



## Urteil vom 7. Juli 2020

---

Besetzung

Richterin Viktoria Helfenstein (Vorsitz),  
Richterin Caroline Gehring, Richter Daniel Stufetti,  
Gerichtsschreiberin Rahel Schöb.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_,  
(Deutschland),  
vertreten durch Michael Gehring, Rechtsanwalt,  
Beschwerdeführerin,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch;  
Verfügung der IVSTA vom 3. Oktober 2017.

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

Die am (...) 1969 geborene schweizerische Staatsangehörige A.\_\_\_\_\_ (*nachfolgend*: Versicherte oder Beschwerdeführerin) ist in Deutschland wohnhaft. Sie war vom 1. Mai 1995 bis im Oktober 2016 mit B.\_\_\_\_\_ verheiratet und hat aus dieser Ehe Zwillingstöchter (geboren im Jahr 2000). Die Versicherte arbeitete als Psychiatriekrankenschwester auf einer Station für suchtkranke Patientinnen und Patienten, wo sie sich am 14. Juni 1991 bei der Blutentnahme bei einem suchtkranken Patienten, bei welchem zu diesem Zeitpunkt eine chronische Hepatitis-C-Virus-Infektion bestand, eine Nadelstichverletzung zuzog. Bei diesem Vorfall wurde sie mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert, was erstmals im Oktober 1994 nachgewiesen wurde (Akten gemäss Aktenverzeichnis der Vorinstanz [*nachfolgend*: IVSTA-act.] IVSTA-act. 12; 13, S. 2; 14; 20; 37; 69; 89). Zuletzt war die Versicherte vom 1. September 1994 bis 31. November 1995 in der psychiatrischen Klinik C.\_\_\_\_\_ als Psychiatriekrankenschwester erwerbstätig (IVSTA-act. 6, S. 1; 13, S. 1; 19, S. 1; 20; 26; 37, S. 16; 103; 113) und hat zwischen 1987 und 1994 mit kurzen Unterbrüchen Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (IVSTA-act. 26, S. 3; 166) geleistet.

**B.**

**B.a** Mit Verfügung vom 9. Juli 1999 sprach die D.\_\_\_\_\_ Versicherung als Unfallversicherer der Versicherten eine Rente ab dem 1. Januar 1997 bei einem Invaliditätsgrad vom 70 % zu (vgl. IVSTA-act. 156, S. 5).

**B.b** Am 20. Januar 1997 meldete sich die Versicherte erstmals unter Hinweis auf ihren Unfall vom 14. Juni 1991 beim Amt für AHV und IV des Kantons E.\_\_\_\_\_ zum Leistungsbezug an (IVSTA-act. 26). Dieses überwies die Anmeldung der Versicherten am 14. April 1997 zuständigkeitsshalber an die Invalidenversicherungs-Stelle für Versicherte im Ausland (*nachfolgend*: IVSTA oder Vorinstanz; IVSTA-act. 7, S. 16 f.).

**B.c** Mit Beschluss vom 18. Februar 1998 sprach die Vorinstanz der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad vom 70 % eine ganze Invalidenrente ab dem 21. November 1996 zu (IVSTA-act. 10).

**B.d** Mit Verfügung vom 1. November 2001 hob die Vorinstanz den Rentenanspruch der Versicherten per 1. Januar 2002 auf (IVSTA-act. 43) . Die dagegen erhobene Beschwerde der Versicherten wurde mit Urteil vom

22. Januar 2003 der Eidgenössischen Rekurskommission der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung für die im Ausland wohnenden Personen gutgeheissen und die Sache zur Neuabklärung an die Vorinstanz zurückgewiesen (IVSTA-act. 52).

**B.e** In Nachachtung des Urteils der Eidgenössischen Rekurskommission und nach Einholung weiterer medizinischer und erwerblicher Unterlagen sprach die IVSTA der Versicherten mit Verfügung vom 6. April 2004 eine Viertelsrente ab dem 1. Juni 2002 zu (IVSTA-act. 76),

**B.f** Im Rahmen von Rentenrevisionen und mit Mitteilungen vom 15. November 2004 (IVSTA-act. 88), vom 18. Dezember 2008 (IVSTA-act. 105), vom 22. Februar 2013 (IVSTA-act. 127) und vom 13. September 2017 (IVSTA-act. 142) hielt die Vorinstanz jeweils fest, dass die Überprüfung des Invaliditätsgrades keine anspruchsbeeinflussende Änderung ergeben habe und weiterhin Anspruch auf die bisherigen Geldleistungen bestehe.

**B.g** Unter Bezugnahme auf die Verfügung der Vorinstanz verfügte die D. \_\_\_\_\_ Versicherung am 22. Juni 2005 (IVSTA-act. 89) über die Ausrichtung ihrer Leistungen hinsichtlich der von der Vorinstanz festgestellten Invaliditätsgrade (45 % ab 29. Dezember 1998 sowie 41 % ab 1. Januar 2004).

### **C.**

**C.a** Im Herbst 2015 erteilte die D. \_\_\_\_\_ Versicherung die Kostengutsprache zur Durchführung einer medikamentösen Therapie zur Behandlung der Hepatitis-C Erkrankung (IVSTA-act. 156, S. 5). Die 12-wöchige Harvoni-Therapie fand von November 2015 bis Februar 2016 statt (IVSTA-act. 138; 143; 161. S. 10; 162).

**C.b** Mit Vorbescheid vom 6. März 2017 stellte die IVSTA der Versicherten in Aussicht, dass ab dem 26. September 2016 keine dauerhafte invalidisierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und somit kein Anspruch mehr auf eine Rente bestehe (IVSTA-act. 155). Zur Begründung führte die Vorinstanz im Wesentlichen aus, dass eine Besserung des Gesundheitszustandes der Versicherten infolge der Harvoni-Therapie (Virussuppression) eingetreten sei.

**C.c** Mit Schreiben vom 16. März 2017 erhob die anwaltlich vertretene Versicherte Einwand gegen den Vorbescheid (IVSTA-act. 158) und stellte ein Gesuch um Akteneinsicht (IVSTA-act. 158). Mit Schreiben vom 11. April 2017 liess die Versicherte zur Begründung ihres Einwands insbesondere

geltend machen, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ohne Untersuchung der Versicherten festgestellt worden sei und zu den psychischen Folgen der Hepatitisserkrankung keinerlei medizinische Abklärungsergebnisse vorliegen würden (IVSTA-act. 161). Die Versicherte liess der Vorinstanz zudem einen Arztbericht von F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Internistische Onkologie, vom 10. März 2017 (IVSTA-act. 162) zukommen.

**C.d** Die IVSTA stellte den Einwand der Versicherten sowie den Arztbericht vom 10. März 2017 dem regionalen ärztlichen Dienst (*nachfolgend*: RAD) zur Stellungnahme zu. Dr. G. \_\_\_\_\_ hielt am 17. Juli 2017 (IVSTA-act. 165) sowie am 11. September 2017 (IVSTA-act. 172) im Wesentlichen fest, dass eine medizinische Auswirkung durch die Viruselimination objektiv nicht mehr nachzuweisen sei. Die volle Arbeitsfähigkeit sei daher mit hoher Wahrscheinlichkeit eingetreten. Die Behandlungen seien vollständig abgeschlossen, es bestünden lediglich Notwendigkeiten im Rahmen der medizinischen Vorsorge, die zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen könnten.

**C.e** Am 26. Juli 2017 bestätigte die IVSTA – unter Neuberechnung der Rente infolge Ehescheidung – die bisherigen Ansprüche der Versicherten auf eine Viertelsrente (IVSTA-act. 167).

**C.f** Mit Verfügung vom 3. Oktober 2017 hob die Vorinstanz die Invalidenrente per 1. Dezember 2017 auf (IVSTA-act. 174), da bei der Versicherten keine dauerhafte invalidisierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Sie ging insbesondere davon aus, dass die medizinische Auswirkung durch die Viruselimination nicht mehr bestehe und eine allfällige psychiatrische Einschränkung gar nie ausgewiesen gewesen sei.

## **D.**

**D.a** Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Michael Gehring, am 27. Oktober 2017 Beschwerde am Bundesverwaltungsgericht (Akten im Beschwerdeverfahren [*nachfolgend*: BVGer-act.] 1) und liess beantragen, es sei die Verfügung vom 3. Oktober 2017 aufzuheben und ihr unverändert eine Invalidenrente auszurichten. Eventualiter solle die Verfügung aufgehoben und die Vorinstanz zur Durchführung eines detaillierten medizinischen und psychiatrischen Sachverständigen-gutachtens verpflichtet werden, wonach diese anschliessend neu zu entscheiden habe, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Vorinstanz. Zur Begründung wurde im Wesentlich ausgeführt, es liege keine

namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und damit eine Veränderung der Arbeitsfähigkeit vor. In prozessualer Hinsicht wurde die unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung sowie die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde beantragt.

**D.b** Mit Zwischenverfügung vom 8. November 2017 wurde der Versicherten die unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung gewährt (BVGer-act. 3).

**D.c** Mit Vernehmlassung vom 4. Dezember 2017 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer-act. 6). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass sie sich zu den anwaltlichen Vorbringungen im Rahmen des Abklärungsverfahrens bereits mit Vorbescheid vom 6. März 2017 (IVSTA-act. 155), mit Beschluss vom 27. September 2017 (IVSTA-act. 173) und zuletzt mit Verfügung vom 3. Oktober 2017 (IVSTA-act. 174), gestützt auf die fachärztlichen Stellungnahmen des RAD Rhône vom 11. September 2017 (IVSTA-act. 172), vom 17. Juli 2017 (IVSTA-act. 165), vom 4. Januar 2017 (IVSTA-act. 151) und vom 7. September 2016 (IVSTA-act. 141) wiederholt geäußert habe und darauf verwiesen werden könne.

**D.d** Mit Zwischenverfügung vom 14. Mai 2018 wurde das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung abgewiesen (BVGer-act. 8).

**D.e** Mit Replik vom 13. Juli 2018 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen unverändert fest und beantragte ergänzend in prozessualer Sicht, die Stellungnahmen des RAD vom 11. September 2017 (IVSTA-act. 172) und vom 17. Juli 2017 (IVSTA-act. 165) seien aus dem Recht zu weisen; eventualiter sei ihr vollumfänglich Akteneinsicht sowie das Recht auf Beschwerdeergänzung zu gewähren (BVGer-act. 12).

**D.f** Mit unaufgeforderter Eingabe vom 26. September 2018 (BVGer-act. 13) stellte die Versicherte eine weitere ärztliche Stellungnahme von F.\_\_\_\_\_ vom 15. August 2018 zu (Beilage 17 zu BVGer-act. 1). Aus dieser ergebe sich, dass die Beschwerdeführerin zunehmend unter neurokognitiven Störungen in Form von Konzentrationsstörungen und Störungen insbesondere des Kurzzeitgedächtnisses leide. Darüber hinaus bestehe eine anhaltende physische und psychische Erschöpfbarkeit mit deutlich reduzierter körperlicher Belastbarkeit und depressiven Symptomen.

**D.g** Mit Spontaneingabe vom 19. Oktober 2018 stellte die Versicherte (BVGer-act. 15) eine fachärztliche Bescheinigung von Dr. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie / Psychotherapie, vom 16. Oktober 2018 (Beilage 18 zu BVGer-act. 1, S. 3) sowie eine persönliche Stellungnahme (Beilage 19 zu BVGer-act. 1) zu.

**D.h** Mit Duplik vom 21. November 2018 hielt die Vorinstanz unverändert an ihren Anträgen fest (BVGer-act. 17). Ergänzend führte sie aus, dass der Beschwerdeführerin auf eigenes Begehren nach Erlass des Vorbescheides vollumfängliche Akteneinsicht gewährt worden sei und gestützt darauf der ergänzende Einwand vom 11. April 2017 (IVSTA-act. 161) mit einem neuen Arztbericht von Facharzt F.\_\_\_\_\_, vom 10. März 2017 (IVSTA-act. 162) erfolgt sei. In der Stellungnahme vom 17. Juli 2017 (IVSTA-act. 165) habe sich der RAD mit der anwaltlichen Argumentation auseinandergesetzt, während der Bericht vom 11. September 2017 (IVSTA-act. 171) den ergänzenden Arztbericht zum Gegenstand gehabt habe. Es treffe hingegen zu, dass der Beschwerdeführerin die beiden Stellungnahmen des RAD nicht vorgelegen hätten. Im Weiteren seien die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens neu eingebrachten Arztberichte erneut dem RAD zur Stellungnahme unterbreitet worden. Auf diese beiden Berichte vom 13. November 2018 und 16. Oktober 2018 werde explizit verwiesen. Gemäss diesen könne festgehalten werden, dass weiterhin eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei, welche es der Versicherten ab dem 1. Februar 2016 wieder erlaube, ihrer bisherigen Tätigkeit «als Pflegepersonal» vollschichtig nachzugehen.

**D.i** Mit Zwischenverfügung vom 27. November 2018 schloss die Instruktionsrichterin den Schriftenwechsel – vorbehältlich weiterer Instruktionsmassnahmen – ab (BVGer-act. 18).

**E.** Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

## **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]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem die unentgeltliche Rechtspflege am 8. November 2017 gewährt wurde (BVGer-act. 3), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 27. Oktober 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 3. Oktober 2017 (IVSTA-act. 174), mit der die Vorinstanz die bisher ausgerichtete Viertelsrente der Beschwerdeführerin revisionsweise ab dem 1. Dezember 2017 aufgehoben hat. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin auch ab 1. Dezember 2017 weiterhin Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat.

### **3.**

**3.1** 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).

**3.2** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 3. Oktober 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein. Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C\_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

**3.3** Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6, 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des BGer 8C\_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1, n. publ. in: BGE 140 V 220).

**3.4** Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen); zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, Bern 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des BGer 8C\_843/2016 vom 8. März 2017 E. 2; zum Ganzen auch BGE 144 V 427 E. 3.2).

**3.5** Die Beschwerdeführerin ist schweizerische Staatsbürgerin. Aufgrund ihres Wohnsitzes in Deutschland besteht in räumlicher Hinsicht ein internationaler Sachverhalt mit Bezug zur EU, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung

der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zu beachten sind. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

**3.6** 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). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 3. Oktober 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.

#### **4.**

Die Beschwerdeführerin macht zunächst in formeller Hinsicht und bezüglich des vorinstanzlichen Verfahrens eine Verletzung des Anspruchs auf ein faires Verfahren und des rechtlichen Gehörs geltend.

**4.1** Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) und Art. 42 Abs. 1 ATSG haben Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör (vgl. auch Art. 29 VwVG). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in Akten zu nehmen (vgl. dazu Art. 47 ATSG und Art. 26 VwVG), mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Ebenso folgt aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör die grundsätzliche Pflicht der Behörden, ihren Entscheid zu begründen (132 V 368 E. 3.1, BGE 134 I 83 E. 4.1, BGE 133 III 439 E. 3.3). Gemäss Art. 42

ATSG müssen die Parteien jedoch nicht angehört werden vor Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind. Spätestens im Einspracheverfahren hat die Verwaltung aber die allgemeinen Grundsätze des rechtlichen Gehörs zu wahren und folglich der versicherten Person oder ihrem Vertreter Einsicht in die Akten zu gewähren, auf deren Grundlage sie den Einspracheentscheid abstützt (BGE 132 V 389 E. 4.1 mit Hinweis). Zur effektiven Gewährleistung des Anspruchs auf Akteneinsicht ist folglich auch erforderlich, dass die Behörde unaufgefordert mitteilt, wenn sie Akten bezieht oder neue Akten erstellt (vgl. BGE 132 V 389; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 42 N 20 sowie Art. 47 N 48 mit Hinweisen).

**4.2** Eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör führt grundsätzlich ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung (BGE 132 V 387 E. 5.1; WALDMANN/BICKEL, in: Praxiskommentar VwVG, 2. Aufl. 2016, Art. 29 Rz. 106). Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/aa). Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung kann indes auch bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abgesehen werden, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (vgl. BGE 137 I 195 E. 2.3.2; 136 V 117 E. 4.2.2.2 S. 126 f.; 126 V 130 E. 2b; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2).

**4.3** Aus den Akten ist ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin nach Erhalt des Vorbescheids trotz eines entsprechenden Gesuchs an die Vorinstanz keine vollständige Akteneinsicht erhalten hat. So wurden ihr die im Nachgang zum Vorbescheid eingeholten ärztlichen Stellungnahmen des RAD vom 11. September 2017 (IVSTA-act. 172) und vom 17. Juli 2017 (IVSTA-act. 165) nicht zur Kenntnis gebracht wurden, obschon diese Entscheidungsgrundlage für die angefochtene Verfügung der Vorinstanz bildeten (BVGer-act. 1, S. 12; 6, S. 2). Die Vorinstanz bestätigt denn auch in ihrer Duplik eine Verletzung des rechtlichen Gehörs (BVGer-act. 17). Wie nachfolgend (E. 8 f.) darzulegen ist, ist die Streitsache vorliegend auch aus materiell-rechtlichen Gründen aufzuheben. Eine blosser Rückweisung an die

IVSTA zur Gewährung des rechtlichen Gehörs würde zu einem formalistischen Leerlauf führen und stünde darüber hinaus auch im Widerspruch zum klar zum Ausdruck gebrachten Interesse der Beschwerdeführerin an einer zeitnahen und umfassenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts.

## **5.**

Wie nachfolgend darzulegen ist, ist die Streitsache aus materiellen Gründen zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zunächst sind im Folgenden die gesetzlichen Grundlagen sowie die massgebenden Grundsätze der Rechtsprechung darzulegen.

**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** Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 141 V 281 E. 2.1; 130 V 396). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der

versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar ist (BGE 141 V 281 E. 3.7; 136 V 279 E. 3.2.1; 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteil des BGer 8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

**5.3** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

**5.4** 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<sup>bis</sup> IVV i.V.m. Art. 28a Abs. 1 und 2 IVG; Art. 16 ATSG und Art. 27 IVV).

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

**5.5.1** 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).

**5.5.2** Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C\_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

**5.5.3** Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten

abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2).

**5.5.4** Geht es um 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 Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

**5.6** 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<sup>ter</sup> ff. IVV).

**5.6.1** 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, a.a.O., Art. 17 N. 31). 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).

**5.6.2** Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende 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<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV).

**5.6.3** 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).

**5.6.4** Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachteten vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben. Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen.

Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrads der Störungen geführt haben (Urteil des BGer 9C\_143/2017 vom 7. Juni 2017 E. 4.1 m.H.).

**5.7** Rechtsprechungsgemäss entfaltet die Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung gegenüber dem Unfallversicherer keine Bindungswirkung (BGE 131 V 362). Dasselbe gilt auch im umgekehrten Verhältnis (BGE 133 V 549). Bei gleichem Gesundheitsschaden soll aber die Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung, der obligatorischen Unfallversicherung und in der Militärversicherung denselben Invaliditätsgrad ergeben (BGE 126 V 288 E. 2a mit Hinweisen). Die daraus abgeleitete Koordination der Invaliditätsbemessung in diesen Sozialversicherungszweigen verfolgt das Ziel, unterschiedliche Festlegungen des Invaliditätsgrades zu vermeiden, was der Rechtssicherheit dient und damit sowohl im Interesse der Versicherer als auch der betroffenen Bürger liegt (BGE 131 V 120 E. 3.3.3). Diese Zielsetzung wird indessen durch BGE 126 V 288 insofern relativiert, als festgehalten wird, dass die IV-Stellen und die Unfallversicherer die Invaliditätsbemessung in jedem einzelnen Fall selbstständig vorzunehmen haben. Keinesfalls dürfen sie sich ohne weitere eigene Prüfung mit der blossen Übernahme des Invaliditätsgrades des Unfallversicherers oder der IV-Stelle begnügen (BGE 133 V 549 E. 6.1).

## **6.**

Für die im Hinblick auf eine Rentenrevision gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG zu beurteilende Frage, ob bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 3. Oktober 2017 (IVSTA-act. 174) eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, hat die Vorinstanz als Vergleichsbasis die Verhältnisse im Zeitpunkt der ursprünglichen Zusprache der Viertelsrente mit Verfügung vom 6. April 2004 (IVSTA-act. 76) herangezogen. Dies wird von der Beschwerdeführerin nicht bestritten und ist auch mit Blick in die Akten nicht zu beanstanden (vgl. Urteil des BGer 9C\_213/2015 vom 5. November 2015 E. 4.3). Insbesondere bildet auch die rechtskräftige Verfügung vom 26. Juli 2017 (IVSTA-act. 167), mit welcher der Anspruch der Versicherten auf eine Viertelsrente bestätigt wurde, keinen Vergleichszeitpunkt, erfolgte diese ausschliesslich aufgrund der Scheidung der Versicherten im Oktober 2016 (vgl. IVSTA-act. 166).

## 7.

7.1 Der als Vergleichszeitpunkt massgeblichen Verfügung vom 6. April 2004 (IVSTA-act. 76) lagen infolge des Urteils der Eidgenössischen Rekurskommission vom 22. Januar 2003 (IVSTA-act. 52) insbesondere das fachpsychiatrische Gutachten von Dr. I. \_\_\_\_\_ vom 5. Januar 2004 (IVSTA-act. 69, S. 1 ff.), das internistische Gutachten von Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 14. Januar 2004 (IVSTA-act. 69, S. 15 ff.) sowie der RAD-Bericht von Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 25. Februar 2004 (IVSTA-act. 73, S. 1) zugrunde. Diese medizinischen Dokumente sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben:

- In seinem fachpsychiatrischen Gutachten vom 14. Januar 2004 (IVSTA-act. 69, S. 1 ff.) zuhanden der Bundesversicherungsanstalt diagnostizierte Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine akute Belastungsstörung (F43.0). Die Versicherte zeige hingegen keine Hinweise auf eine depressive oder ängstliche Störung. Die angegebene Antriebsminderung sei auf die körperliche Erkrankung (Hepatitis) zurückzuführen. Die Fortsetzung der Berentung aufgrund einer psychischen Störung sei aus fachpsychiatrischer und neurologischer Sicht nicht zu befürworten. Aus psychiatrischer Sicht, abgesehen von der körperlichen Schwäche im Rahmen der Hepatitis-Erkrankung, sei sie nicht gravierend eingeschränkt und könne in Vollzeit eingesetzt werden. Es liege zudem keine Störung vor, die zu einer Einschränkung der Arbeitsschwere, der Arbeitshaltung oder der Arbeitsorganisation führen könne.
- Dr. med. J. \_\_\_\_\_ führte in seinem internistischen Gutachten vom 24. Januar 2004 (IVSTA-act. 69, S. 15 ff.) zuhanden der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte aus, dass eine chronische Hepatitis C zu diagnostizieren sei. Zum Zeitpunkt der Untersuchung gebe die Untersuchte subjektive Beschwerden wie Druckgefühl im rechten Oberbauch, wiederholte Übelkeitsattacken, Appetitminderung, verminderte Belastbarkeit, Konzentrationsstörungen und intermittierendes Hautjucken an. Diese Symptome würden durchaus mit einer chronischen (persistierenden) Hepatitis (C) korrelieren, seien allerdings subjektiv und nicht objektivierbar. Die objektivierbaren Laborparameter würden zeigen, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung bei der Versicherten keine Entzündungsaktivität der chronischen Hepatitis C vorliege. Allerdings weise dies nicht darauf hin, dass eine dauerhafte Viruselimination gelungen sei beziehungsweise vorliegen würde. Sonographisch zeige die Leber eine etwas vergrößerte Struktur, allerdings keine Veränderungen im Sinne einer Leberzirrhose. Die Arbeitsfähigkeit liege bei drei bis sechs Stunden täglich, wobei

keine spezifische medikamentöse Therapie erfolge. Es erscheine aus augenblicklicher Sicht möglich, dass die Untersuchte nach Ablauf der Zeitrente erneut einen Arbeitsversuch sowohl als Psychiatriseschwester als auch in Verweisungstätigkeiten durchführen könne. Sollte durch diesen Arbeitsversuch erneut ein rascher Transaminasenanstieg objektivierbar sein, möglicherweise einhergehend mit einer wieder auftretenden deutlichen Erschöpfung, solle der Untersuchten dann eine Erwerbsunfähigkeitsrente auf Dauer gewährt werden.

- Dr.med. K. \_\_\_\_\_ des ärztlichen Dienstes der Vorinstanz hielt in seiner Stellungnahme vom 25. Februar 2004 (IVSTA-act. 73, S. 1) fest, dass die Versicherte gemäss dem psychiatrischen Gutachten auch im erlernten Beruf als Psychiatriseschwester voll arbeitsfähig sei und gemäss Internist die Hepatitis C nur noch wenig relevant sei. Möglicherweise bestehe aber eine erhöhte Ermüdbarkeit, weswegen eine Arbeitsfähigkeit von 3 bis 6 Stunden in der Tätigkeit als Psychiatriseschwester bestehe. Die Arbeitsunfähigkeit liege in der angestammten Tätigkeit somit bei 100 % ab 29. Dezember 1998 sowie bei 50 % ab Januar 2004. In einer Verweistätigkeit liege diese bei 25 % ab 29. Dezember 1998 sowie 20 % ab Januar 2004.

**7.2** Im Rahmen des Revisionsverfahrens im Jahr 2008 (vgl. IVSTA-act. 91) gelangten weitere medizinische Unterlagen zu den Akten:

- Dem ärztlichen Attest von Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 18. September 2008 (IVSTA-act. 98) ist die Diagnose einer chronischen Virushepatitis C mit Infektiosität zu entnehmen. Der Zustand der Versicherten sei seit 2002 unverändert. Dreimalige Versuche der Therapie mit Interferon und Ribavirin seien erfolglos geblieben. Begleitend befände sie sich nach wie vor in der Behandlung der Hepatitisambulanz der Uniklinik M. \_\_\_\_\_. Mit einer Änderung dieses Zustandes sei nicht zu rechnen.
- Dr. N. \_\_\_\_\_, Psychiater, hielt in seinem Gutachten zuhanden der Bundesversicherung für Angestellte vom 16. Oktober 2008 fest (IVSTA-act. 101), dass bei der Versicherten eine diskrete reaktive depressive Belastung (F33.0 G) sowie eine chronische Virushepatitis C beständen. Insgesamt sei die Versicherte nach derzeit möglicher psychiatrischer Kenntnisnahme und rein psychiatrischer Beurteilung aber in der Lage, regelmässig in hinreichender Zeitausdehnung konkurrierend am Arbeitsleben teilzunehmen, um ihren Lebensunterhalt eigenständig abzusichern. Insbesondere wenn Arbeitsbereiche gewählt würden, welche eine ruhigere und gleichmässige Arbeitsanstrengung garantieren, keine besondere Tempoarbeit verlangen und vermehrte Pausen zusichern. Wirklich vermieden werden sollten aber rein aus psychiatrischer

Sicht Arbeiten etwa im direkt pflegerischen Bereich, weil hier die höchstvermutlich stets drohende Revitalisierung von belastenden Erinnerungen destabilisierend wirke.

- Der RAD-Arzt, Dr. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemein Medizin FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 15. Dezember 2008 zuhanden der IVSTA fest (IVSTA-act. 104), dass der Gesundheitszustand der Versicherten unverändert bleibe. Die chronische infektiöse Hepatitis C bleibe unbehandelt und weise glücklicherweise keine Komplikationen auf. Aus psychiatrischer Sicht werde darauf hingewiesen, dass eine medikamentöse Behandlung fehle. Es bestehe eine wiederkehrende depressive Erkrankung, aktuelle leichte Episode (F 33.0). Die Arbeitsfähigkeit könne in der Pfl egetätigkeit voll ausgeschöpft werden, wobei keine Nachtarbeit empfohlen werde.

**7.3** Im Jahr 2012 führte die Vorinstanz erneut ein Revisionsverfahren durch (vgl. IVSTA-act. 110). Es fanden folgende medizinische Unterlagen Eingang in die Akten:

- Aus dem ärztlichen Attest von Dr. L.\_\_\_\_\_, vom 24. August 2012 (IVSTA-act. 111) geht hervor, dass die Viruslast mit 412000 erfreulich gering sei und sich keine Zeichen einer Fibrose finden würden, so dass man bei gutem Allgemeinzustand der Versicherten nach wie vor auf die Durchführung einer Triple-Therapie verzichte, zumal bereits zwei Therapieversuche mit Interferon und Interferon/Ribavirin nicht erfolgreich und von heftigen Nebenwirkungen begleitet gewesen seien. Trotz des guten Allgemeinzustandes lasse sich das Vorhandensein der chronischen, infektiösen Virushepatitis C nicht wegdiskutieren, was den Alltag der Versicherten täglich mit beeinflusse.
- Der RAD-Arzt Dr. O.\_\_\_\_\_, stellte am 2. Oktober 2012 fest (IVSTA-act. 114), dass die Laborwerte für Hepatitis C seit etwa zwei Jahren stabil oder sogar leicht verbessert seien. Der Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Überprüfung verbessert; insbesondere gäbe es keine Müdigkeit mehr und es bestehe keine Notwendigkeit für eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Versicherte sei ab dem 24. August 2012 wieder zu 100 % arbeitsfähig.
- In seiner Bescheinigung vom 13. Januar 2013 diagnostizierte F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Internistische Onkologie, eine chronische hoch replikative Hepatitis C, Genotyp 1 a/b mit ausgeprägtem krankheitsbedingtem und therapieassoziiertem psychovegetativem Erschöp-

fungssyndrom sowie Hepatitis-assoziiert Arthralgien (IVSTA-act. 121). Im Verlaufe der Erkrankung habe sich keinerlei Verbesserung der die Minderung der Erwerbs-/Arbeitsfähigkeit begründeten Krankheitssymptome eingestellt. Dies liege selbstbegründet in der Natur der chronisch fortschreitenden Krankheit ohne Aussicht auf spontane Heilung. Es sei im Verlaufe der Erkrankung eher von der Gefahr einer längerfristigen Verschlechterung der Krankheitssymptome auszugehen, weshalb auch regelmässige Verlaufskontrollen der Erkrankung erfolgten. Die Bemühungen, die Minderung der Erwerbs-/Arbeitsfähigkeit herabzusetzen, seien aus ärztlicher Sicht absolut unbegründet und nicht nachvollziehbar.

- Dr. L. \_\_\_\_\_ führt in seinem ärztlichen Attest vom 7. Januar 2013 aus (IVSTA-act. 122), dass sich an der gesundheitlichen Verfassung der Beschwerdeführerin nichts geändert habe. Sie leide unter einer chronisch aktiven, infektiösen Hepatitis C, habe zwei erfolglose, erheblich nebenwirkungsbehaftete Therapieversuche hinter sich und sei in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit dauerhaft eingeschränkt. Verbunden mit dieser chronischen Erkrankung seien schnelle Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche und nicht zuletzt Inappetenz mit Völlegefühl und latenter Übelkeit. Die Erfolgsaussicht eines erneuten Therapieversuchs nach aktuellem Standard betrage maximal 30 %. Da die Viruslast zuletzt vergleichsweise niedrig und der Fibrosescore negativ gewesen seien, habe man bislang auf eine erneute sehr belastende Chemotherapie verzichtet. Angesichts dieser im Vergleich zur Situation vor 14 Jahren vollkommen unveränderten Situation habe sich sicher auch nichts an dem bereits festgestellten Grad der Behinderung verändert.
- Der RAD-Arzt Dr. O. \_\_\_\_\_ hielt aufgrund der vorgelegten Unterlagen mit Stellungnahme vom 18. Februar 2013 (IVSTA-act. 126) fest, dass sich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nicht bestätigt habe und dieser im Vergleich zur letzten Revision 2008 unverändert geblieben sei.

**7.4** Im Revisionsverfahren im Jahr 2016 (vgl. IVSTA-act. 130) wurden nachfolgende Arztberichte eingeholt:

- Dem Bericht von F. \_\_\_\_\_ vom 8. Juni 2016 (IVSTA-act. 138) ist zu entnehmen, dass aufgrund der bestehenden, mit Interferon vortherafierten chronischen replikativen Hepatitis C, Genotyp 1 a/b, ohne Zeichen einer höhergradigen Leberschädigung im Zeitraum von November 2015 bis Februar 2017 gemäss den einschlägigen Leitlinien eine Kombinationstherapie mit Sofosbuvir und Ledipasvir (Harvoni) während 12 Wochen durchgeführt worden sei. Im

Rahmen der Verlaufskontrolle (14 Wochen nach Beendigung der Behandlung) sei weiterhin keine nachweisbare Viruslast festgestellt worden, so dass eine Ausheilung der Hepatitis C anzunehmen sei. Eine weitere Verlaufskontrolle 24 Wochen nach Therapieabschluss sei im August vorgesehen. Die zuletzt am 19. Mai 2016 durchgeführte Abdomensonographie sei komplett unauffällig gewesen, insbesondere ohne Zeichen einer höhergradigen Leberschädigung. In der prätherapeutischen Elastographie (Fibroscan) der Leber habe sich ein Wert von 3,7 kPa befunden (IVSTA-act. 143, S. 3), womit wiederum kein Hinweis für eine Leberschädigung vorliege.

- Der RAD Arzt Dr. G.\_\_\_\_\_, Arzt für Allgemeinmedizin, führte in seinem Schlussbericht vom 7. September 2016 (IVSTA-act. 141 = Beilage 10 zu BVGer-act. 1) aus, der Gesundheitszustand sei stabilisiert und die anstehenden Verlaufsuntersuchungen würden mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Besserung der geklagten Beschwerden und Einschränkungen dokumentieren können.

**7.5** Im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Revisionsverfügung vom 3. Oktober 2017 dienten der IVSTA als medizinische Entscheidungsbasis insbesondere der Arztbericht von F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, vom 26. September 2016 (IVSTA-act. 143, S. 1 f.) und vom 10. März 2017 (IVSTA-act. 162), die Laborwerte vom 26. September 2016 (IVSTA-act. 143, S. 4 ff.), der Arztbericht von Dr. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, vom 16. November 2016 (IVSTA-act. 148, S. 2) sowie die RAD-Berichte von Dr. G.\_\_\_\_\_, Allgemeinmediziner, vom 4. Januar 2017 (IVSTA-act. 151), vom 17. Juli 2017 (IVSTA-act. 165) und vom 11. September 2017 (IVSTA-act. 172). Diese medizinischen Dokumente sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben:

- F.\_\_\_\_\_ wiederholte in seinem Bericht vom 26. September 2016 (IVSTA-act. 143, S. 1 f. = Beilage 3 zu BVGer-act. 1) im Wesentlichen seine Ausführungen vom 8. Juni 2016 (vgl. IVSTA-act. 138) und reichte im Weiteren ein neues Laborblatt ein (IVSTA-act. 143, S. 4 ff. = Beilage 4 zu BVGer-act. 1).
- Aus dem Arztbericht von Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, beratender Arzt der D.\_\_\_\_\_ Versicherungen, vom 16. November 2016 (IVSTA-act. 148, S. 2 = Beilage 5 zu BVGer-act. 1) geht hervor, dass nach der Hepatitis-C-Eliminationstherapie mit dem Medikament Harvoni die Versicherte den Status SVR (sustained virological response) 24 erreicht habe, was bedeute, dass das Virus nachweislich aus dem Körper eliminiert worden

sei. Es sei keine Viruslast mehr nachweisbar. Anders als bei HIV oder Hepatitis B würden die wissenschaftlichen Erkenntnisse zeigen, dass das Hepatitis C Virus nicht zurückkehre, sondern endgültig beseitigt sei. Die Leberwerte würden zeigen, dass ein allfälliger Leberschaden bei der Versicherten unerheblich sei, da keinerlei Funktionseinschränkungen bestehen würden. Damit sei die Versicherte mit bis an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit von der Hepatitis C geheilt worden, was ein hocheufreuliches Therapieergebnis sei. Demzufolge sei eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mit erheblicher Auswirkung auf die dauerhafte Arbeitsfähigkeit eingetreten. Seitens der Leber liege keine Arbeitsunfähigkeit mehr für die zuletzt ausgeübte oder vergleichbare Verweistätigkeit vor. Es bestehe zudem keine dauerhafte Schädigung der körperlichen Integrität.

- Im RAD-Bericht von Dr. G. \_\_\_\_\_, Allgemeinmediziner, vom 4. Januar 2017 (IVSTA-act. 151 = Beilage 9 zu BVGer-act. 1), welcher den Arztbericht von Dr. P. \_\_\_\_\_ vom 15. November 2016 sowie die Arztberichte von Herrn F. \_\_\_\_\_ vom 26. September 2016, 8. Juni 2016 sowie 16. Juni 2015 würdigt, ist zu entnehmen, dass ein Zustand nach chronisch-replikativer Hepatitis C des Genotyps 1 a/b vorliege, welcher nach leitliniengerechter Therapie (Harvoni) ausgeheilt sei, wobei keine Hinweise auf Infektionsresiduen bestünden. Die Versicherte habe sich im Rahmen ihrer Tätigkeit durch einen Nadelstich identifiziert und 1995 aufgrund der Hepatitis C-Virusinfektion eine Leberentzündung entwickelt. Im Rahmen der typischen Begleiterscheinungen einer Hepatitis C-Erkrankung seien die aufgetretenen Beschwerden, wie die schnelle Ermüdbarkeit, die Übelkeit und Inappetenz, die ausgeprägte psychovegetative Erschöpfung und Konzentrationsschwäche sowie Arthralgien chronifiziert. Die beklagten Symptome seien als dauerhafte Folgen der Nadelstichverletzung und als dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewertet worden.

Zwischen November 2015 und Februar 2016 habe die Versicherte den Status SVR 24 und damit eine erfolgreiche Ausheilung der Infektion mit dem Hepatitis C-Virus zum Status Quo ante erreicht. Insbesondere seien nach den Untersuchungsergebnissen keine objektiven oder dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen zurückgeblieben, die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten haben könnten. Eine dauerhafte, invaliditätsrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Nadelstichverletzung und der Hepatitis C-Erkrankung in der Folge bestünde somit seit 1. Februar 2016 nicht mehr (Abschluss der Harvoni-Therapie). Es seien objektiv keine dauerhaften

gesundheitlichen Beeinträchtigungen zurückgeblieben, sodass infolge anderweitig nicht beklagten Beschwerden die volle Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt sei.

- In seinem Arztbericht vom 10. März 2017 (IVSTA-act. 162 = Beilage 6 zu BVGer-act. 1), welcher im Rahmen des Vorbescheidverfahrens am 11. April 2017 (IVSTA-act. 161) eingereicht wurde, führte F. \_\_\_\_\_ aus, dass durch die zuletzt stattgehabte Behandlung von einer anhaltenden Virussuppression (sustained virological response) auszugehen sei, wobei es medizinisch nicht belegt sei, ob dies wirklich einer kompletten Viruseliminierung und Ausheilung der Erkrankung entspreche. Medizinisch sei allerdings belegt, dass das erhöhte Leberzellkarzinom-Risiko welches mit einer chronischen Hepatitis C assoziiert sei, nicht unmittelbar gesenkt werde, sondern erst im Laufe der folgenden Jahre kontinuierlich sinken werde, weshalb von den einschlägigen Fachgesellschaften auch nach Erreichen einer SVR eine regelmässige Nachsorge empfohlen werde. Die Versicherte habe über Jahrzehnte mit der Erkrankung und der damit verbundenen physischen und psychischen Belastungen und Einschränkungen leben müssen, welche selbstverständlich nach abgeschlossener erfolgreicher Behandlung nicht verschwunden seien und sie psychisch weiter belasten würden. Als Folge der Vorbehandlungen leide die Versicherte an einem chronischen Erschöpfungssyndrom (Fatigue-Syndrom) mit depressiven Phasen, welche sie in ihrer physischen und psychischen Belastbarkeit nachhaltig beeinträchtigen würde. Daraus folge, dass eine Aufhebung der Unfallrente zu diesem Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht gerechtfertigt sei. Die Beschwerdeführerin leide weiterhin erheblich an den Folgen der Erkrankung und den Folgen der stattgehabten früheren Behandlungen. Sie sei erheblich in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und auch trotz der jetzt bestehenden Virussuppression bestehe weiterhin ein erhöhtes Leberkrebsrisiko mit dadurch verbundenen erheblichen psychischen Belastungen.
- In seinem Bericht vom 17. Juli 2017 (IVSTA-act. 165) kam der RAD-Arzt Dr. G. \_\_\_\_\_ zum Schluss, dass weder über psychiatrische Diagnosen oder Auswirkungen psychiatrischer Funktionsstörungen berichtet werde, noch eine Behandlung stattfände. Daraus folge in der Beurteilung, dass eine Psychopathologie beziehungsweise eine psychiatrische Einschränkung fehle. Hinsichtlich des Leberkrebsrisiko seien aufgrund seiner medizinischen Einschätzung aktuell keine Funktionsstörungen zu erwarten. Im Zusammenhang mit dem angeblichen Fehlen einer ärztlichen Begutachtung sei darauf hingewiesen, dass die Aktenlage ausreichend und demnach keine Untersuchung in der Schweiz notwendig sei.

- Gemäss dem RAD-Bericht von Dr. G.\_\_\_\_\_, Allgemeinmediziner, vom 11. September 2017 (IVSTA-act. 172), welcher den Arztbericht von Herrn F.\_\_\_\_\_, vom 10. März 2017 würdigt, spreche der Facharzt F.\_\_\_\_\_ das Risiko ein Leberzellkarzinom zu entwickeln sowie das reaktive Erschöpfungssyndrom an. Beide Erkrankungen fänden sich nicht in der Diagnose der medizinischen Stellungnahme wieder. Zudem wirke sich das Risiko beziehungsweise die Erkrankungswahrscheinlichkeit keinesfalls auf die Arbeitsfähigkeit aus, da es keinerlei körperliche Beeinträchtigungen verursachen könne, weswegen keine IV-Relevanz bestehe. Durch die empfohlenen medizinischen Vorsorgemassnahmen könne das Risiko wirksam gesenkt werden. Zum Fatigue- oder Erschöpfungssyndrom sei festzuhalten, dass sich bezüglich der beschriebenen Auswirkungen der physischen und psychischen Belastungen über Jahrzehnte hinweg erhebliche Inkonsistenzen zeigen würden. Schon in der Stellungnahme vom 15. Dezember 2008 sei darauf hingewiesen worden, dass weder eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung stattfinde und auch keine psychopharmakologische Behandlung vorgenommen werde. Der Schweregrad sei daher offensichtlich als nicht invalidisierend einzuordnen. Eine medizinische Auswirkung sei durch die Viruselimination objektiv nicht mehr nachzuweisen, weswegen die volle Arbeitsfähigkeit daher mit hoher Wahrscheinlichkeit eingetreten sei. Die Behandlungen seien vollständig abgeschlossen, so dass lediglich Notwendigkeiten im Rahmen der medizinischen Vorsorge bestehen würden, die wiederum aber zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen können.

#### **7.6** Im Beschwerdeverfahren reichte die Versicherte folgende Arztberichte ein:

- Aus dem Schreiben von Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Arbeitsmedizin FMH, vom 5. Juni 2010 an die D.\_\_\_\_\_ Versicherung (Beilage 7 zu BVGer-act. 1), geht hervor, dass die invalidisierende Müdigkeit und Leistungsintoleranz hinreichend durch die chronische Hepatitis-C-Infektion erklärt sei, die Verursachung durch eine Schlafstörung erscheine ihm nicht wahrscheinlich und er würde diese Differenzialdiagnose zurzeit nicht weiterverfolgen. Bezüglich eines Integritätsschadens setze ein solcher natürlich einen nicht mehr behandelbaren Gesundheitszustand voraus. Wie er dargelegt habe, gäbe es nun eine neue hoffnungsvolle Therapieoption in Form einer neuen Medikamentengruppe und es könne mit einer erfolgreichen Therapie das Symptom der Müdigkeit mutmasslich sehr gut beeinflusst werden.

#### **7.7** Die IVSTA liess dem Bundesverwaltungsgericht ein Aktenupdate der D.\_\_\_\_\_ Versicherungen vom 15. Juni 2018 zukommen (vgl. BVGer-

act. 11). Darin fanden sich folgende Unterlagen mit Bezug zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin:

- Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, Vertrauensarzt SGV, führt in seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme / Aktenbeurteilung vom 29. November 2017 im Wesentlichen aus, die Befunde hätten sich seit der Begutachtung von Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 14. Januar 2004 verändert. So sei als namhafte Besserung die langandauernde Normalisierung der Serumtransaminasen sowie die erfolgreiche Hepatitis-C-Viruselimination zu betrachten. Übereinstimmend mit der Diagnose von F. \_\_\_\_\_ müsse die neue Diagnose zwingend «Status nach chronisch-replikativer Hepatitis C Genotyp 1a/b mit Status nach Therapie mit Sofosbuvir / Ledipasvir (Harvoni) November 2015 bis Februar 2016 mit Erreichen der Sustained Virological Response (SVR 24)» lauten. Hinsichtlich der ursprünglichen Tätigkeit als Psychiatriepflegekraft sei die Versicherte aus internistisch-gastroenterologischer Sicht nach gelungener Hepatitis-C-Eliminationstherapie voll arbeitsfähig in einem vollen Arbeitspensum von 8,5 Stunden pro Tag. Auch könne die Versicherte jegliche andere geistige, aber auch jegliche leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten ohne körperliche oder geistige Einschränkungen ausüben. Der Sachverhalt lasse sich aufgrund der Akten lückenlos erstellen. Eine persönliche Untersuchungsbegutachtung sei nicht notwendig.
  
- In seinem psychiatrischen Gutachten vom 22. Februar 2018 zuhanden der D. \_\_\_\_\_ Versicherungen hielt Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, fest, dass die Versicherte lediglich im Jahr 1999 drei Gespräche bei einer klinischen Psychologin gebraucht habe, welche überdies zu einer nachhaltigen Besserung geführt hätten. Die Versicherte habe zu keinem Zeitpunkt eine psychopharmakologische Therapie erhalten. Sie sei überdies zu keinem Zeitpunkt in einer fachärztlich-psychiatrischen Therapie gewesen. Dass eine psychische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auch nach der erfolgreichen Viruseliminationstherapie noch vorliegen soll, sei aus den Akten nicht nachvollziehbar. Allem Anschein nach habe sich die Versicherte mit folgendem Lebensentwurf arrangiert: Sie sei Hausfrau und Mutter von Zwillingen. Einer der Zwillinge bedürfte oder bedürfe immer noch wegen einer angeborenen Behinderung augenscheinlich viel Pflege und mütterliche Aufmerksamkeit. Die Versicherte lebe zudem nach ihren eigenen Angaben in einer glücklichen, zumindest sie sehr stützenden Ehe. Unterdessen dürften die Zwillingstöchter der Versicherten etwa 17 Jahre alt sein; sie erreichten bald die Volljährigkeit. Angesichts dieser Umstände erscheine unklar, was denn eigentlich die Versicherte an der Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit hindern solle. Die Versicherte sei aus versicherungspsychiatrischer

Sicht vollumfänglich in ihrer angestammten Tätigkeit als Psychiatrieschwester als auch in jeder ihren Fähigkeiten und Neigungen entsprechenden Tätigkeit arbeitsfähig, dies bei Annahme einer 42-Stunden-Woche in einem Pensum von 8,4 Stunden pro Tag.

#### **7.8 Die Vorinstanz liess die im Beschwerdeverfahren eingereichten Unterlagen ihrem ärztlichen Dienst zukommen:**

- Dem RAD-Bericht von Dr. S. \_\_\_\_\_, Allgemeinmediziner FMH, vom 16. Oktober 2018 (Beilage 3 zu BVGer-act. 17), ist zu entnehmen, dass nach Auffassung des RAD-Arztes das Gutachten von Dr. R. \_\_\_\_\_ ausführlich die bisherigen psychiatrischen Beurteilungen bestätigte, dass nämlich definitiv keine psychiatrische invalidisierende Erkrankung vorliege und die Versicherte aus psychiatrischen Gründen nicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei; nach Würdigung sämtlicher bisheriger Akten seien keine objektiven psychiatrischen Argumente erkennbar, die eine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit rechtfertigten; mehrheitlich sei während Jahren aus psychiatrischer Seite immer wieder darauf hingewiesen worden, dass die Versicherte aus psychischen Gründen keine Arbeitsunfähigkeit aufweise, und wenn, so nur eine kurzfristige im Rahmen einer begrenzten Anpassungsstörung. Dr. P. \_\_\_\_\_ erkläre sodann klar und deutlich, dass nach erfolgreicher Behandlung aus somatischer Sicht die Versicherte als vollständig geheilt von der Hepatitis C zu sehen sei; er betrachte die Versicherte als voll arbeitsfähig aus Sicht des Somatikers. F. \_\_\_\_\_ bleibe bei seiner Beurteilung einer neuro-kognitiven Störung als Folge einer chronischen Hepatitis C und deren Behandlung, ohne aber klare klinische und untersuchungsspezifische Hinweise und Symptome zu liefern, die diese Beurteilung zu stützen vermögen; damit widerspreche er als behandelnder Arzt den ausführlichen und nachvollziehbaren fachärztlichen Feststellungen der beiden obengenannten Medizinern; der Hinweis, dass nach einer Interferon-Therapie gemäss Literatur als Spätfolgen ein Fatigue-Syndrom auftrete, möge vielleicht allgemein gültig sein, sei aber in dieser Situation in zweier Hinsicht falsch: erstens sei die Versicherte lange Zeit mit einem Nicht-Interferonmedikament behandelt worden (Virostatikum Harvoni), zweitens könne von allgemeinen Regeln nicht zwangsläufig auf den Einzelfall geschlossen werden; dies sei falsch und unprofessionell. Zusammenfassend änderten die neuen Unterlagen nichts an den bisherigen RAD-Stellungnahmen (insbesondere der letzten vom 11.9.2017) bzw. bestätigten diese in jeder Hinsicht.

#### **7.9 Mit Spontaneingaben vom 26. September 2018 (BVGer-act. 13) und vom 19. Oktober 2018 (BVGer-act. 15) reichte die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen ein:**

- F. \_\_\_\_\_ führt in seiner ärztlichen Stellungnahme vom 15. August 2018 (Beilage 17 zu BVGer-act. 1) aus, die Versicherte leide unter zunehmenden neurokognitiven Störungen in Form von Konzentrationsstörungen und Störungen insbesondere des Kurzzeitgedächtnisses. Darüber hinaus bestehe eine anhaltende physische und psychische Erschöpfbarkeit mit deutlich reduzierter körperlicher Belastbarkeit und depressiven Symptomen. Die Symptomatik habe sich durch die erfolgreiche Behandlung der Hepatitis C nicht nachhaltig gebessert. Die physische und psychische Belastbarkeit sei, aus seiner Sicht als den die Patientin langjährig behandelnden Internisten, soweit herabgesetzt, dass diese nicht in der Lage sei, einer geregelten Arbeit gemäss den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes vollschichtig nachzugehen. Den Symptomkomplex sehe er klar im Zusammenhang mit der Hepatitis C, da neurokognitive Störungen häufig als extrahepatische Manifestation einer Hepatitis C beschrieben würden und auch nicht selten nach erfolgreicher Therapie persistierten und psychische Alterationen mit depressiven Symptomen und Fatigue-Syndrom als Spätfolgen einer Interferon-Therapie auftreten würden.
  
- In seiner fachärztlichen Bescheinigung kommt Dr. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 16. Oktober 2018 (Beilage 18 zu BVGer-act. 1) zum Schluss, dass die psychische Verfassung der Versicherten sei seit dem Unfall bis dato im Wesentlichen unverändert reduziert. Der Leberzustand habe sich allerdings insofern gebessert, als keine Viruslast mehr vorliege nach durchgeführter Kombinationstherapie mit dem relativ jungen Präparat Harvoni über 12 Wochen bis Ende Februar 2016. Die subjektive Beeinträchtigung sei unverändert schlecht geblieben. Dieses Phänomen sei nicht verwunderlich. Im Zusammenhang mit der Stichverletzung hätten sich Symptome im Sinne einer Anpassungsstörung eingestellt, welche sich dann chronifiziert habe vor dem Hintergrund aufrechterhaltender negativer Umstände. Ein Merkmal der Anpassungsstörung sei ein vorausgehender exogener/interner ätiologisch wirksamer Stressor. Der damit aktivierte vulnerable Faktor, die psychosoziale Bedeutung, das Funktionsniveau und die Coping-Strategien seien individuell. Chronifizierung könne eintreten bei anhaltenden Belastungsfaktoren. Im vorliegenden Fall habe sich nun als vordergründiges Problem die Anpassungsstörung umständehalber chronifiziert und sei damit annähernd unumkehrbar. Als Komplikation trete nicht selten eine Interferon-verursachte Depression auf. Hierbei komme es zu einer Interferon-induzierten zerebralen Kynurein-Stoffwechsel-Dysfunktion und dadurch bedingtem depressiogenen Serotoninmangel. Es sei auch ein sog. Postinterferonsyndrom mit klinisch persistierender psychisch auffälliger Vielfalt nicht gänzlich unwahrscheinlich. Es sei zu keinem Zeitpunkt vor allem während der gastroenterologischen Behandlung mit Interferon eine entsprechende spezifische neuropsychiatrische Labordiagnostik

initiiert worden. Es sei nach erfolgter Harvoni-Therapie in psychischer Hinsicht zu keiner Verbesserung gekommen. Es sei hervorgehoben, dass es einem Menschen mit potentiell lebensverkürzender Lebererkrankung in psychischer Hinsicht durchaus schlecht ergehen könne. Träger einer derartigen Infektions-Krankheit würden oft an einer Störung der psycho-physischen Integrität und damit Imbalance des psychophysischen Gleichgewichts mit entsprechend gefächerter Symptomdiversität leiden. Unter Würdigung der chronologisch ereignisbezogenen Kette seit der Stichverletzung im Juni 1991, die gestellte Hepatitis-Diagnose, über die frustrane Interferon-Therapie seien schon bei logischer Betrachtung die Beschwerden allesamt auf den dahinterstehenden komplexen zeitlich-initialen Ereignisablauf zurückzuführen, zumal sich bereits initial ein sich gegenseitig bedingendes Ursachengefüge hinsichtlich der psychischen Auswirkungen im Sinne einer Dysbalance installiert habe. Vor dem Hintergrund der langjährigen Anamnese sei über die Dauer eine Fixierung im Sinne einer bewusstseinsnahen Störung der körperlichen Erfahrungswelt eingetreten mit konsekutiver Beeinträchtigung der psycho-physischen Belastbarkeitsgrenze. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte nicht in der Lage zu einer wirtschaftlich konsequenten und vor allem effektiven Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt und schon gar nicht als Krankenschwester mit Patientenkontakt. Mit der medikamentösen Elimination des infektiösen Agens sei der Gesundheitszustand der Versicherten nicht wiederhergestellt, da der komorbide psychiatrische Aspekt inklusiver gestörter psycho-physischer Integrität bei einer solchen Betrachtung absolut unberücksichtigt bleibe, schon gar bei einer derartig langen Zeitspanne.

**7.10** Mit Duplik vom 21. November 2018 reichte die Vorinstanz eine weitere Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes ein:

- In seinem RAD-Bericht vom 13. November 2018 (Beilage 1 zu BVGer-act. 17) geht Dr. S. \_\_\_\_\_ davon aus, dass die medizinische Aktenlage vollständig sei. Im neu eingereichten Bericht von Dr. T. \_\_\_\_\_ würden bereits bekannte Tatsachen geschildert und keine neuen Aspekte oder klinische Argumente angeführt, welche nicht schon bekannt seien. Ausserdem lasse sich dieser über den Begriff der Anpassungsstörung aus, wobei seine Aussage, dass der Übergang einer Anpassungsstörung zu einer Depression fließend sei, nicht korrekt sei, da es sich um zwei eigenständige Krankheitsbilder handle.

## **8.**

**8.1** Im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Revisionsverfügung vom 3. Oktober 2017 dienten der IVSTA als Entscheidungsgrundlage insbesondere

der Arztbericht von F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, vom 26. September 2016 (IVSTA-act. 143, S. 1 f.) und vom 10. März 2017 (IVSTA-act. 162), die Laborwerte vom 26. September 2016 (IVSTA-act. 143, S. 4 ff.), der Arztbericht von Dr. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, vom 16. November 2016 (IVSTA-act. 148, S. 2) sowie die RAD-Berichte von Dr. G.\_\_\_\_\_, Allgemeinmediziner, vom 7. September 2016 (IVSTA-act. 141), vom 4. Januar 2017 (IVSTA-act. 151), 17. Juli 2017 (IVSTA-act. 165) und vom 11. September 2017 (IVSTA-act. 172). Zur Begründung führte die Vorinstanz im Wesentlichen aus, dass aufgrund der leidensangepassten, ansprechenden medikamentösen Therapie der chronisch viralen Hepatitis-C-Infektion, der beurteilende Arzt des RAD-Dienstes anhand des belegten Therapieverlaufs sowie der Laborwerte zur zweifelsfreien Schlussfolgerung gelangt sei, dass die Beschwerdeführerin eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes aufweise und somit in arbeitsmedizinischer Hinsicht keine Einschränkungen mehr bestünden. Ein relevanter Schweregrad der psychischen Leiden sei ferner nicht belegt (vgl. BVGer-act. 6).

**8.2** Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin zusammengefasst geltend, es sei keine revisionsrelevante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. So habe die IV-Stelle den Untersuchungsgrundsatz gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG verletzt, da dem IV-Vorbescheid kein ärztlicher Bericht zugrunde liegen würde, welcher die Vorgaben an die Rechtsprechung erfülle und alle notwendigen Abklärungen enthalte. Insbesondere seien keinerlei Abklärungen zu den psychischen Folgen der Hepatitis-Erkrankung der Beschwerdeführerin erfolgt (BVG-act. 1).

**8.3** Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 5.5.2 hiervor), kann auf Stellungnahmen von Fachärztinnen und -ärzten des RAD nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass deren Beurteilungen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (resp. an ein Gutachten) genügen und zudem die beigezogenen Ärztinnen und Ärzte über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Den Berichten im Sinne von Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Allgemeinmediziner, könnte – obwohl solche ohne eigene Untersuchung resp. Abklärung vor Ort verfasst wurden – volle Beweiskraft zukommen, wenn die übrigen, von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung herausgearbeiteten Kriterien erfüllt sind. Das ist vorliegend jedoch insbesondere deshalb nicht der Fall, weil es sich bei den Beurteilungen von

Dr. G.\_\_\_\_\_ nicht bloss um die fachärztliche Beurteilung eines – aufgrund eines beweiskräftigen medizinischen Dokuments – an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts handelt. Dazu was folgt:

**8.3.1** Zwar mögen die Ausführungen in den RAD-Berichten über weite Teile überzeugend sein. So ist nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, wenn von einer Besserung des Gesundheitszustandes der Versicherten in Bezug auf die Hepatitis-C-Erkrankung ausgegangen wird, geht doch aus den ärztlichen Berichten von F.\_\_\_\_\_ vom 8. Juni 2016 (IVSTA-act. 138), vom 26. September 2016 (IVSTA-act. 143) und vom 10. März 2017 (IVSTA-act. 162), den entsprechenden Laborblättern (IVSTA-act. 137; 139; 143, S. 4 ff.) sowie dem versicherungsmedizinischen Bericht von Dr. P.\_\_\_\_\_ zuhanden des Unfallversicherers vom 16. November 2016 (IVSTA-act. 148) hervor, dass auch 24 Wochen nach Abschluss der antiviralen Harvoni-Therapie kein Virusnachweis mehr im Blut nachweisbar war und die Diagnose neu als «Zustand nach Chronisch-replikativer Hepatitis C, Genotyp 1 a /b (ICD-10 B 18.2)» zu stellen ist. Auch leidet die Versicherte unbestrittenermassen an keiner Leberzirrhose und hat mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch keine nennenswerte Fibrose (vgl. IVSTA-act. 137; 141; 143, S. 2 ff.). Soweit F.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 10. März 2017 auf ein erhöhtes Leberzellkarzinom-Risiko und dadurch bedingte regelmässiger Nachsorge hinweist (vgl. IVTSA-act. 162, S. 2), versäumt dieser nachvollziehbar und schlüssig darzulegen, inwieweit die Beschwerdeführerin dadurch in ihrer Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht eingeschränkt wird.

**8.3.2** In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand der Versicherten geht der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_\_ davon aus, dass keine psychiatrischen Pathologien von invalidisierendem Schweregrad vorliegen (IVSTA-act. 173; vgl. auch IVSTA-act. 151). Demgegenüber führte F.\_\_\_\_\_ aus, dass die physischen und psychischen Belastungen und Einschränkungen auch nach abgeschlossener erfolgreicher Behandlung nicht verschwunden seien und diese psychisch weiter belasteten. Sie leide an einem chronischen Erschöpfungssyndrom (Fatigue-Syndrom) mit depressiven Phasen (vgl. IVSTA-act. 162, S. 2).

Dazu ist festzuhalten, dass der pauschale Hinweis des RAD-Arztes Dr. G.\_\_\_\_\_ auf die fehlende psychopharmakologische Therapie (vgl. IVSTA-act. 172, S. 2) der Beschwerdeführerin vor dem Hintergrund ihres erhöhten Risikos für ein Leberleiden nicht entgegengehalten werden kann. Auch der entsprechende Verweis auf eine fehlende psychiatrische oder

psychotherapeutische Behandlung mag zwar ein Indiz für einen nicht übermässig ausgeprägten Leidensdruck sein, vermag für sich allein das Vorliegen eines psychiatrischen Leidens jedoch nicht auszuschliessen (vgl. IVSTA-act. 172, S. 2). Gerade im vorliegenden Fall, wo die Beschwerdeführerin selbst mit psychischkranken Patientinnen und Patienten gearbeitet hatte und nota bene auch in diesem Rahmen invalidisierend verletzt wurde, sind solche vorschnellen Rückschlüsse zu vermeiden. Nunmehr wird die Beschwerdeführerin denn auch durch Dr. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie / Psychotherapie, behandelt (vgl. Beilagen 18 und 19 zu BVGer-act. 1; BVGer-act. 1, S. 19). Vorliegend vermögen die Berichte von F.\_\_\_\_\_ zumindest die Schlüssigkeit der versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen, auch wenn diese den Anforderungen an eine rechtsgenügende Stellungnahme nicht genügen. Ob sich der Zustand der Beschwerdeführerin in psychiatrischer Hinsicht folglich nach Abschluss der Harvoni-Therapie verbessert hat, lässt sich vorliegend nicht beurteilen, da der RAD-Arzt weder eine klinische Untersuchung vorgenommen noch weitere fachärztliche Berichte eingeholt hat.

**8.3.3** Mit Blick auf die weiteren Akten der Vorinstanz scheint sodann zumindest fraglich, ob und inwiefern Wechselwirkungen respektive Kausalität zwischen der Hepatitis-C-Erkrankung und den psychischen Beschwerden bestehen beziehungsweise bestanden haben. So hegte bereits Prof. Dr. med. U.\_\_\_\_\_ vom Universitätsklinikum V.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 4. April 1996 den Verdacht, dass es eine psychische Komorbidität gebe, welche entweder präexistent, verstärkt oder neu sein könne (vgl. IVSTA-act. 2, S. 1). Aus dem Gutachten vom 13. Oktober 1998 von Prof. Dr. W.\_\_\_\_\_, Abteilung für Psychosomatik im Bereich Innere Medizin am Universitätsspital X.\_\_\_\_\_, geht hervor, dass dem Psychosomatiker bemerkenswert erschienen sei, dass die Hepatitis-assoziierten Symptome erlebt worden seien, bevor die Versicherte gewusst habe, dass sie definitiv Hepatitis-C-positiv sei. Dies sei insofern von Bedeutung, weil eine primäre Kausalattribution der Beschwerden als hepatis-bedingt sehr unwahrscheinlich wäre. Bei der Untersuchung habe es keine psychopathologischen Veränderungen gegeben, welche die Müdigkeit und die Konzentrationsstörungen erklären würden (IVSTA-act. 12).

**8.3.4** Auch wenn die von der Versicherten beschwerdeweise eingereichten medizinischen Berichte erst nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung datieren und grundsätzlich nur die bis zum Verfügungserlass vorliegenden medizinischen Akten zu berücksichtigen sind (vgl. E. 3.4 hier-

vor), können gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auch Arztberichte zum Krankheitsverlauf, welche nach Verfügungserlass erstellt worden sind, in die Beurteilung miteinbezogen werden, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (statt vieler: Urteil des BGer 8C\_71/2017 vom 20. April 2017 E. 8.3). So wird denn von Dr. H.\_\_\_\_\_ (vgl. Beilage 18 zu BVGer-act. 1) eine chronifizierte Anpassungsstörung diagnostiziert. Auch wenn der Bericht die Anforderungen an ein ärztliches Gutachten nicht erfüllt, so verstärkt er doch mit Blick auf die übrigen in den Akten liegenden Berichte (vgl. E. 8.3.2 hiervor) die erheblichen Zweifel an der Vollständigkeit der Abklärungen des Sachverhalts durch die Vorinstanz.

**8.3.5** Weiter ist mit Blick auf die im Beschwerdeverfahren eingereichten Gutachten Dr. R.\_\_\_\_\_ und Dr. P.\_\_\_\_\_ des Unfallversicherers (vgl. ad BVGer-act. 11) in koordinationsrechtlicher Hinsicht festzuhalten, dass die IV-Stellen und die Unfallversicherer die Invaliditätsbemessung in jedem Einzelfall selbstständig vorzunehmen haben. Keinesfalls dürfen sie sich ohne weitere eigene Prüfung mit der blossen Übernahme des IV-Grads des Unfallversicherers bzw. der IV-Stelle begnügen (BGE 126 V 288 E. 2d). Die Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung entfaltet gegenüber dem Unfallversicherer keine Bindungswirkung (vgl. BGE 131 V 362), was auch in umgekehrter Hinsicht gilt (BGE 133 V 549 E. 6). Die Voraussetzungen für eine Rente in diesen Sozialversicherungszweigen sind trotz des grundsätzlich gleichen Invaliditätsbegriffes verschieden. Insbesondere berücksichtigt die Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung lediglich die natürlich und adäquat kausalen gesundheitlicher und erwerblicher Unfallfolgen. Häufig bestehen denn auch nicht bloss unfallbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen. Zu denken ist an krankhafte Vorzustände oder an psychische Fehlentwicklungen, für welche der Unfall keine adäquate kausale Ursache darstellt. Sodann stellen schon der unterschiedliche Rentenbeginn in der Invalidenversicherung und Unfallversicherung, die Änderbarkeit des Invaliditätsgrades im Lauf der Zeit sowie das regelmässig zeitliche Auseinanderfallen der jeweiligen Rentenverfügungen und -entscheide eine Bindung an die Invaliditätsschätzung des anderen Sozialversicherungsträgers in Frage (vgl. BGE 133 V 549 E. 6. 2 mit Hinweisen). Der psychiatrische Gutachter Dr. R.\_\_\_\_\_ führt in seinem Gutachten zuhanden des Unfallversicherers sodann aus, dass nicht eindeutig beantwortet werden könne, ob auch Krankheiten, krankhafte Vorzustände oder andere unfallfremde Zustände oder Folgen früherer Unfälle mitwirken würden (ad BVGer-act. 11, Beilage 1, S. 76). Es sei zu erwähnen, dass die Versicherte aktenanamnestisch im Alter zwischen vier und fünf Jahren von einem 20

Jahre alten Mann sexuell missbraucht worden sei und später an Essstörungen gelitten habe, einerseits einer Bulimie seit 1996 und andererseits an einer Anorexia nervosa (S. 76). Damit widerspricht das Gutachten von Dr. R. \_\_\_\_\_ auch der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. S. \_\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2018, wonach Dr. R. \_\_\_\_\_ bestätigen würde, dass definitiv keine psychiatrische invalidisierende Erkrankung vorliege und die Versicherte aus psychiatrischen Gründen nicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei (Beilage 3 zu BVGer-act. 17). Vielmehr wird durch Dr. R. \_\_\_\_\_ lediglich eine Unfallkausalität der psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin verneint. Daraus lässt sich jedoch nicht ableiten, dass die von der Beschwerdeführerin weiterhin geklagten gesundheitlichen Beschwerden auch für die Invalidenversicherung unbeachtlich sind, denn als finale Versicherung hat die Invalidenversicherung im Unterschied zur Unfallversicherung sämtliche Leiden der versicherten Personen unabhängig von ihrer Ursache zu berücksichtigen (vgl. Urteil des BGer 8C\_359/2013 vom 27. August 2013 E. 3).

**8.3.6** Schliesslich ist aus den Akten der Vorinstanz ersichtlich, dass bereits im Jahr 2004 der Arzt des ärztlichen Dienstes der Vorinstanz, Dr. K. \_\_\_\_\_, daraufhin wies, dass im Rahmen der nächsten Revision zur Prüfung ein psychiatrisches Gutachten benötigt werde (vgl. IVSTA-act. 87).

**8.3.7** Nach dem Gesagten sind die Beweisanforderungen, die an einen RAD-Bericht ohne eigene Untersuchung gestellt werden (lückenlose Befundlage, keine geringen Zweifel), vorliegend nicht erfüllt. Somit vermag die Beurteilung von RAD-Arzt Dr. G. \_\_\_\_\_ nicht zu überzeugen. Hinzu kommt, dass dieser als Allgemeinmediziner ohnehin nicht über die nötige Facharztqualifikation verfügt, um die vorliegenden psychiatrischen Befunde sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin umfassend und abschliessend zu würdigen. Dasselbe gilt für die im Beschwerdeverfahren eingeholten Stellungnahmen des Allgemeinmediziners Dr. S. \_\_\_\_\_ (vgl. Beilage 1 zu BVGer-act. 17). Ob, und falls ja, welche psychiatrischen Erkrankungen bei der Beschwerdeführerin im vorliegend zu beurteilenden Zeitraum bestanden haben, bleibt jedenfalls offen und bedarf weiterer Abklärung.

**8.4** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorinstanz beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 3. Oktober 2017 massgeblich auf ärztliche Stellungnahmen ihres RAD-Arztes abgestellt hat, ohne der Versicherten Einsicht in die entscheidungswesentlichen Dokumente zu gewähren. Von

einer Rückweisung an die Vorinstanz zur Gewährung des rechtlichen Gehörs ist indes vorliegend abzusehen, weil diese zu einem prozessualen Leerlauf führen würde und damit im Widerspruch zum Interesse der Beschwerdeführerin an einer raschestmöglichen Abklärung des medizinischen Sachverhaltes stünde. Darüber hinaus liegt der Verfügung vom 3. Oktober 2017 (bereits) in medizinischer Hinsicht ein nicht rechtsgenügend abgeklärter Sachverhalt zugrunde (vgl. Art. 12 und Art. 49 Bst. b VwVG sowie Art. 43 ATSG), weshalb hier über den streitigen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann und die genannte Verfügung aufzuheben ist. In den Akten fehlen umfassende, hinreichend begründete und nachvollziehbare medizinische Angaben zur Frage, wie sich der Gesundheitszustand und die Funktionseinschränkungen der Beschwerdeführerin seit dem Abschluss der Harvoni-Therapie entwickelt haben.

**8.5** Steht – wie hier – fest, dass der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist, so ist nach der mit BGE 137 V 210 begründeten Rechtsprechung grundsätzlich eine Begutachtung durch das Gericht in die Wege zu leiten. Gerichtliche Expertisen sind nach dieser Rechtsprechung insbesondere angezeigt, wo der im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobene medizinische Sachverhalt überhaupt gutachterlich abklärungsbedürftig ist oder ein Administrativgutachten in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) bleibt allerdings möglich, wenn sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Frage nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeitsrespektive Leistungsfähigkeit begründet liegt oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung gutachterlicher Ausführungen erforderlich ist (Art. 61 Abs. 1 VwVG; vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die regelmässige Einholung medizinischer Gerichtsgutachten entspricht allerdings nicht dem für das Abklärungsverfahren der Invalidenversicherung gesetzlich vorgesehenen System der Verwaltungsrechtspflege schweizerischen Zuschnitts (BGE 137 V 210 E. 2.2.2). Eine regelmässige Einholung von Gerichtsgutachten ist auch nicht unbedingt erforderlich, um das Abklärungsverfahren verfassungs- und konventionskonform auszugestalten. Eine weitgehende Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene ist – von der staatspolitischen Tragweite einer solchen grundsätzlichen, dem Gesetzgeber vorbehaltenen Grundsatzenscheidung abgesehen – auch sachlich gar nicht wünschbar. Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und

wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfügungswise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2). Würde eine gravierend mangelhafte Sachverhaltsabklärung im Verwaltungsverfahren durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde mithin die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVerfG C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Die Verwaltung soll nicht dazu verleitet werden, das Gericht die eigentliche Abklärungsarbeit machen zu lassen (vgl. dazu MIRIAM LENDFERS, Sachverständige im Verwaltungsverfahren, in: Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2016, S. 187). Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren auch die Möglichkeit der Überprüfung durch ein Obergutachten im Beschwerdeverfahren genommen; der doppelte Instanzenzug bliebe diesbezüglich nicht gewahrt.

**8.6** Da mit Blick auf das Dargelegte die Möglichkeit besteht, dass die Beschwerdeführerin in psychischer Hinsicht gesundheitlich beeinträchtigt ist resp. bei ihr möglicherweise somatische und psychische Erkrankungen zusammenwirken könnten, ist die Begutachtung interdisziplinär durchzuführen (vgl. hierzu Urteil des BVerfG 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des BVerfG 8C\_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweis auf 8C\_321/2007 vom 6. Mai 2008 E. 6.3). Sollte sich im Rahmen der weiteren Abklärungen ergeben, dass bei der Beschwerdeführerin auch eine psychiatrische Erkrankung vorliegt, wäre deren Arbeitsfähigkeit im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens mittels der vom Bundesgericht entwickelten Standardindikatoren, d.h. unter Beachtung der normativen Vorgaben zu beurteilen (vgl. E. 4.6 hiervor). Dabei wären unter dem Indikator "Komorbidität" im Sinne einer Gesamtbeurteilung auch allfällige im konkreten Fall ressourcenhemmende somatische Leiden der Beschwerdeführerin zu berücksichtigen (vgl. Urteil des BVerfG 9C\_21/2017 E. 5.2.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3).

## **9.**

Die Beschwerde ist somit insoweit gutzuheissen, als die vorinstanzliche

Verfügung vom 3. Oktober 2017 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfüge.

## **10.**

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

**10.1** Die Verfahrenskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu erneuter Abklärung und neuer Verfügung gilt im Sozialversicherungsrecht praxisgemäss als volles Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 137 V 210 E. 7.1 und 132 V 215 E. 6). Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind der Beschwerdeführerin keine Kosten aufzuerlegen. Die mit Zwischenverfügung vom 8. November 2017 gewährte unentgeltliche Rechtspflege kommt aufgrund ihres subsidiären Charakters nicht zur Anwendung. Einer unterliegenden Vorinstanz sind gemäss Art. 63 Abs. 2 VwVG ebenso wenig Verfahrenskosten aufzuerlegen.

**10.2** Die 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 Verwaltung. 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 erscheint eine Parteientschädigung von pauschal CHF 2'800.– (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer, vgl. Urteil BVGer C-1741/2014 vom 28. April 2016 E. 8.3 mit Hinweisen) angemessen (vgl. Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE).

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

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als die Verfügung vom 3. Oktober 2017 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie die erforderlichen zusätzlichen Abklärungen und Beurteilungen im Sinne der E. 9 vornehme und anschliessend neu verfüge.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**3.**

Der Beschwerdeführerin wird eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– zugesprochen, die nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils von der Vorinstanz zu leisten ist.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

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

Die vorsitzende Richterin:

Die Gerichtsschreiberin:

Viktoria Helfenstein

Rahel Schöb

*(Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen)*

**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: