seien zumutbar und tatsächlich möglich (bspw. regelmässige Aktivitäten des täglichen Lebens inkl. Mitarbeit im Haushalt und aufwändige persönliche Hygiene). Die kombinierte Persönlichkeitsstörung behindere vor allem die berufliche Reintegration der Versicherten. Sie sei aber für keinen Zeitraum gleichzusetzen mit einer schweren psychiatrischen Störung. Die Versicherte erfülle die Kriterien der Kategorie vor allem durch ihre gestörte berufliche Integration aufgrund ihrer interaktionellen Defizite. Eine soziale Desintegration sei nicht vorhanden. Der soziale Kontext sei subjektiv und geordnet.

Beim Verlauf der Störung der Versicherten seien ein Rentenwunsch, eine bewusstseinsnahe Aggravation und vielfältige nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu nennen. Diese Gesichtspunkte würden vor allem therapeutische bzw. sozialarbeiterische Relevanz besitzen. Sie gingen nicht

in die Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus versicherungspsychiatrischer Sicht mit ein, würden hingegen die Möglichkeiten und die Motivation zur Leistungssteigerung sehr deutlich beeinträchtigen. Sie behinderten (als nicht krankheitsbedingte Aspekte) die medizinisch zumutbare Willensanstrengung zur Bewältigung der Defizite und erklärten auch die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare aussergewöhnliche Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit. Ein Suchtleiden bestünde aus versicherungspsychiatrischer Sicht bei der Versicherten nicht.

Betreffend die Beschreibung des Alltags habe die Versicherte ausgeführt, den Tag sehr unterschiedlich zu verbringen. Sie stehe zwischen 3 Uhr und 6 Uhr auf; sie gehe zwischen 19 Uhr und 21 Uhr zu Bett. Am Morgen trinke sie zunächst Kaffee oder einen Energy Drink und rauche Tabakzigaretten. Ab und zu koche sie etwas, gehe einkaufen oder erledige Hausarbeit. Jeden Tag komme eine Haushaltshilfe, die die meiste Arbeit besorge. Die Versicherte kümmere sich um ihre aufwändige persönliche Hygiene. Sie betreue ihre Kinder, höre Radio und nutze das Internet. Sie ruhe sich aus, lege sich hin und schlafe auch tagsüber. Die Versicherte pflege regelmässig soziale Kontakte (u.a. Kinder, Ehemann, Hausangestellte, Psychiaterin) und es würden von ihr auch entsprechende persönliche Ressourcen beschrieben (bspw. gute Kommunikationsfähigkeit, angepasste soziale Kompetenzen). Die Aktivitäten des täglichen Lebens seien zwar spärlich, aber angemessen.

In der bidisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne vollumfänglich auf die versicherungspsychiatrische Einschätzung abgestützt sowie für Tätigkeiten im Haushalt seit dieser aktuellen Begutachtung keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründet werden.

Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht seien relevante Behandlungsmassnahmen seit 2002 durchgeführt worden. Die Persönlichkeitsstörung stelle weiterhin grundsätzlich eine Indikation für eine regelmässige, strukturierte fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dar. Deren allfälliger Nutzen sei mit Blick auf eine relevante Steigerung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten aus rein medizinischer Sicht aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Der Einsatz sei rein therapeutisch-ethisch im Zusammenhang eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells motiviert, denn medizinisch-theoretisch sei die Prog-

nose einer Persönlichkeitsstörung (oft trotz langjähriger psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapie) meist chronisch stabil. Eine Motivation für eine solche Behandlung würde die Versicherte bestätigen. Eingliederungsmassnahmen seien in den Akten nicht dokumentiert, diese seien aus Sicht des Gutachters zumutbar.

In den Akten sei der Versicherten eine erhebliche Minderung der Belastbarkeit attestiert worden. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung von Defiziten sei nur in engen Grenzen möglich. Mit Bezug auf die ihm vorliegenden Informationen könne der Gutachter feststellen, dass zwischen 2007 und einem nicht genau zu bestimmenden Datum eine mittelschwere Ausprägung der Persönlichkeitsstörung bestanden habe. Diese Ausprägung sei gegenwärtig nicht mehr erkennbar. Im Vergleich zum Gutachten vom 22. Oktober 2007 von Dr. D. _____ sei es zu einer deutlichen Verbesserung der Störung gekommen. Es könne somit aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht festgestellt werden, dass die jetzt noch leicht ausgeprägte kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) auch weiterhin einen relevanten (krankheitsbedingten) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt haben werde.

Für die früher in der Schweiz ausgeübte Tätigkeit als Spitexmitarbeiterin / Pflegerin sei eine Arbeitsunfähigkeit von 65 % anzunehmen, weil hier interaktionelle Kompetenzen ausdrücklich im Vordergrund stehen würden. Bei angepassten Tätigkeiten (Toleranz bzgl. der interaktionellen Defizite, keine erhöhten Anforderungen an interpersonellen Kontakt, wenig Leistungsdruck, freie Zeiteinteilung) sei aufgrund der persönlichkeitsbedingten Basisdefizite noch von einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % auszugehen. Für Tätigkeiten im Haushalt könne jedoch von keiner relevanten ($\geq 20\%$) Arbeitsunfähigkeit mehr ausgegangen werden. Auf diese Einschätzung könne ab dem Datum der Untersuchung abgestützt werden. Aufgrund unzureichender (fach-)ärztlicher Dokumentation könne jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschätzt werden, ob und ab wann genau allfällig zwischen Oktober 2007 und März 2017 darauf abgestellt werden könne.

7.2.5 Am 15. April 2017 nahm die RAD-Ärztin Dr. H. _____ erneut Stellung zum vorgelegten Dossier (IVSTA-act. 132). Gestützt auf die Akten stellte Dr. H. _____ folgende Hauptdiagnose:

- kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0)

Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- generalisiertes Schmerzsyndrom

Sie hielt fest, dass es aktuell um eine leichte gesundheitliche Einschränkung mit Beeinträchtigung im Bereich der Anpassung, der Flexibilität und der Durchhaltefähigkeit gehe. Die Einschränkungen lägen vor allem im interaktionellen Bereich. Für die letztmals ausgeübte Tätigkeit in der Spitex sei durch den Gutachter von einer 65 % Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (im angestammten Bereich) ausgegangen worden, da in diesem Bereich interaktionelle Fähigkeiten gefragt seien. Die Einschränkung in einer angepassten Tätigkeit würden hingegen maximal 25 % betragen. Die Versicherte würde einen Arbeitsplatz ohne Ansprüche im interpersonellen Bereich und ohne Hektik und Drucksituationen benötigen. In der Haushaltung seien die Einschränkungen hingegen minimal. Bei der Begutachtung sei zudem auf Verdeutlichungstendenzen und Aggravation hingewiesen worden. Es hätten sich auch Diskrepanzen in den Angaben, die abhängig vom Gutachter und dem Gegenstand der Untersuchung waren, ergeben (S. 1). Aufgrund der Erhebungen im interdisziplinären Gutachten bestehe seit jeher eine kombinierte Persönlichkeitsstörung. Diese Störung sei wahrscheinlich dafür verantwortlich gewesen, dass es bei Tätigkeiten, in denen der interaktionelle Bereich gefragt gewesen sei, zu Stellenwechseln gekommen sei (S. 2). Zum Zeitpunkt der Begutachtung 2007 (durch Dr. D._____, IVSTA-act. 95) sei die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode festgehalten worden. Anschliessend sei (am 13. März 2011 durch Dr. K._____; IVSTA-act. 49) eine bipolare Störung diagnostiziert worden. Diese Störung sei nun im Arztbericht (vom 18. Mai 2016) von als remittiert bezeichnet worden. Die Remission habe sich auch bei der Begutachtung durch Dr. N._____ bestätigt. Dieser habe zudem eine Aggravation und Verdeutlichungstendenz festhalten können (S. 2). Das Gutachten von Dr. N._____ sei wie üblich ausführlich gewesen und habe auf einem gründlichen Studium der Vorakten sowie einer allseitigen Untersuchung beruht. Die Beurteilung sei ausführlich diskutiert worden und aus medizinischer Sicht nachvollziehbar. In der rheumatologischen Untersuchung habe zudem eine somatische Ursache für das Schmerzsyndrom der Versicherten ausgeschlossen werden können.

Die im Gutachten von Dr. D._____ (IVSTA-act. 95) beschriebene depressive Episode sei bereits länger remittiert gewesen, und aus der Persönlichkeitsstörung lasse sich keine vollständige Arbeitsunfähigkeit begründen (S. 3). Die Beschwerdeführerin könne somit ganztags sitzend,

stehend und in Wechselposition arbeiten, Gewichte von bis zu 10 kg heben und eine Arbeit mit Verantwortung, aber nicht in einem Team oder mit Stress, übernehmen. In der bisherigen Tätigkeit liege die Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. Juni 2016 bei 65 %, für Arbeiten im Haushalt seit langem bei 20 % und in einer Verweisungstätigkeit bei 25 % (S. 2).

7.3 Schliesslich reichte die Beschwerdeführerin im Rahmen des vorliegenden Verfahrens folgende neuen medizinischen Berichte ein:

7.3.1 Dem Austrittsbericht der P._____, unterzeichnet von Dres. Q._____ und R._____, vom 31. Januar 2018 (Beilage 1 zu BVGer-act. 7) sind folgende Diagnosen zu entnehmen:

- Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (F20.0)
- Iatrogene Benzodiazepin-Abhängigkeit (F13.3)
- Varikosis beide Beine, links Z. n. Stripping
- ADS mit Impulskontrollstörung (vordiagnostiziert) (F90.0)
- Lumbo- und Thoraco-vertebrales Schmerzsyndrom bei Diskushernie LWK 4/5, Beckentiefstand links, Hemisacralisation L5 (vordiagnostiziert)
- Z. n. rez. Depressiven Episoden (vordiagnostiziert)
- Schizophrenes Residuum (vordiagnostiziert) (F20.5)
- Leichte Coxarthrose links bei Osteolyse supraacetabulär (vordiagnostiziert)

Die Beschwerdeführerin habe sich vom 28. November 2017 bis zum 10. Januar 2018 in stationärer Behandlung befunden. Dabei sei sie freiwillig auf Einweisung ihres Hausarztes wegen einer erneuten Dekompensation der vorbekannten Psychose zur Aufnahme gekommen, da die Gefahr bestünde, dass sie sich in Folge der imperativen Stimmen suizidiere. Die seit mehreren Jahren bestehende produktive Psychose habe durch Einstellung auf Clozapin in einer Dosis von zuletzt 450 mg gut gebessert werden können. Die Versicherte habe zuletzt angegeben, dass die quälenden akustischen Halluzinationen beinahe vollständig abgeklungen seien. Sie würden empfehlen, das seit vielen Jahren verordnete Lorazepam (recte: Lorazepam [«Temesta»]) vorsichtig zu reduzieren; beigefügt war die Liste der aktuellen Medikation (17 verschiedene Arzneimittel). Trotz des langen und schweren Krankheitsverlaufs seien die Persönlichkeit und die kognitiven Fähigkeiten der Patientin gut erhalten.

7.3.2 Aus dem Arztbericht von Dr. med. S._____, Fachärztin FMH für Neurologie, vom 14. April 2018 (Beilage 2 zu BVGer-act. 7) geht hervor,

dass die Beschwerdeführerin durch Dr. V._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, an Dr. S._____ überwiesen worden sei zwecks Durchführung einer verhaltensneurologisch-neuropsychologischen Untersuchung bei paranoider Schizophrenie im Hinblick auf die Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit. Dabei entsprächen die erhobenen kognitiven Befunde einer Funktionsstörung fronto- limbischer Regelkreise, etwas linkshemisphärisch betont, leichter bis mittelschwerer und zum Teil schwerer Ausprägung, gut mit den Auswirkungen der primär psychiatrischen Erkrankung (paranoide Schizophrenie) vereinbar, zusätzlich aggraviert durch medikamentöse Faktoren. Aufgrund dieser Befunde sei aktuell von keiner verwertbaren Arbeitsfähigkeit auszugehen.

7.4 Nach Einsicht in die beschwerdeweise eingereichten medizinischen Dokumente holte die Vorinstanz erneut Stellungnahmen ihres ärztlichen Dienstes ein:

7.4.1 Die RAD-Ärztin Dr. H._____ hielt am 27. Juni 2018 fest, dass im Austrittsbericht des P._____ die Vordiagnosen, die in den vorliegenden Akten so nicht gestellt wurden, eindrücklich seien (schizophrenes Residuum, ADS, paranoide Schizophrenie). Aufgrund des beschriebenen Psychostatus habe im Zeitpunkt der Hospitalisation mit Sicherheit keine depressive Episode vorgelegen. Diese Diagnose sei auch nicht gestellt worden. Der Psychostatus sei vergleichbar mit den Untersuchungsbefunden von Dr. N._____ im März 2017, der einen guten affektiven Rapport und sehr gut modulierte Affekte beschreibe. Damit komme die Diagnose eines schizophrenen Residuums nicht in Frage, da bei der Negativsymptomatik die psychomotorische Verlangsamung und eine starke Störung des Antriebs zwingend seien. Bezüglich der Diagnose der paranoiden Schizophrenie könne ebenfalls auf das Gutachten verwiesen werden. So erfülle die Versicherte einzig aufgrund ihrer anamnestischen Angaben ein Kriterium der Diagnose. Dies sei auch im P._____ so gewesen.

Betreffend den Bericht der verhaltensneurologischen Untersuchung von Dr. S._____ führte die RAD-Ärztin aus, dieser sei zu wenig spezifisch. Es fehlten unter anderem Angaben über die Leistungsfähigkeit der Versicherten in der Schule und bei der Ausbildung. Die ehemals festgestellte Diagnose einer Depression sei aufgrund der beiden Berichte weiterhin als remittiert zu beurteilen (Beilage 1 zu BVGer-act. 11).

7.4.2 Die RAD-Ärztin Dr. T._____, Fachärztin FMH für Rheumatologie, bestätigte in ihrer Stellungnahme vom 10. Juli 2018 im Wesentlichen die

im (Teil-)Gutachten von Dr. O._____ gestellten Diagnosen und damit verbunden die Schlussfolgerung, wonach aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, weder in ihrer angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit, bestehe (Beilage 3 zu BVGer-act. 11).

7.4.3 W._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner kurzen Stellungnahme vom 22. Juli 2018 fest, dass die Standardindikatoren im Gutachten von Dr. N._____ vom 22. März 2017 ausführlich und nachvollziehbar diskutiert worden seien und der Fall damit anhand des strukturierten Beweisverfahrens geprüft worden sei (Beilage 6 zu BVGer-act. 11).

7.5 Vorab ist festzuhalten, dass das bidisziplinäre Gutachten der Dres. N._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und O._____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, vom 22. März 2017 grundsätzlich die an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien erfüllt. Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Zudem erfolgte die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in Einklang mit der neu geltenden Rechtslage nach Massgabe der im Regelfall heranzuziehenden Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 (vgl. E. 5.3.7). Schliesslich ist das Gutachten auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation an sich einleuchtend und in den Schlussfolgerungen begründet, so dass darauf dem Grundsatz nach abgestellt werden kann. Damit kann es jedoch nicht sein Bewenden haben. Vielmehr hat die Vorinstanz aufgrund der nachfolgenden Erwägungen die gutachterlichen Ausführungen erneut teilweise klarstellen, präzisieren und ergänzen zu lassen (vgl. hierzu bspw. Urteil des BGer 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151, 9C_85/2009 E. 3.5). Insofern erweist sich der medizinische Sachverhalt und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit als noch nicht vollständig rechtsgenügend abgeklärt (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb), und es kann bei dieser Sachlage nicht auf weitere Abklärungen verzichtet werden (vgl. zum Verzicht auf solche resp. zur antizipierten Beweiswürdigung vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d; SVR 2005 IV Nr. 8 S. 37 E. 6.2, 2003 AHV Nr. 4 S. 11 E. 4.2.1; vgl. zum Ganzen Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). Dazu, was folgt:

7.5.1 In Bezug auf den Aspekt der Komorbiditäten fordert die neue Rechtsprechung eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Selbst wenn die Annahme des psychiatrischen Gutachters zutreffen sollte, dass die kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) für sich allein keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat, so schliesst dies nicht aus, dass diese zusammen mit anderen Befunden, wie insbesondere der Schmerzproblematik, welche der rheumatologische Gutachter festgestellt hat (vgl. IVSTA-act. 126, S. 126), die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt (BGE 143 V 418 E. 5.1 und 8.1). Vorliegend haben die Gutachter nicht abschliessend geklärt, inwiefern zwischen den somatischen und den psychiatrischen Diagnosen Wechselwirkungen bestehen (vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-1582/2016 vom 11. September 2017 E. 4.2.4). Vielmehr findet die durch den rheumatologischen Gutachter gestellte Diagnose des chronisch rezidivierenden, phasenweisen generalisierten Schmerzsyndroms im psychiatrischen Teilgutachten mit keinem Wort Erwähnung.

7.5.2 Weiter sind auch die Aussagen im Rahmen der Indikatorenprüfung widersprüchlich, wonach verschiedene (nicht krankheitsbedingte) Aspekte offenbar die zumutbare Willensanstrengung behinderten (IVSTA-act. 128, S. 33, 35), gleichzeitig aber festgehalten wird, eine Willensanstrengung sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zumutbar und möglich (IVSTA-act. 128, S. 38).

7.5.3 Sodann mutet es befremdlich an, wenn der Gutachter angibt (IVSTA-act. 128, S. 33), es bestehe kein schweres Suchtleiden, gemäss Angaben der Beschwerdeführerin bestehe ein geringer Gebrauch von Alkohol und ein Konsum von Tabak, der sozial als üblich einzuordnen sei sowie eine Abstinenz bezüglich weiterer nicht ärztlich verordneter psychotroper Substanzen (inklusive Drogen), wenn berücksichtigt wird, wie viele Medikamente die Versicherte seit Jahren einnimmt und entsprechend wohl verordnet bekommt.

7.5.4 In diesem Zusammenhang wird insbesondere auch eine Exploration eines möglichen Abhängigkeitssyndroms im Gutachten vermisst. Dem psychiatrischen Teilgutachten sind gestützt auf die Blutprobe vom 21. März 2017 im Medikamentenspiegel stark erhöhte Werte von Paroxetin (742 nmol/l, Referenzbereich: 91-365) und Lorazepam (194.0 nml/l, Referenzbereich: 32.0-48.0) zu entnehmen. Auch ist in den Akten geradezu augen-

scheinlich, dass bereits ein seit Jahren bestehender Gebrauch von Benzodiazepinen besteht. So ist unter anderem aus dem ärztlichen Bericht der Psychiatrischen Universitätsklinik F._____, unterzeichnet von med. pract. E._____, Oberarzt, sowie Frau X._____, Psychologin, vom 20. Juni 2007 ersichtlich, dass bereits zu diesem Zeitpunkt Temesta durch die Beschwerdeführerin eingenommen wurde (IVSTA-act. 34; siehe auch IVSTA-act. 97 S. 12 = 99). Dies obschon bei Temesta gemäss Fachinformation eine möglichst kurze Behandlungsdauer indiziert ist und die Einnahme von Benzodiazepinen zu einer psychischen und physischen Abhängigkeit führen kann. Dieses Risiko ist unter anderem erhöht bei längerer Einnahme und hoher Dosierung (<<https://compendium.ch/product/20229-temesta-tabl-2-5-mg/MPro>>; abgerufen am 5. März 2020). Zwischenzeitlich bestand denn bei der Beschwerdeführerin auch eine Medikation mit Lexotanil (vgl. IVSTA-act. 45, S. 3), Valium (vgl. IVSTA-act. 57), Xanax (IVSTA-act. 73 = 96; 97 S. 14) sowie Rivotril (dies seit 2014, vgl. IVSTA-act. 75; 97 S. 15 f.), bei welchen es sich ebenfalls um Benzodiazepine handelt und entsprechend dieselbe Abhängigkeitsproblematik besteht (Lexotanil: <<https://www.swissmedicinfo.ch/>>, abgerufen am 10. März 2020; Valium: <<https://compendium.ch/product/23849-valium-tabl-10-mg/MPro>>; Xanax: <<https://compendium.ch/product/22006-xanax-tabl-2-mg/MPro>>; Rivotril: <<https://compendium.ch/product/6834-rivotril-tabl-2-mg/MPro>>, alle abgerufen am 5. März 2020). Bemerkenswert ist im vorliegenden Fall auch, dass bei einigen dieser Medikamente Halluzinationen als häufige Nebenwirkung erwähnt wird; ein Umstand, dem bei den vorliegenden medizinischen Unterlagen keinerlei Rechnung getragen wurde, obschon die akustischen Halluzinationen bei der Versicherten ein Diagnosekriterium bildeten.

7.5.5 Auch wenn die von der Beschwerdeführerin beschwerdeweise eingereichten medizinischen Berichte erst nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung entstanden sind und grundsätzlich nur die bis zum Verfügungserlass vorliegenden medizinischen Akten zu berücksichtigen (vgl. E. 4.3 hiervor), können gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auch Arztberichte zum Krankheitsverlauf, welche nach Verfügungserlass entstanden sind, in die Beurteilung miteinbezogen werden, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verfahrens gegebene Situation erlauben (statt vieler: Urteil BGer 8C_71/2017 vom 20. April 2017 E. 8.3). So wird denn im Austrittsbericht P._____ vom 31. Januar 2018 eine itarogene Benzodiazepinabhängigkeit (F13.2) diagnostiziert (Beilage 1 zu BVGer-act.7). Auch wenn der Austrittsbericht die Anforderungen an ein ärztliches Gutachten nicht erfüllt, so vermag er doch

mit Blick die übrigen vorliegenden Akten (vgl. E. 7.5.3) Zweifel an der Vollständigkeit des Gutachtens erwecken.

7.5.6 Schliesslich weist die RAD-Ärztin Dr. H. _____ mit Blick auf den Austrittsbericht des P. _____ ebenfalls daraufhin, dass eine Benzodiazepinabhängigkeit in der Regel zur Abflachung der Affekte führt. Die Versicherte sei auf Clozapin in hoher Dosis eingestellt worden. Dieses Medikament werde bei therapieresistenten Schizophrenien eingesetzt. Nach der beschriebenen Verbesserung der Halluzinationen müsse die Medikation auf eine niedrige Erhaltungsdosis eingestellt werden. Geplant sei gewesen, dass die Therapie mit Benzodiazepinen reduziert werde. Für diesen Entzug könne Clozapin hilfreich sein (S. 2 unten). Und betreffend den Bericht der verhaltensneurologischen Untersuchung von Dr. S. _____ führt die RAD-Ärztin aus, die Untersuchung sei unter 4 mg Temesta, 400 mg Clozapin und Zolpidem durchgeführt worden. Ein Medikamentenblutspiegel sei nicht abgenommen worden und es sei darauf zu verweisen, dass sich bei der interdisziplinären Untersuchung herausgestellt habe, dass zwei Medikamente stark erhöhte Medikamentenblutspiegel aufgewiesen hätten (vgl. E. 7.5.6 hiervor).

7.6 Mit dem jüngst publizierten Entscheid BGE 145 V 215 hat das Bundesgericht vor dem Hintergrund der Rechtsprechung zur Ausdehnung des strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 auf sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 409 und 418) und nach vertiefter Auseinandersetzung mit den Erkenntnissen der Medizin die bisherige Rechtsprechung, wonach primäre Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsumstörungen zum vornherein keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschäden darstellen können und ihre funktionellen Auswirkungen deshalb keiner näheren Abklärung bedürfen, fallen gelassen (BGE 145 V 215 E. 5.3.3; Urteil des BGer 8C_245/2019 vom 16. September 2019 E. 4).

Das Bundesgericht hat entschieden, dass fortan – gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen – nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln sei, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirke. Dabei könne und müsse im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens insbesondere dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall Rechnung getragen werden (BGE 145 V 215 E. 6.3). Diesem komme nicht zuletzt deshalb Bedeutung zu, weil

bei Abhängigkeitserkrankungen – wie auch bei anderen psychischen Störungen – oft eine Gemengelage aus krankheitswertiger Störung sowie psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vorliege. Letztere seien auch bei Abhängigkeitserkrankungen auszuklammern, wenn sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen würden. Weiter wird im Urteil festgehalten, dass auch bei Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms die Schadenminderungspflicht (Art. 7 IVG) zur Anwendung komme, so dass von der versicherten Person etwa die aktive Teilnahme an zumutbaren medizinischen Behandlungen verlangt werden könne (Art. 7 Abs. 2 Bst. d IVG). Komme sie den ihr auferlegten Schadenminderungspflichten nicht nach, sondern halte willentlich den krankhaften Zustand aufrecht, sei nach Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG eine Verweigerung oder Kürzung der Leistungen möglich (BGE 145 V 215 E. 5.3.1).

7.7 Diese neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des BGer 8C_245/ vom 16. September 2019 E. 5; Urteil 8C_756/2017 E. 4 mit weiterem Hinweis) und somit auch im vorliegenden Fall massgebend, sollte ein Abhängigkeitssyndrom durch Sedativa oder Hypnotika nachvollziehbar und schlüssig durch eine Fachperson diagnostiziert werden.

7.8 Nach dem Gesagten ist im Sinne eines Zwischenfazit festzuhalten, dass die Vorinstanz ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht hinreichend nachgekommen ist und sie den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung nicht genügend abgeklärt hat. Die Sache ist deshalb schon aus diesem Grund an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen, um festzustellen, ob ein solches Abhängigkeitssyndrom bei der Versicherten vorliegt und ob und wenn ja welche Behandlungen ihr im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht zumutbar sind.

8.

Betreffend die Bemessung der Invalidität ergibt sich weiter was folgt:

8.1 Ob eine versicherte Person als ganztägig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was jeweils zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nach der Rechtsprechung nicht, welches Ausmass der Er-

werbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie (unter Berücksichtigung der gesamten persönlichen, familiären, beruflichen und sozialen Situation) hypothetisch erwerbstätig wäre. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1 mit Hinweisen; Urteile des BGer 9C_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.1; 9C_552/2016 vom 9. März 2017 E. 4.2).

8.1.1 In Bezug auf die erwerblichen Verhältnisse geht aus den Akten hervor, dass die Versicherte zwei Vorlehrjahre für eine Ausbildung zur Coiffeuse absolvierte, ohne diese Ausbildung abzuschliessen. Danach übte sie verschiedene Tätigkeiten aus: Ab April 1995 arbeitete sie als Pflegehelferin im USB. _____, ab November 1997 für ein knappes halbes Jahr im Verkauf, ab Oktober 1998 für sechs Monate als Wäschereimitarbeiterin, ab dem 29. November 1999 bis zum 30. April 2000 zu 100 % als Coiffeuse (IVSTA-act. 10), wobei sie anschliessend krankheitsbedingt kündigte (IVSTA-act. 6). Ab Juni 2003 war sie erneut in der Wäscherei des USB. _____ tätig. Zwischen November 2005 und März 2007 arbeitete sie in der Schweiz teilzeitig als Hauspflegerin und war seither nicht mehr erwerbstätig (IVSTA-act. 133).

8.1.2 Im Zusammenhang mit der rentenbegründenden Verfügung vom 5. November 2008 hielt die Vorinstanz noch fest, dass auf eine genaue Bemessung verzichtet werden könne, da psychische Beschwerden im Vordergrund stehen würden und die Einschränkung im Haushalt ebenfalls 100 % betragen würde (IVSTA-act. 30). An dieser Einschätzung hielt die Vorinstanz hinsichtlich der rentenbestätigenden Verfügung vom 19. April 2012 fest (IVSTA-act. 60 S. 1). Hinsichtlich der rentenaufhebenden Verfügung vom 15. August 2017 liess die Vorinstanz 2. Mai 2017 einen Einkommensvergleich durchführen und berechnete die Erwerbseinbusse mit 42 % (IVSTA-act. 133). In der darauffolgenden Verfügung vom 15. August 2017 hielt die Vorinstanz fest, dass die Erwerbseinbusse infolge Ausübung einer dem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit 42 % betrage, die Arbeit im Haushalt mittlerweile wieder zu 80 % zumutbar sei und sich daher aus den Einschränkungen in beiden Bereichen ein Invaliditätsgrad von 33 % ergebe (Beilage 2 zu BVGer-act. 1).

8.1.3 Obwohl im Einkommensvergleich vom 2. Mai 2017 nur von einer Invalidität im Erwerbsteil die Rede ist (IVSTA-act. 133), wird am 15. August 2017 trotzdem infolge einer nicht dargelegten Rentenberechnung nach der gemischten Methode verfügt und von einer Erwerbseinbusse von 33 % ausgegangen (Beilage 2 zu BVGer-act. 1). Die Auseinandersetzung mit den Werten zur Arbeitsunfähigkeit sowie dem Einkommensvergleich (42 % Erwerbseinbusse in Verweistätigkeiten sowie 20 % Arbeitsunfähigkeit im Haushalt) zeigt, dass die Vorinstanz von einem Erwerbsum von 59 % ausgegangen sein muss ($[59 \% * 42 \%] + [41 \% * 20 \%] = 33 \%$). Ein derartiges Pensum entbehrt sich hingegen jeglicher Grundlage in den Akten und ist auch sonst nicht rechtsgenügend nachvollziehbar.

8.2 Nach dem Gesagten ist die Vorinstanz ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG auch im Hinblick auf den beruflich-erwerblichen Sachverhalt nicht genügend nachgekommen und hat damit Bundesrecht verletzt. So fand keine Befragung der Beschwerdeführerin dahingehend statt, ob sie bei voller Gesundheit wieder zu 100 % erwerbstätig wäre (wie damals als Coiffeuse), oder nur Teilzeit arbeiten würde (wie während ihrer Tätigkeit als Hauspflegerin, wobei diesbezüglich unklar ist, ob diese Reduktion krankheitsbedingt oder freiwillig erfolgte). Die Vorinstanz hat sich vielmehr ohne entsprechende Abklärungen damit begnügt, von der Massgeblichkeit der gemischten Methode auszugehen und auf ein fiktives Erwerbsum abzustellen. Zu klären sind insbesondere die Frage nach dem vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeübten Beschäftigungsgrad sowie die Frage, ob die Reduktion des Pensums aus rein gesundheitlichen Gründen oder aus freien Stücken erfolgte (durch Einholen von Auskünften bei der Spitex und Berichten der damals behandelnden Ärzte). Sollte sich im Rahmen der weiteren Abklärungen und unter einlässlicher Würdigung der gesamten Verhältnisse ergeben, dass die Beschwerdeführerin im hypothetischen Gesundheitsfall nicht als vollzeitlich, sondern nur als teilzeitlich Erwerbstätige zu qualifizieren ist, wäre die Vorinstanz angehalten, zusätzlich eine Haushaltsabklärung durchzuführen.

9.

Im Ergebnis erweist sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 15. August 2018 weder in medizinischer noch in beruflich-erwerblicher Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob die Beschwerdeführerin gegebenenfalls weiterhin Anspruch auf eine Rente der

Invalidenversicherung hat und falls ja, in welcher Höhe dieser Anspruch noch besteht.

9.1 Die Sache ist folglich gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG zur weiteren Abklärung bzw. Vervollständigung der Akten in medizinischer Hinsicht sowie zur anschliessenden Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Rückweisung an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung ist hier rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; 141 V 281 E. 6.4) ausnahmsweise möglich, da im vorliegenden Gutachten relevante Fragen bisher vollständig ungeklärt blieben. Würde diese mangelhafte Sachverhaltsabklärung bzw. -würdigung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären (Art. 43 Abs. 1 ATSG), auf das Gericht (vgl. Urteil des BVGer C-6529/2014 vom 4. Juli 2016 E. 7.4).

9.2 Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung dauert der Entzug der aufschiebenden Wirkung einer Beschwerde, welche gegen eine anpassungsweise verfügte Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung erhoben wird, bei Rückweisung der Sache an den Versicherungsträger auch für den Zeitraum des anschliessenden Abklärungsverfahrens bis zum Erlass einer neuen Verfügung an (BGE 129 V 370 E. 4 mit Hinweis auf BGE 106 V 18; KIESER, a.a.O., Art. 54 Rz. 14). Der mit der angefochtenen Verfügung angeordnete Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde fällt daher gemäss der genannten Praxis des Bundesgerichts mit der vorliegenden Rückweisung nicht dahin. Die streitige IV-Rente gelangt somit auch weiterhin nicht zur Auszahlung.

9.3 Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 25. September 2017 insofern gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 15. August 2017 aufzuheben ist und der Sachverhalt zur Durchführung weiterer Abklärungen, zur erneuten Invaliditätsbemessung sowie anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen ist.

10.

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

10.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 137 V 57 E. 2.1 m.H.), sind der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

10.2 Die obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– (inklusive Auslagen und 8 %iger Mehrwertsteuer bis Ende Dezember 2017; seit 1. Januar 2018 7.7 % [vgl. Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Mehrwertsteuer vom 12. Juni 2009 {MWSTG; SR 641.20}]); zur Berücksichtigung der Mehrwertsteuer bei der Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsbeistands vgl. BGE 141 III 560 E. 2. und 3.) gerechtfertigt.

(Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 15. August 2017 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie die erforderlichen zusätzlichen Abklärungen und Beurteilungen im Sinne der Erwägungen vornehme und anschliessend neu verfüge.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– (inkl. Mehrwertsteuer) zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Die vorsitzende Richterin:

Die Gerichtsschreiberin:

Viktoria Helfenstein

Rahel Schöb

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 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 Rechtschrift 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: