



Abteilung III
C-5570/2017

Urteil vom 12. April 2018

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richterin Caroline Bissegger, Richter David Weiss,
Gerichtsschreiber Daniel Golta.

Parteien

A. _____, (Deutschland),
vertreten durch Dr. iur. Caroline Suter, Aids-Hilfe Schweiz,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

IV, Revision; Verfügung der IVSTA vom 29. August 2017.

Sachverhalt:**A.**

A._____ (nachfolgend Versicherte oder Beschwerdeführerin), geboren am (...) 1967, geschieden, schweizerische Staatsangehörige mit damaligem Wohnsitz in (...) und Arbeitstätigkeit als Sekretärin bei einer Weberei in (...), meldete sich am 2. Juni 1997 erstmals bei der IV-Stelle des Kantons B._____ (IV-Stelle B._____) zum Bezug einer Invalidenrente an. Sie machte geltend, infolge einer HIV-Infektion und der Einnahme starker Medikamente könne sie keiner Arbeit mehr nachgehen (Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [IV] 2, 4, 169). Mit Verfügung vom 16. Dezember 1998 beurteilte die IV-Stelle B._____ die Versicherte als Sekretärin als zu 50% eingeschränkt, ermittelte einen Invaliditätsgrad von 50% und gewährte ihr eine halbe Rente ab 1. März 1998 (IV 15).

B.

Auf Gesuch der Versicherten vom 1. Februar 1999 hin und nach Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht gewährte die nach Wohnsitzwechsel der Versicherten zuständig gewordene Sozialversicherungsanstalt des Kantons C._____ (nachfolgend SVA C._____; IV 17) der Versicherten ab 23. März 2000 eine ganze Invalidenrente ab 1. Januar 2000, nachdem der konsultierte Psychiater eine volle Arbeitsunfähigkeit seit 3. November 1999 aus psychiatrischen Gründen bestätigte. Diesen Entscheid focht die Versicherte beschwerdeweise vor dem Sozialversicherungsgericht des Kantons C._____ an (IV 37 S. 3). Mit Urteil vom 10. Juli 2001 hiess das Sozialversicherungsgericht die Beschwerde gut und sprach der Versicherten eine ganze Invalidenrente (bereits) ab 1. Mai 1999 zu (IV 42). In Umsetzung dieses Urteils gewährte die SVA C._____ der Versicherten mit Verfügung vom 11. Oktober 2001 eine ganze Invalidenrente ab 1. Mai 1999 (IV 47).

C.

Im September 2001 nahm die SVA C._____ ein Revisionsverfahren auf und teilte der Versicherten am 7. November 2001 mit, die weiteren Abklärungen hätten keine rentenbeeinflussende Änderung des Invaliditätsgrades ergeben, es bestehe weiterhin Anspruch auf die bisherige (ganze) Rente (IV 43, 48, 51).

D.

Nachdem die Versicherte mit Schreiben vom 1. Juni 2004 der SVA C._____ mitteilt hatte, sie unternehme einen Arbeitsversuch von 20% und heirate, nahm die SVA C._____ ein drittes Revisionsverfahren auf

(IV 53). Nach medizinischen Abklärungen (IV 58, 60) hielt sie mit Mitteilung an die Versicherte vom 4. April 2006 fest, dass keine rentenbeeinflussende Änderung des Invaliditätsgrades vorliege (Änderung von 100% auf 80%), weshalb sie weiterhin Anspruch auf die bisherige ganze Rente habe (IV 64).

E.

Im Juni 2009 nahm die SVA C._____ ein viertes Revisionsverfahren auf (IV 68). Nach Einholen verschiedener Arztberichte und der Fragebogen für die Rentenrevision und den Arbeitgeber (IV 68, 70, 71, 73) hielt sie in ihrem Feststellungsblatt fest, es liege weiterhin eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 10-20% vor. In ihrer Mitteilung vom 15. September 2009 teilte sie der Versicherten mit, dass sich keine rentenbeeinflussende Änderung des Invaliditätsgrades ergeben habe; dieser liege neu bei 82%. Sie habe deshalb weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente (IV 75 f.).

F.

Am 27. November 2009 teilte die Versicherte mit, sie arbeite zurzeit nicht mehr (IV 78). Den eingeholten ärztlichen Berichten ist insbesondere eine schwere gastroösophageale Refluxkrankheit mit kleiner Hiatushernie und eine Operation der Refluxerkrankung am 25. Juni 2010 mit laparoskopischer Fundoplicatio nach Nissen zu entnehmen (IV 82). Mit Schreiben vom 15. September 2010 teilte die SVA C._____ der Versicherten mit, sie verzichte in Anbetracht des zwar veränderten (erhöhten) Invaliditätsgrades, jedoch der gleichbleibenden Rente auf eine Revision des Rentenanspruchs (IV 86).

Mit Schreiben vom 18. Juli 2012 teilte die Versicherte mit, sie beabsichtige, ihren Tätigkeitsgrad auf 50% zu erhöhen, sie haben eine Anstellung im Service angenommen (IV 91). Nach einem Eingliederungsgespräch vom 15. November 2012 verneinte die SVA C._____ mit gleichentags erlassener Verfügung einen Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen (IV 96). Nachdem die Versicherte am 24. Juli 2013 mitteilte, die Tätigkeit im Gasthaus D._____ sei zu streng für sie, ihr sei gekündigt worden, nahm die SVA C._____ ein fünftes Revisionsverfahren auf und veranlasste beim Universitätsspital in (...) eine bidisziplinäre Begutachtung in den Fachbereichen Innere Medizin und Psychiatrie. Im Gutachten vom 14. Oktober 2013 beurteilten die Experten die Versicherte als zu 50% arbeitsfähig in angepasster Verweistätigkeit (IV 124). Nach verschiedenen Eingliederungsbemühungen und Durchführen eines Einkommensvergleichs (IV 131, 134, 138 f., 144) teilte die SVA C._____ der Versicherten mit

Vorbescheid vom 21. Januar 2015 mit, ab Juli 2012 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50%, der Invaliditätsgrad liege noch bei 50%, weshalb die Rente auf eine halbe Rente herabgesetzt werde (IV 145). Nach Einwand der Versicherten, die Rente sei ihr bis Ende Mai 2015 zu belassen, verfügte die SVA C. _____ mit Entscheid vom 17. März 2015 die Herabsetzung der ganzen Rente auf eine halbe Rente ab 1. Mai 2015 (IV 148, 154-156). Da die Versicherte am 7. April 2015 mitteilte, sie sei nach Deutschland weggezogen, bestätigte die neu zuständige IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA) mit Entscheid vom 1. Juni 2015 die Weiterausrichtung der halben Rente ab 1. Juli 2015 (IV 160).

G.

Am 26. April 2017 stellte die Versicherte ein weiteres Revisionsgesuch und machte geltend, sie können nicht mehr zu 50% arbeiten; sie habe sowohl die Stelle im Service zu 50% als auch diejenige im Sekretariat eines Immobilienbüros zu 20% aufgeben müssen bzw. ihr sei wegen mangelnder Leistung gekündigt worden (IV 162). Mit Vorbescheid vom 26. Mai 2017 teilte die IVSTA der Versicherten im sechsten Revisionsverfahren mit, die zugestellten Akten liessen nicht auf eine relevante Änderung des Invaliditätsgrades schliessen; das Revisionsgesuch könne deshalb nicht geprüft werden (IV 164). Nachdem die Versicherte mehrere aktuelle Arztberichte der behandelnden Ärzte eingereicht und Dr. E. _____ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz am 26. August 2017 Stellung zu den Berichten genommen hatte, trat die Vorinstanz auf das Revisionsgesuch mangels Vorliegen neuer Elemente nicht ein (IV 197 f.).

H.

H.a Mit Eingabe vom 28. September 2017 erhob die Beschwerdeführerin, vertreten durch Dr. iur. Caroline Suter, Aids-Hilfe Schweiz, Beschwerde gegen diese Verfügung und beantragte deren Aufhebung, das Eintreten auf das Gesuch und die Erhöhung der bestehenden halben Rente, eventualiter seien ergänzende Begutachtungen beispielsweise in den Fachbereichen Pneumologie, Infektiologie und Neurologie einzuholen (Beschwerdeakten [B-act.] 1),

H.b Am 26. Oktober 2017 leistete die Beschwerdeführerin den mit Zwischenverfügung vom 9. Oktober 2017 erhobenen Kostenvorschuss von Fr. 800.– (B-act. 2-4).

H.c Mit Vernehmlassung vom 5. Februar 2018 beantragte die Vorinstanz – unter Bezugnahme auf die Stellungnahme von Dr. F. _____ des medizinischen Dienstes vom 16. Januar 2018 (B-act. 8 Beilage 1) – die Gutheissung der Beschwerde und Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur Vornahme weiterer Abklärungen (B-act. 8).

H.d Mit Replik vom 9. März 2018 signalisierte die Beschwerdeführerin ihre Zustimmung zum Antrag der Vorinstanz. Sie wies jedoch darauf hin, dass sie sich – entgegen der Stellungnahme der Ärztin des medizinischen Dienstes – nicht (seit 2016) in psychiatrischer Behandlung befinde. Zudem hätten ihre behandelnden Ärzte bereits aktualisierte Berichte eingereicht. Diese seien jedoch auf Nachfrage bereit, aktualisierte Verlaufsberichte einzureichen (B-act. 10).

I.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird – soweit 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]). Die Beschwerdeführerin ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung. Sie hat am 5. September 2017 Dr. iur. Caroline Suter, Aids-Hilfe Schweiz, rechtsgültig mit der Wahrung ihrer Interessen beauftragt (B-act. 1 Beilage 1). Sie ist daher zur Erhebung der von ihrer Rechtsvertreterin unterzeichneten Beschwerde legitimiert (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem die Beschwerde frist- und formgerecht eingereicht und der erhobene Kostenvorschuss rechtzeitig einbezahlt worden ist, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 Abs. 1 ATSG; Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

2.

2.1 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).

2.2 Das Gericht 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.).

2.3 Nach ständiger Rechtsprechung beschränkt sich die Prüfung des Sozialversicherungsgerichts auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung entwickelt haben (vgl. Urteil des BGer 8C_489/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2 m.H. auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin ist schweizerische Staatsangehörige, wohnt aktuell in (...)/Deutschland und war bis 2015 in der Schweiz erwerbstätig (IV 169 S. 5 f.). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681, in Kraft getreten am 1. Juni 2002) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA zur Anwendung. Der Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 29. August 2017 in Kraft standen, weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind. Vorliegend ist das IVG und die IVV in den Fassungen der 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket (Revision 6a) anzuwenden (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], in Kraft seit 1. Januar 2012; die IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679], in Kraft seit 1. Januar 2012). Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) zu beachten.

4.

4.1 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).

4.2

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

4.2.2 Zeitlicher Ausgangspunkt dieser Beurteilung ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 130 V 71 E. 3.2.3). Ferner muss die Veränderung der Verhältnisse erheblich, das heisst hinsichtlich des resultierenden Invaliditätsgrad geeignet sein, Auswirkungen auf die Rente zu zeitigen. Diese Änderung kann den Gesundheitszustand, erwerbliche Auswirkungen oder auch die anwendbare Methode betreffen (BGE 130 V 343 E. 3.5). Unter revisionsrechtlicher Perspektive ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts allerdings unerheblich (BGE 112 V 371 E. 2b m.w.H.; Sozialversicherungsrecht – Rechtsprechung [SVR] 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a). Ebenfalls unbeachtlich bleiben nicht genügend fassbare oder lediglich vorübergehende Sachverhaltsänderungen (KIESER, Die Erheblichkeit der Invaliditätsgradänderung als Rentenanpassungsvoraussetzung nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, in: Schaffhauer/Schlauri [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2007, S. 159).

4.3

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

4.3.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

5.

Die Vorinstanz hat die Gutheissung der Beschwerde, das Eintreten auf das Revisionsgesuch und die Rückweisung der Sache zu weiteren Abklärungen beantragt, da gemäss Stellungnahme ihres ärztlichen Dienstes vom 16. Januar 2018 zum einen die Gutachter im Jahre 2013 ausgeführt hätten, ob sich ein Arbeitspensum von 50% realisieren lasse, könne aktuell noch nicht sicher beurteilt werden. Zum andern seien seither neue Erkrankungen wie chronische Bronchitis, zwei Eingriffe wegen Fisteln am Sinus pilonidalis, allergischer Schock nach Wespenstich (08/2015), Tendinopathie de Quervain D2 rechts, Rezidiv des gastroösophagealen Refluxes (als Folge einer Magenentleerungsstörung), eine mögliche Verschlechterung in psychischer Hinsicht (Wiederaufnahme der psychiatrischen Behandlung im Jahre 2016) sowie eine Entlassung am Arbeitsplatz wegen Vergessens, niedrigem Arbeitsertrag und erhöhter Müdigkeit hinzu gekommen. Die letzte Verfügung stamme aus dem Jahre 2015, weshalb sich die Situation durchaus verändert haben könne. Es seien deshalb die kürzlich erfolgte psychiatrische Untersuchung, ein Verlaufsbericht des begleitenden HIV-Zentrums, ein Bericht des Hausarztes mit Verlaufsangaben seit 2015 sowie ein neuropsychologischer Bericht einzuholen (B-act. 8).

6.

6.1 Nach Art. 61 Abs. 1 VwVG kann eine Sache ausnahmsweise mit verbindlichen Weisungen an die Vorinstanz zurückgewiesen werden. Eine Rückweisung rechtfertigt sich vor allem dann, wenn weitere Tatsachen festgestellt werden müssen und ein umfassendes oder jedenfalls aufwendiges Beweisverfahren durchzuführen ist (vgl. WEISSENBARGER/HIRZEL, in: Waldmann/Weissenberger [Hrsg.], Praxiskommentar VwVG, 2. Aufl. 2016, N 16 zu Art. 61 VwVG).

6.2 Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerdeschrift vom 28. September 2017 geltend, sie leide immer noch an sämtlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die 1998 bis 2015 zur Ausrichtung einer ganzen Rente geführt hätten. Die Kürzung der Rente auf 50% habe sie selber eingeleitet, jedoch sei eine Tätigkeit zu 50% in der Realität nicht umsetzbar (ihr sei auch deswegen gekündigt worden); dasselbe sei ihr bei einer Bürotätigkeit zu 20% geschehen. Seit der letzten Verfügung seien neue Leiden hinzugekommen: eine COPD, eine Tendovaginitis stenosans (Blockade rechter Zeigefinger), rezidivierende Oberbauchbeschwerden mit anhaltender Übelkeit, enorme Blutdruckschwankungen, ein sich verschlechterndes Restless legs-Syndrom sowie eine psychische Verschlechterung. Hinzuweisen sei darauf, dass sie einen enormen Medikamentencocktail zu sich nehme.

6.3 Aus den im Rahmen der Revision eingereichten Akten geht in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen Folgendes hervor:

6.3.1 Dem Arztbericht des Krankenhauses G._____ vom 29. September 2015 ist die Diagnose infizierter Sinus pilonidalis (chronisch entzündete Gesässfalte) rezidivierend sowie als Nebendiagnose eine HIV-Infektion zu entnehmen. Gleichentags erfolgte eine Exzision in toto (IV 171).

6.3.2 Dem Arztbericht der Dres. H._____ und I._____ des Krankenhauses G._____ vom 14. August 2015 ist zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin vom 11.-12. August 2015 wegen allergischer Reaktion auf einen Wespenstich, initial mit hypotoner Reaktion, in stationärer Behandlung und Beobachtung befunden hat. Während der Überwachung seien ein Exanthem (akut auftretender Hautausschlag) oder eine weitere allergische Reaktion nicht mehr aufgetreten; die orientierend durchgeführte neurologische Untersuchung sei unauffällig gewesen. Als Diagnosen nann-

ten die Ärzte eine allergische Reaktion auf Wespenstich, eine HIV-Infektion, eine Polyneuropathie, eine arterielle Hypertonie sowie einen Sinus pilonidalis (IV 172).

6.3.3 Im Röntgen Thorax in zwei Ebenen vom 18. September 2015 hielt Dr. J. _____, (...), fest: Ausschluss eines intrapulmonalen Prozesses, altersentsprechender unauffälliger Herz-, Lungen und Gefässbefund, insbesondere kein Nachweis eines Infiltrationsprozesses der Lungen (IV 173).

6.3.4 In seiner internistischen Konsiliaruntersuchung vom 17. November 2016, die wegen verschiedener Beschwerden nach Fundoplicatio (operativer Eingriff zur Verhinderung eines Rückflusses von Mageninhalt in die Speiseröhre) durchgeführt worden sei, nannte Dr. K. _____, Internist, (...), folgende Diagnosen: Oberbauchbeschwerden, Zustand nach Fundoplicatio, HIV-Infektion, Hypertonie. In seiner Beurteilung hielt er fest, dass keine Hernie (Austritt von Eingeweiden aus der Bauchhöhle) und Refluxösophagitis (Entzündung der Speiseröhre infolge Rücklaufs von saurem Magensaft; Sodbrennen) vorliege. Gewebeproben seien entnommen worden. Die angegebenen Beschwerden seien unter Vorbehalt des histologischen Ergebnisses nicht zu (er)klären (IV 174, 187).

6.3.5 Dr. L. _____, (...), hielt in seiner histologischen Untersuchung vom 21. November 2016 eine geringgradige, oberflächenbetonte chronische, nicht aktive Antrumgastritis (Schleimhautentzündung im unteren Magenbereich) fest. Es bestehe kein Nachweis von *Helicobacter pylori* in der Corpusschleimhaut. In der Ora serrata (Übergang von Schleimhaut Speiseröhre zu Schleimhaut Magen) liege eine mässiggradige chronische, nicht aktive Entzündung des Übergangsbereiches vor (IV 188).

6.3.6 Im Ambulanzbrief des Krankenhauses G. _____ vom 5. Dezember 2016 hielt der berichtende Arzt folgende Diagnosen fest: Zustand nach laparoskopischer Fundoplicatio (2010), Ausschluss eines Rezidives bei klinischer Magenentleerungsstörung. Die Beschwerden liessen sich nicht auf ein Rezidiv einer Hiatushernie (Durchbruch des Magens durch das Zwerchfell) zurückführen, das Gesamtbild imponiere eher wie eine chronische Magenentleerungsstörung. Er gab die Empfehlung, die Protonenpumpeninhibitoren zu reduzieren beziehungsweise auszuschleichen (IV 175).

6.3.7 In seinem Kurzbericht vom 8. Februar 2017 (IV 176) nannte Dr. M. _____ als Diagnose eine ausgeprägte Tendovaginitis stenosans D2

rechts (M65.4; Sehnenscheidenentzündung der Beugesehnen der rechten Hand).

6.3.8 Im Bericht vom 7. Juni 2017 hielt die N. _____ GmbH als Diagnose eine generalisierte PA [Parodontitis] im Oberkiefer und Unterkiefer fest. Die Patientin benötige eine PA-Therapie (IV 177).

6.3.9 In seinem Arztbericht vom 7. Juni 2017 gab Dr. O. _____, Neurologie, (...), eine neurologische Untersuchung ohne besondere Befunde wieder. Als Diagnosen nannte er ein Immundefektsyndrom, ein Restless legs-Syndrom sowie eine arterielle Hypertonie. Eine Periphere Neuropathie schloss er aus (IV 182).

6.3.10 Mit Arztbericht vom 13. Juni 2017 hielt Dr. P. _____, Hausärztin, (...), als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine HIV-Infektion seit 27 Jahren, eine Periphere Polyneuropathie (PNP), eine Restless legs-Symptomatik, eine GERD (Refluxkrankheit) zu Fundoplicatio, eine arterielle Hypertonie, eine Tendovaginitis stenosans seit Jahren und eine aktuell leichte depressive Episode (F32.0) seit Monaten fest. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine Wespengiftallergie (Erstdiagnose 08/2015) sowie einen Sinus pilonidalis (zweimal operiert, Mühe beim längeren Sitzen). Die Arbeitsfähigkeit betrage hin und wieder 1-2 Std. Arbeit (IV 178; B-act. 1 B7).

6.3.11 Dr. Q. _____, behandelnder Infektiologe in (...), nannte in seinem Arztbericht vom 22. Juni 2017 als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Immundefektsyndrom Stadium B2 (Erstdiagnose 05/1990), arterielle Hypertonie, Restless legs-Syndrom beidseits, Müdigkeitssyndrom, Wespenstichallergie, Ein- und Durchschlafstörung, COPD, Herzkreislaufproblem und Zustand nach Fundoplicatio. In seiner Beurteilung führte er aus, seit dem 18. Januar 2016 bestünden immunologisch keine Auffälligkeiten, der Gesundheitszustand sei gleichbleibend. Es hätten bei durchgeführter Gastroduodenoskopie wegen Übelkeit und Sodbrennen keine pathologischen Befunde erhoben werden können. Die Arbeitsfähigkeit betrage 10-20%, nicht regelmässig (191; B-act. 1 Beilage 8).

6.3.12 Mit Arztbericht vom 27. Juni 2017 an die IVSTA bestätigte Dr. O. _____, Neurologie, (...), dass die Beschwerdeführerin wegen starkem Restless legs-Syndrom zu ihm in die Behandlung komme, ein bis zweimal pro Jahr. Als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er

ein Restless legs-Syndrom seit vielen Jahren, trotz Medikamenteneinnahme. Als Sekretärin/Bioenergie-Therapeutin sei die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsunfähig (IV 183; B-act. 1 B9).

6.3.13 Mit Stellungnahme vom 26. August 2017 hielt Dr. E. _____ des medizinischen Dienstes der IVSTA fest, dass eine Änderung nicht glaubhaft gemacht werde. Aufgrund der von ihm aufgelisteten Diagnosen sei eine angepasste Tätigkeit im bisherigen Rahmen zumutbar (IV 197).

6.3.14 Mit Stellungnahme vom 16. Januar 2018 wies Dr. F. _____ darauf hin, dass die damalige Rentengewährung, zuerst zu 50%, danach zu 100%, auf folgenden Diagnosen beruhte: HIV-Infektion Stadium B2, arterielle Hypertonie, paroxysmale supraventriculäre Tachycardien, kombinierte Hyperlipidämie, möglicherweise medikamentös bedingt, rezidivierende depressive Episoden, Verdacht auf restless legs, Refluxsymptomatik, innere Hämorrhoiden. Mit Blick auf die von der Beschwerdeführerin gewünschte Wiedereingliederung zu 50% sei die Rente mit Verfügung vom 17. März 2015 auf eine halbe Invalidenrente herabgesetzt worden. In der (vorausgehenden) bidisziplinären Expertise von 2013 habe der Gutachter im Fachbereich Innere Medizin darauf hingewiesen, dass nicht sicher beurteilt werden könne, ob ein Arbeitspensum zu 50% in einer mittelschweren Tätigkeit wie dem Service längerfristig zumutbar sei. In den vergangenen acht Monaten seien denn auch zwei Arbeitsausfälle zu verzeichnen, einmal wegen Bronchitis, einmal wegen Exazerbation des lumbospondylogenen Schmerzsyndroms. Die meisten der in den neuen Arztberichten erwähnten gesundheitlichen Probleme seien bereits bekannt. Neu seien aber eine chronische Bronchitis, zwei Eingriffe wegen einer Fistel des Sinus pilonidalis, ein allergischer Schock nach Wespenstich (08/2015), eine Tendinopathie nach de Quervain D2 rechts, ein Rezidiv des gastroösophagealen Refluxes (bedingt durch eine Magenentleerungsstörung) sowie eine mögliche Verschlechterung in psychischer Hinsicht (zumal 2016 eine Psychotherapie wieder aufgenommen worden sei), zu verzeichnen. In beruflicher Hinsicht sei die Beschwerdeführerin wegen Vergesslichkeit, geringem Arbeitsertrag und gesteigerter Ermüdung entlassen worden. Hinsichtlich der psychischen Situation als auch der HIV-Erkrankung lägen keine Informationen vor. In Anbetracht der Pathologie und der Verfügung von 2015 könnte sich die Situation seither verändert haben. Deshalb sei auf das Gesuch einzutreten und zur Vervollständigung der Instruktion folgende Akten zu verlangen: ein kürzlich verfasster psychiatrischer Bericht, ein Verlaufsbe-

richt zur HIV-Erkrankung, ein Verlaufsbericht des Hausarztes ab 2015 sowie eine neuropsychologische Bilanz (Gedächtnis, Konzentration u.a.m.; B-act. 8 Beilage 1).

6.4 Insoweit die Beschwerdeführerin ihre Beschwerde damit begründet, dass sie immer noch an sämtlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen leide, die 1998-2015 zur Ausrichtung einer ganzen Rente geführt hätten, macht sie sinngemäss Wiedererwägungsgründe für eine Erhöhung der halben auf eine ganze Rente geltend (vgl. dazu Urteil C-4103/2014 vom 15. Dezember 2016 E. 5.2): Über die bis 2015 aktenkundigen Beeinträchtigungen ist jedoch mit Verfügung vom 17. März 2015 rechtskräftig befunden und der bisherige Rentenanspruch nur noch in Höhe einer halben Rente bestätigt worden. Eine Rentenerhöhung kann deshalb nicht mit dieser Begründung verlangt werden, weshalb auf das entsprechende Begehren nicht einzutreten ist.

6.5 Mit der Vorinstanz ist jedoch festzuhalten, dass im Vergleich zur vorhergehenden Revisionsverfahren neue Erkrankungen hinzugekommen sind und sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin anhand der vorliegenden medizinischen Akten nicht in allen Belangen hinreichend beurteilen lässt (vgl. dazu E. 6.6 - 6.8). Die Vorinstanz beantragt in ihrer Vernehmlassung deshalb im Ergebnis zu Recht das Eintreten auf die Beschwerde und die Rückweisung der Sache an sie zu weiteren Abklärungen (B-act. 8). Zu prüfen bleibt, ob die von Dr. F._____ genannten Abklärungen allesamt erforderlich sind. Zutreffend weist die Beschwerdeführerin in der Replik darauf hin, dass im Beschwerdeverfahren (bereits) aktualisierte Berichte der behandelnden Ärzte eingereicht worden seien (B-act. 10).

6.6 Aufgrund der Vorakten hält das Gericht Folgendes fest:

6.6.1 Dass eine Verschlechterung der HIV-Erkrankung oder eine Änderung eingetreten sei, kann aus den Vorakten nicht geschlossen werden: So wird die HIV-Infektion seit 1999 im Stadium B2 bestehend beschrieben (IV 23 S. 2; 25; 48 S. 1 und 3; 58 S. 3 und 6; 60; 70 S. 1, 12 und 14; 71 S. 3; 82 S. 1 und 8; 124), letztmals durch Dr. Q._____, den behandelnden Infektiologen, mit Bericht vom 22. Juni 2017 (IV 191). Zudem hatte Dr. Q._____ im genannten Bericht bestätigt, dass immunologisch seit 18. Januar 2016 keine Auffälligkeiten bestünden und der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gleichbleibend sei. Damit vermag die Beurteilung von Dr. F._____ vom medizinischen Dienst, wonach eine fundierte Beurteilung der Immunerkrankung seit 2015 fehle und ein Verlaufsbericht des behandelnden Arztes einzuholen sei, nicht zu überzeugen.

6.6.2 Auch dass in psychiatrischer Hinsicht zwischenzeitlich eine Verschlechterung eingetreten sei, ist aus den Akten nicht ersichtlich: War im Jahre 1999 noch die Rede von einer larvierten Depression (IV 19), hielten die Ärzte im September 2001, Januar 2006, Juli 2009 und Mai 2011 rezidivierende depressive Episoden (IV48 S. 3; 60; 70; 82 S. 8), im Dezember 2008 rezidivierende depressive Episoden mit Angstsymptomatik (IV 70 S. 12), im März 2013 Depressionen mit Schlafstörungen (IV 82 S. 1) und hielt am 28. Februar 2013 Dr. R._____, Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie, in seinem ausführlichen Arztbericht eine ausgeprägte, aktuell mittelgradige Depressivität, jedoch ohne Indikation einer dringlichen antidepressiven Medikation und unter Stellen der Diagnose „rezidivierende depressive Reaktionen“ (ICD-10: F43.2), fest (IV 106). Im bidisziplinären Gutachten des Universitätsspitals S._____, vom 14. Oktober 2013 wiederum wurde die Diagnose Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (F43.1) festgehalten (IV 124). Auf dieser Basis wurde mit Verfügung vom 17. März 2015 die ganze Rente auf eine halbe Rente herabgesetzt, wogegen die Beschwerdeführerin keine Beschwerde erhoben hat. Die Hausärztin, Dr. P._____, wiederum beschreibt in ihrem Arztbericht vom 13. Juni 2017 eine aktuell leichte depressive Episode (F32.0) seit Monaten (IV 178). Eine wesentliche Änderung/Verschlechterung der Gesundheit in psychiatrischer Hinsicht ist damit nicht ersichtlich. Die Beschwerdeführerin hat in der Replik zudem selber darauf hingewiesen, dass sie sich entgegen der Annahme von Frau Dr. F._____ in keine psychiatrische Therapiebehandlung seit 2016 begeben habe (B-act. 10). Dass die Beschwerdeführerin keine fachärztliche Betreuung in Anspruch nimmt, spricht ebenfalls gegen eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

6.6.3 Im Weiteren handelt es sich beim geltend gemachten stationären Spitalaufenthalt wegen allergischen Schocks infolge eines Wespenstichs nicht um eine langandauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, die eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit nach sich zieht (E. 4.1). Ausser der einmaligen Hospitalisierung vom 11.-12. August 2015 (IV 172) sind den Akten keine Hinweise auf Folgeerscheinungen und/oder ein Wiederauftreten eines allergischen Schockes zu entnehmen. Dasselbe hat für die Diagnose eines infizierten Sinus pilonidalis (chronisch entzündete Gesässfalte mit Fistelgängen), rezidivierend, und die zweimalige Operation desselben (IV 171, 172, 178) zu gelten, zumal dieses Beschwerdebild operativ behandelt werden kann, in dem die Fistelgänge und das umliegende Gewebe herausgeschnitten werden und der Patient nach wenigen Stunden oder Tagen wie-

der entlassen werden kann (vgl. <http://flexikon.doccheck.com/de/Pilonidal-sinus>, <https://www.santemedica.ch/sinus-pilonidalis-ein-behandelbares-leiden/>; abgerufen am 28. März 2018).

6.7 Die von der Beschwerdeführerin mit Revisionsgesuch vom 26. April 2017 sowie mit Beschwerde und Replik geltend gemachten enormen *Blutdruckschwankungen* sind im Revisionsverfahren von keiner Seite ärztlich bestätigt worden. Hingewiesen werden kann auf die in stationärer Behandlung erhobene eingehende Untersuchung und Befundung am 11. August 2015 (IV 172), die keinerlei Hinweise auf einen erhöhten Blutdruck enthalten. Dem Bericht der Hausärztin vom 13. Juni 2017 sind zwar Hinweise auf eine arterielle Hypertonie, nicht jedoch auf enorme Blutdruckschwankungen zu entnehmen (IV 178); damit bleibt dieses Beschwerdebild unbelegt. Soweit die Beschwerdeführerin des Weiteren eine *Tendovaginitis stenosans* rechts d.h. eine Sehnenscheidenentzündung der Beugesehnen der rechten Hand, die sich in der Blockierung des rechten Zeigefingers bei Handbeugung manifestiere, geltend macht, ist auf dieses Beschwerdebild revisionsweise nicht weiter einzugehen, zumal die Hausärztin in ihrem Bericht vom 13. Juni 2017 darauf hinweist, dass diese Diagnose bereits „seit Jahren“ bestehe (IV 178 S. 2). Die von der Beschwerdeführerin erwähnten *rezidivierenden Oberbauchbeschwerden mit anhaltender Übelkeit* sind von Dr. K. _____ in seinem Konsiliarbericht vom 17. November 2016 – unter Vorbehalt der Ergebnisse der histologischen Beurteilung der entnommenen Gewebeprobe – als „nicht zu klären“ beurteilt worden. Er erhob diesbezüglich unauffällige Befunde (IV 174). Auch die Hausärztin hielt in ihrem Bericht vom 13. Juni 2017 diesbezüglich keine Diagnosen mit oder ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV 178 S. 2). Schliesslich macht die Beschwerdeführerin geltend, sie leide an einem sich verschlechternden *Restless legs-Syndrom*. Den Akten sind bezüglich dieser Erkrankung zahlreiche Hinweise zu entnehmen: Zwischen 1999 und 2001 wurde der Verdacht auf das Vorliegen einer solchen Erkrankung geäussert (IV 23 S. 2; 25; 48 S. 3). Spätere Arztberichte (ab 2006) bestätigen die Diagnose (IV 60; 70 S. 1 und S. 14; 82; 124). Dr. T. _____ bestätigte in seinem Bericht vom 10. August 2009, dass die Beschwerden hätten behandelt werden können, und listete sie unter Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (IV 71 S. 3). Im Revisionsverfahren bestätigte Dr. O. _____ mit Bericht vom 7. Juni 2017 diese Diagnose (IV 182), ebenso wie die Hausärztin Dr. P. _____ mit Bericht vom 13. Juni 2017 (IV 178) und Dr. Q. _____ mit Bericht vom 22. Juni 2017 (IV 191). Entgegen der Aussage der Beschwerdeführerin, das Syndrom verschlechtere sich (B-act. 1, 10), ist dem Bericht von Dr. O. _____ vom 27. Juni 2017 einzig zu entnehmen,

dass die Patientin wegen eines starken Restless legs-Syndroms zu ihm in die Behandlung komme, dies geschehe ein bis zweimal jährlich. Das Syndrom bestehe seit vielen Jahren; die Patientin habe trotz der abgegebenen Medikamente „oft dennoch starkes Restless legs-Syndrom“. Eine Verschlechterung erwähnt der Arztbericht nicht (IV 183). Nicht als neu sind zudem die in der Beschwerde genannten *Gelenk-, Rücken- und Schulterbeschwerden* zu werten. Bereits der Arztbericht von Dr. U. _____ vom 26. Januar 2006 enthält die Diagnosen „unklare Arthralgien und Weichteilbeschwerden im Schultergürtel, Armen und Hüftgelenken“ (IV 58 S. 3). Entsprechende Verlaufsbeurteilung bzw. Aktualisierungen drängen sich daher aus Sicht des Gerichts nicht auf.

6.8 Neu und im revisionsrechtlichen Sinne relevant (vgl. E. 4.2) ist die mit Revisionsgesuch vom 26. April 2017 erstmals geltend gemachte und mit Arztbericht von Dr. Q. _____ vom 22. Juni 2017 bestätigte chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD; s. IV 162, 191). In Anbetracht dessen, dass mit einer HIV-Erkrankung („Immundefektsyndrom“ [vgl. IV 182, 191]) verschiedene Infekte einhergehen bzw. das Immunsystem geschwächt wird und eine COPD häufig und in relevanter Form auftritt (vgl. <https://www.hiv.va.gov/provider/manual-primary-care/copd.asp>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5215875/>; abgerufen am 29. März 2018) erweisen sich diesbezüglich – in Übereinstimmung mit der späteren Würdigung des medizinischen Dienstes der IVSTA – weitere Abklärungen als unumgänglich, zumal auch in den Akten keine Hinweise über den Schweregrad dieser Erkrankung vorliegen (vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-228/2014 vom 20. April 2015 E. 5.11). Die Sache ist daher zur Vornahme weiterer (fachärztlicher) Abklärungen in pneumologischer Hinsicht an die Vorinstanz zurückzuweisen. Da dieses Beschwerdebild in engem Zusammenhang mit der langjährigen Immundefekterkrankung stehen dürfte, sind die Abklärungen der Vorinstanz interdisziplinär beziehungsweise konsiliarisch auf die Innere Medizin auszudehnen.

Auch die geltend gemachte Verschlechterung hinsichtlich Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit, die zur Entlassung am Arbeitsplatz geführt habe, wird von Dr. P. _____ mit Bericht vom 13. Juni 2017 bestätigt (IV 178), weshalb diesbezüglich – in Übereinstimmung mit der Beurteilung von Dr. F. _____ – ein neuropsychologischer Bericht einzufordern ist. Sollten sich aus diesen Abklärungen bisher nicht aktenkundige Weiterungen ergeben, ist es der Vorinstanz trotz den Hinweisen des Gerichts in E. 6.6 f. unbenommen, ihre Abklärungen revisionsweise auf weitere Fachbereiche beziehungsweise bereits bekannte Beschwerdebilder auszudehnen.

6.9 Zusammenfassend ergibt sich, dass der medizinische Sachverhalt hinsichtlich der neu diagnostizierten Erkrankung an einer COPD und der Verschlechterung in neuropsychologischer Hinsicht nicht genügend abgeklärt wurde. Die Beschwerde ist, soweit darauf eingetreten wird, daher insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zum Eintreten auf das Gesuch und zur weiteren Abklärung in den Fachbereichen Pneumologie und (konsiliarisch beziehungsweise interdisziplinär) Innere Medizin sowie Neuropsychologie und zur anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

7.

7.1 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 praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 137 V 57 E. 2.1 m.H.), sind der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihr zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

7.2 Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässige hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Die obsiegende Beschwerdeführerin ist anwaltlich vertreten. Ihr ist in Berücksichtigung des als notwendig zu erachtenden Aufwandes eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'500 (inkl. Spesen, ohne Mehrwertsteuer, die bei Wohnsitz der Beschwerdeführerin im Ausland nicht geschuldet ist [vgl. bspw. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]) zuzusprechen.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 29. August 2017 aufgehoben und zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung im Sinne der Erwägung 6 an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. Im Übrigen wird auf die Beschwerde nicht eingetreten.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– wird ihr nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihr zu bezeichnendes Konto zurückerstattet.

3.

Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.– zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Beat Weber

Daniel Golta

Rechtsmittelbelehrung:

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

Versand: