



## Urteil vom 4. Mai 2016

---

Besetzung

Richterin Franziska Schneider (Vorsitz),  
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz, Richter Michael Peterli,  
Gerichtsschreiber Michael Rutz.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_,  
vertreten durch lic. iur. Peter Kaufmann, Rechtsanwalt,  
Beschwerdeführerin,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenrevision, Verfügung vom  
7. Oktober 2013.

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

Die 1963 geborene, heute in ihrer Heimat wohnhafte portugiesische Staatsangehörige A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte oder Beschwerdeführerin) war in der Schweiz ab 1. September 1992 vollzeitlich als hauswirtschaftliche Angestellte in einem Altersheim erwerbstätig. Wegen seit Oktober 1997 bestehenden Rücken- und Gelenkschmerzen reduzierte sie ihr Arbeitspensum ab 11. Januar 1998 auf 50 % (act. 7) und meldete sich am 30. November 1998 bei der IV-Stelle des Kantons B. \_\_\_\_\_ zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an (act. 3). Die kantonale IV-Stelle klärte in der Folge die medizinischen und wirtschaftlichen Verhältnisse ab und holte dabei insbesondere ein rheumatologisches Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 9. Januar 2000 ein (act. 9). Gestützt darauf sprach sie der Versicherten mit Verfügung vom 20. April 2000 mit Wirkung ab 1. Oktober 1998 bei einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Viertelsrente und mit Wirkung ab 1. November 1998 bei einem Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe Rente der Invalidenversicherung zu (act. 13).

**B.**

Infolge Wegzugs der Versicherten nach Portugal übermittelte die kantonale IV-Stelle das Rentendossier am 4. Dezember 2000 der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) zur weiteren Bearbeitung (act. 15).

**C.**

In der Folge bestätigte die IVSTA in einem ersten Revisionsverfahren (act. 24) den Anspruch auf eine halbe Rente gestützt auf einen beim portugiesischen Versicherungsträger eingeholten ärztlichen Formularbericht E 213 vom 29. Oktober 2003 (act. 25) und eine Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes vom 3. Februar 2004 (act. 31) mangels Veränderung des anspruchserheblichen Sachverhalts mit Mitteilung vom 6. Februar 2004 (act. 33). Im Zuge des zweiten Revisionsverfahrens (act. 34) holte die IVSTA einen ärztlichen Formularbericht E 213 vom 11. Mai 2007 (act. 41), einen rheumatologischen Bericht vom 3. Juli 2007 (act. 40) sowie eine Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes vom 29. September 2007 (act. 48) ein und bestätigte gestützt darauf erneut den Anspruch auf eine halbe Rente mit Mitteilung vom 2. Oktober 2007 (act. 49).

**D.**

Im Rahmen des dritten Revisionsverfahrens (act. 53) holte die IVSTA beim portugiesischen Versicherungsträger ein psychiatrisches Gutachten vom 15. November 2010 (act. 61) und einen ärztlichen Formularbericht E 213 vom 29. November 2010 (act. 62) ein. Der medizinische Dienst kam in seiner Stellungnahme vom 21. Januar 2011 nach Prüfung der neuen medizinischen Einschätzungen aus Portugal zum Schluss, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei (act. 65). Daraufhin forderte die IVSTA am 7. Februar 2011 beim portugiesischen Versicherungsträger weitere Unterlagen an (act. 67), worauf ein rheumatologischer Bericht vom 24. März 2011 (act. 72), drei radiologische Berichte (act. 71) und ein ärztliches Formulgutachten E 213 vom 1. April 2011 (act. 73) übermittelt wurden. Nach einer Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 7. Mai 2011 (act. 76) bestätigte die IVSTA mit Mitteilung vom 25. Mai 2011 den Anspruch auf eine halbe IV-Rente (act. 77).

**E.**

Im Hinblick auf die Überprüfung des Rentenanspruchs gestützt auf die am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a holte die IVSTA eine Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 25. Februar 2012 ein (act. 79) und gab danach ein psychiatrisch-rheumatologisches Gutachten in der Schweiz in Auftrag (act. 82). Am 11. Mai 2012 reichte die Versicherte einen Bericht ihres behandelnden Rheumatologen vom 9. Mai 2012 ein (act. 89 und 90). In der Folge wurde das rheumatologische Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ am 11. Juli 2012, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ am 18. Juli 2012 und die interdisziplinäre Beurteilung am 20. Juli 2012 erstattet (act. 95-97). Nach Beurteilungen durch den medizinischen Dienst vom 3. September 2012 (act. 101) und vom 11. November 2012 (act. 103) stellte die IVSTA der Versicherten mit Vorbescheid vom 17. Januar 2013 die Aufhebung der Rente in Aussicht (act. 104). Dagegen liess diese am 12. April 2013 Einwände erheben und neue ärztliche Berichte einreichen (act. 109-114). Daraufhin holte die IVSTA weitere Stellungnahmen ihres medizinischen Dienstes vom 11. Mai 2013 (act. 116) und vom 15. Juni 2013 (act. 118) ein und hob mit Verfügung vom 7. Oktober 2013 die bisher ausgerichtete halbe Invalidenrente per Ende November 2013 auf. Einer gegen diese Verfügung gerichteten Beschwerde entzog sie die aufschiebende Wirkung (act. 125).

**F.**

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter mit Eingabe vom 11. November 2013 (Poststempel) Beschwerde beim

Bundesverwaltungsgericht und beantragte, dass die revisionsweise Einstellung der Rentenleistungen per 1. Dezember 2013 in Aufhebung der angefochtenen Verfügung als unzulässig zu erklären sei. Eventualiter sei die Streitsache an die Vorinstanz zur Einholung ergänzender ärztlicher Berichte zurückzuweisen (BVGer-act. 1). Mit Eingabe vom 21. November 2013 reichte die Beschwerdeführerin zwei neue ärztliche Berichte ein (BVGer-act. 4).

#### **G.**

Der mit Zwischenverfügung vom 18. November 2013 bei der Beschwerdeführerin eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.– (BVGer-act. 2) wurde am 25. November 2013 geleistet (BVGer-act. 5).

#### **H.**

Die Vorinstanz schloss in ihrer Vernehmlassung vom 10. Februar 2014 unter Hinweis auf eine Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes vom 31. Januar 2014 auf Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 7).

#### **I.**

Mit Eingabe vom 17. März 2014 verzichtete die Beschwerdeführerin auf eine Replik (BVGer-act. 9), worauf der Schriftenwechsel mit verfahrensleitender Verfügung vom 20. März 2014 abgeschlossen wurde (BVGer-act. 10).

#### **J.**

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]). 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; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde

vom 11. November 2013 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 7. Oktober 2013, mit welcher die Vorinstanz die bisher ausgerichtete halbe Invalidenrente der Beschwerdeführerin auf der Grundlage von Bst. a Abs. 1 der vom 1. Januar 2012 bis 31. Dezember 2014 in Kraft gewesenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket [AS 2011 5659]; nachfolgend: SchlBst. IVG) aufgehoben hat. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat.

## 3.

**3.1** Die Beschwerdeführerin ist portugiesische Staatsangehörige und wohnt heute in Portugal, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit – wie vorliegend – weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des BVGer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach bestimmt sich der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

**3.2** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier 7. Oktober 2013) 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 (BGE 121 V 362 E. 1b).

**3.3** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 7. Oktober 2013 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a]); 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.**

**4.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**4.2** Nach Bst. a Abs. 1 SchlBst. IVG werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung wurde höchstrichterlich als verfassungs- und EMRK-konform beurteilt (BGE 139 V 547). Sie findet laut

Bst. a Abs. 4 SchIBst. IVG keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen.

**4.3** 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).

**4.4** 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.**

Zu prüfen ist zunächst, ob sich die Vorinstanz bei der Rentenaufhebung zu Recht auf Bst. a SchIBst. IVG gestützt hat. In dieser Hinsicht ist zu klären, ob dem Vorgehen der Vorinstanz eine der in Bst. a Abs. 4 SchIBst. IVG genannten Ausnahmesituationen entgegensteht und ob die Zusprechung der Invalidenrente auf einer von Bst. a SchIBst. IVG erfassten gesundheitlichen Beeinträchtigung erfolgte.

**5.1** Die Beschwerdeführerin bezieht seit 1. Oktober 1998 eine Viertelsrente und seit 1. November 1998 eine halbe Rente der schweizerischen Invalidenversicherung. Im Zeitpunkt der Einleitung der Überprüfung lag somit noch kein über 15-jähriger Rentenbezug vor (vgl. dazu BGE 139 V 442 E. 4 und 5.1 und Urteil des BGer 8C\_576/2014 vom 20. November 2014 E. 4). Bei Inkrafttreten der Änderung am 1. Januar 2012 war die Beschwerdeführerin zudem noch nicht 55 Jahre alt, weshalb keiner der Ausschlussgründe nach Bst. a Abs. 4 SchIBst. IVG gegeben ist. Da die Überprüfung der Rente

innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Änderungen erfolgte, ist Bst. a SchIBst. IVG in formeller Hinsicht anwendbar.

**5.2** In materieller Hinsicht ergibt sich die Anwendbarkeit von Bst. a SchIBst. IVG ausschliesslich aus der Natur des Gesundheitsschadens, auf dem die Rentenzusprechung beruht (vgl. Urteil des BGer 9C\_379/2013 vom 13. November 2013 E. 3.2.3). Unklare Beschwerdebilder, wie sie in den SchIBst. IVG vorausgesetzt werden, charakterisieren sich durch den Umstand, dass mittels klinischer Untersuchungen weder Pathologie noch Ätiologie nachweisbar oder erklärbar sind (vgl. Urteil des BGer 8C\_654/2014 vom 6. März 2015 mit Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 9.4), wobei es mit Blick auf die Zielsetzung von Bst. a SchIBst. IVG auf die Natur des Gesundheitsschadens ankommt und nicht auf eine präzise Diagnose (vgl. Urteil des BGer 9C\_384/2014 vom 10. Juli 2014 E. 3.2). Nach BGE 140 V 197 E. 6 sind vom Anwendungsbereich von Bst. a SchIBst. IVG laufende Renten nur auszunehmen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden beruhen. Lassen sich unklare Beschwerden von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf erstere Anwendung finden. Eine Herabsetzung oder Aufhebung unter dem Titel von Bst. a SchIBst. IVG fällt lediglich dann ausser Betracht, wenn unklare und erklärbare Beschwerden zwar diagnostisch unterscheidbar sind, aber bezüglich der darauf zurückzuführenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit keine exakte Abgrenzung erlauben (vgl. Urteil des BGer 9C\_106/2015 vom 1. April 2015 E. 2.2).

**5.3** Die Beschwerdeführerin geht davon aus, dass die Rentenzusprache aufgrund eines chronischen Zerviko- und Lumbovertebralsyndroms, einer Tendomyopathie, einer Hypertonie und eines Colon irritabile erfolgt sei. Die Beschwerdeführerin leide neben der Fibromyalgie an mehreren organischen Rückenschädigungen. Das Beschwerdebild setze sich aus einer Vielzahl von somatischen und allenfalls psychischen Befunden zusammen, die zu einem wesentlichen Teil nicht als unklare Beschwerden qualifiziert werden könnten, weshalb die Rente nicht gestützt auf die Schlussbestimmungen revidiert werden dürfe.

**5.4** In der angefochtenen Verfügung finden sich keine Ausführungen zur Frage der Anwendbarkeit der Schlussbestimmungen. In der Beschwerdevernehmlassung hielt die Vorinstanz fest, dass bereits Ende der neunziger Jahre radiologisch degenerative Veränderungen der Wirbelsäule festgestellt worden seien. Der Rheumatologe habe damals als für die Arbeitsunfähigkeit relevante Diagnose jedoch nur eine diffuse Tendomyopathie

(=Fibromyalgiesyndrom) diagnostiziert. Die Rentenzusprache sei somit ausschliesslich auf Grund dieser Diagnose erfolgt. Die nur wenig über das Altersübliche hinausgehenden degenerativen Veränderungen hätten bei der Berentung keine relevante Arbeitsunfähigkeit verursacht.

**5.5** Die ursprüngliche Rentenzusprache (Verfügung vom 20. April 2000) beruhte auf der Annahme einer Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50 % in der bisherigen Tätigkeit als Hausangestellte wie auch in Verweistätigkeiten. Diese Einschätzung gründete im Wesentlichen auf dem Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und für Rheumatologie, vom 9. Januar 2000, in dem folgende Diagnosen genannt wurden:

- Diffuse Tendomyopathie (sog. Fibromyalgie-Syndrom)
- Arterielle Hypertonie
- Rezidivierendes Ulcus duodeni (Status nach Helicobacter Pylori-Eradikation)
- Colon irritabile

Der Gutachter kam damals zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Hausangestellte in einem Altersheim zu 50 % eingeschränkt sei. Körperlich belastende Arbeiten, Arbeiten, bei denen die Position nicht geändert werden könne (länger dauerndes Sitzen, Stehen, repetitive Bewegungen), seien ihr nicht mehr zumutbar. Er erachtete die damalige Arbeitsstelle als Hausangestellte bei einer Arbeitsleistung von 50 % als angepasst (act. 9).

**5.6** Es trifft zwar zu, dass im Zeitpunkt der Rentenzusprache neben der Fibromyalgie, das als unklares Beschwerdebild im Sinne von Bst. a Schl-Bst. IVG (BGE 139 V 547 E. 2.2) gilt, auch teilweise organisch erklärbare Diagnosen gestellt wurden. So nannte der Hausarzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, in seinem IV-Arztbericht vom 22. Februar 1999 ein chronisches Cervico- und Lumbovertebralsyndrom (CT LWS 12/97 flache rechtsmediale-subligamentare DH L4/5 ohne sichere Myelonkompression; flache subligamentare Protrusion der Bandscheibe C5/6 ohne Myelonkompression, mediale subligamentare DH C6/7 mit eventueller Tangierung des Myelons) als Diagnose. Die der ursprünglichen Rentenverfügung zugrundeliegende Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der bisherigen Tätigkeit als Hausangestellte wie auch in Verweistätigkeiten, resultiert jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hauptsächlich aus

der diagnostizierten Fibromyalgie und nicht aus somatischen Beeinträchtigungen, zumal bei der Beschwerdeführerin zu keinem Zeitpunkt wesentliche somatische Befunde erhoben wurden, welche das Ausmass der geklagten Beschwerden und der festgelegten Arbeitsunfähigkeit zu erklären vermochten. So beschrieb Dr. med. C. \_\_\_\_\_ am 9. Januar 2000 klinisch normale Verhältnisse im Bereich der Wirbelsäule und stellte neben der Fibromyalgie keine weitere Diagnose in Bezug auf die geklagten Rückenschmerzen (vgl. Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, vom 11. Juli 2007, S. 12). Auch ergeben sich aus dem radiologischen Bericht vom 23. November 1999 von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie und Nuklearmedizin, welcher Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vorlag, keine Hinweise auf ein radikuläres Geschehen. Selbst wenn gewisse somatische Befunde erhoben werden konnten und insoweit eine teilweise organische Ursache vorhanden war, steht dies der Einordnung des Gesamtleidens als unklares Beschwerdebild nicht entgegen (vgl. Urteil des BGer 9C\_843/2014 vom 4. September 2015 E. 5.3). Schliesslich ergeben sich keine Anhaltspunkte, dass der Bluthochdruck oder die Darmerkrankungen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hatten. Wenn die Vorinstanz davon ausgeht, dass die damals im Sinne der Rechtsprechung erklärbaren Beschwerden nur untergeordnete Bedeutung hatten und somit nicht selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs beigetragen haben, ist das nicht zu beanstanden.

**5.7** Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass sich die organischen Wirbelsäulenschädigungen erheblich verschlechtert hätten, ist zu bemerken, dass im Rahmen der von der Verwaltung in den Jahren 2004, 2007 und 2011 durchgeführten Revisionsverfahren keine anspruchserhebliche Veränderung festgestellt und die Fibromyalgie als Hauptdiagnose jeweils bestätigt wurde. Daher ist für die Frage der Anwendbarkeit der Bst. a SchIBst. IVG der Gesundheitsschaden massgebend, welcher der ursprünglichen Rentenzusprache (Verfügung vom 20. April 2000) zugrunde lag. Diese erfolgte wie aufgezeigt hauptsächlich wegen der Fibromyalgieerkrankung und somit wegen der Folgen eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage im Sinne von Bst. a SchIBst. IVG (vgl. Urteil des BGer 9C\_292/2015 vom 27. Januar 2016 E. 3.2).

**5.8** Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass eine Rentenrevision unter dem Rechtstitel der Bst. a Abs. 1 SchIBst. IVG zulässig ist, wobei der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig, das heisst

mit Bezug auf jedes Sachverhaltssegment zu prüfen ist (Urteile des Bundesgerichts 9C\_813/2008 vom 8. April 2009 E. 4.1 und 9C\_206/2010 vom 8. Oktober 2010 E. 3.1 je mit Hinweisen). Zulässig ist dabei auch eine Neu- beurteilung eines im Wesentlichen nicht verbesserten Gesundheitszustan- des.

## **6.**

Den im Rahmen der Prüfung des Rentenanspruchs der Beschwerdeführe- rin unter dem Titel von Bst. a Abs. 1 SchlBst. IVG eingereichten bzw. ein- geholten medizinischen Akten lässt sich im Wesentlichen Folgendes ent- nehmen:

**6.1** Im Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, vom 9. Mai 2012 wurden als Diagnosen eine Fibromyalgie, eine Entzündung des grossen linken Trochanters und der linken Epicon- dylus ulnaris sowie degenerative Axialläsionen (Hals- und Lendenwirbel) mit beidseitiger Radikulopathie in L5 und S1 genannt. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ führte aus, dass die Schmerzen und deren Objektivierung aktuell zu einer Funktionseinschränkung führten (act. 89).

**6.2** Dem von der Vorinstanz eingeholten rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten ist Folgendes zu entnehmen:

**6.2.1** Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, stellte in seinem rheumatologischen Teilgutachten vom 11. Juli 2012 keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Ar- beitsfähigkeit nannte er:

- Mässiggradige, ausgedehnte Tendomyopathie (Erstdiagnose 1998)
- Chronisches lumbales Schmerzsyndrom, ev. Lumbospondylogenes Syndrom (Erstdiagnose 1999)
- Chronisch zervikales Schmerzsyndrom (Erstdiagnose 1999)
- Arterielle Hypertonie (schon 1998 beschrieben)
- Zustand nach rezidivierenden Ulcera duodendi
- Gemäss den Akten wiederholt Colon irritabile (aktuell keine Symptome)

Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hielt fest, dass eine fibromyalgieforme «Panalgie» be- stehe. Zusammengefasst stehe bei der Beschwerdeführerin ein multiloku-

läres tendomyotisches Schmerzbild ohne erkennbare somatische Ursachen im Vordergrund. Die Lumbalgie müsse zum Teil in diesem Kontext verstanden werden, zum Teil fänden sich auch degenerative Veränderungen, jedoch keine Hinweise auf ein lumboradikuläres Geschehen. Es bestehe eine gewisse Minderbelastbarkeit der Lendenwirbelsäule, die unter Berücksichtigung des Alters und der langjährigen Dekonditionierung allerdings kaum sehr ausgeprägt sei. In der früheren Tätigkeit als Hausdienstangestellte wäre die Beschwerdeführerin auch heute noch arbeitsfähig, wobei sich eine Leistungseinbusse von 10 % bis 15 % nicht ausschliessen lasse. Die früher attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit, lasse sich zumindest heute im Lichte der neuen Rechtsprechung aus somatischer Sicht nicht bestätigen. Zumutbar seien alle Tätigkeiten, die dem Alter und der Konstitution der Beschwerdeführerin entsprechen (vorzugsweise leichtere Arbeiten mit wechselnder Belastung; act. 97).

**6.2.2** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im psychiatrischen Teilgutachten vom 18. Juli 2012 folgende Diagnosen:

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD 10 F45.4)
- Unauffälliger psychischer Gesundheitszustand

Nach Prüfung der sog. Förster-Kriterien kam der Gutachter zum Schluss, dass die diagnostizierte anhaltende Schmerzstörung die Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht nicht einschränke. Zu dieser Schlussfolgerung führe insbesondere die Tatsache, dass keine psychische Komorbidität bestehe (act. 95).

**6.2.3** Die Gutachter hielten in der interdisziplinären Beurteilung vom 20. Juli 2012 fest, dass aus somatisch-rheumatologischer Sicht ein mässiggradiges multilokuläres tendomyotisches Schmerzbild, das diverse Körperregionen auslasse, im Vordergrund stehe. Somatische Ursachen liessen sich für diese Beschwerden nicht objektivieren. Die geklagten Rückenschmerzen müssten teilweise in diesem Kontext verstanden werden, zum Teil fänden sich aber auch bildgebend, degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule, die das altersübliche Ausmass aber nur wenig überschreiten würden. Aus Sicht des Rheumatologen sei die Beschwerdeführerin arbeitsfähig, eine Leistungseinbusse von 10 % bis 15 % wegen der Rückenpathologie könne nicht ausgeschlossen werden. Aus psychiatrischer Sicht stehe die psychosomatische Überlagerung der Schmerzen im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Vordergrund. Angesichts des Fehlens einer psychischen Komorbidität entstehe keine

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Für die interdisziplinäre Beurteilung könne vollumfänglich auf den rheumatologischen Gesichtspunkt abgestellt werden (act. 95 S. 11 f.).

**6.3** Der medizinische Dienst der Vorinstanz nahm wie folgt Stellung:

**6.3.1** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seiner Stellungnahme vom 3. September 2012 die folgenden Diagnosen auf:

- Panalgie, Fibromyalgie, somatoforme Schmerzstörung
- Radiologisch feststellbare leichte degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule

Er attestierte keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wie auch in einer adaptierten Tätigkeit seit 11. Juli 2012. Er hielt fest, dass eine leicht minderbelastbare Wirbelsäule bestehe, die sich bei rückenbelastenden Arbeiten auswirke. Für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten sei die Beschwerdeführerin arbeitsfähig. Das Heben von Lasten über 15-20 kg sowie dauerndes Stehen an Ort mit vornübergebeugter Haltung seien nicht zumutbar. Er bezeichnete folgende zumutbare Verweistätigkeiten: Hausmeisterin, Museums- und Parkwärterin, Lageristin, kleine Auslieferungen mit einem Fahrzeug, Verkauf per Korrespondenz, Reparatur von kleinen Apparaten und Haushaltsgeräten, Registrierung und Archivierung, Kassiererin oder Billetverkäuferin, Tätigkeit im Empfang, als Rezeptionistin, als Telefonistin, in der Dateneingabe oder der Datenscannung (act. 101).

**6.3.2** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Stellungnahme vom 11. November 2012 als Hauptdiagnose eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) fest. Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % ab 25. Mai 2011 in der angestammten Tätigkeit wie auch in einer Verweistätigkeit (act. 103).

**6.4** Die Beschwerdeführerin reichte einwandweise zwei radiologische Berichte vom 19. Februar 2013 (act. 113) und vom 20. Februar 2013 (act. 114) ein. In seiner Stellungnahme vom 11. Mai 2013 hielt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom medizinischen Dienst der Vorinstanz fest, dass sich daraus keine neuen Aspekte ergäben (act. 116). Dr. med. J. \_\_\_\_\_ hielt am 15. Juni 2013 ebenfalls an seiner Einschätzung fest (act. 118).

## 7.

Zu prüfen ist im Folgenden, ob die Vorinstanz insbesondere gestützt auf das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zu Recht davon ausgeht, dass seit dem 11. Juli 2012 keine anspruchrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr nachgewiesen werden kann bzw. ob sich der medizinische Sacherhalt als genügend abgeklärt erweist.

**7.1** Das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ und Dr. med. D. \_\_\_\_\_ basiert auf den Vorakten (act. 95 S. 2 f., act. 97 S. 2 ff.) und auf für die strittigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen (act. 95 S. 5 f., act. 97 S. 5 ff.). Es berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (act. 95 S. 4, act. 97 S. 5) sowie die Anamnese (act. 95 S. 3 f.). Sodann erfolgte eine interdisziplinäre Beurteilung (act. 95 S. 11 f.) und die Beantwortung der gestellten Fragen. Das Gutachten leuchtet auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden für die rechtsanwendende Person nachvollziehbar begründet. Der rheumatologische Gutachter diagnostizierte – wie die bereits früher mit der Beschwerdeführerin befassten behandelnden Ärzte sowie die Gutachter aus Portugal – in erster Linie eine Fibromyalgie. Insbesondere hat der Gutachter in nachvollziehbarer Weise aufgezeigt, dass die Fibromyalgieerkrankung keine funktionellen Einschränkungen zur Folge hat und weder die Arbeitsfähigkeit einschränkt noch sich im Belastungsprofil niederschlägt. Weiter ist dem Gutachten zu entnehmen, dass keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden konnten, zumal der Psychostatus der Beschwerdeführerin völlig unauffällig war. Die Einschätzung ist schlüssig. Sie stimmt mit der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin überein, die sich erstaunt gezeigt habe, dass sie von einem Psychiater begutachtet werde, und deckt sich auch mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 15. November 2010 (act. 61). Folglich erfüllt das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ und Dr. med. Peter D. \_\_\_\_\_, dem sich auch der medizinischen Dienst der Vorinstanz anschloss, die praxisgemässen Kriterien (s. E. 4.4).

**7.2** Was die Beschwerdeführerin dagegen einwendet, vermag dies nicht in Frage zu stellen. Namentlich dem Einwand, dass die organischen Rückenschädigungen nicht in die Beurteilung eingeflossen seien, kann nicht gefolgt werden. Die rheumatologische Beurteilung berücksichtigte sowohl die klinischen als auch die radiologischen Befunde an der Wirbelsäule. Dabei

konnten keine wesentlichen Befunde erhoben werden, welche die geklagten Schmerzen objektivieren. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ führte dazu aus, dass sich klinisch an der Halswirbelsäule eine weitgehend altersübliche Situation gezeigt habe und auch die Veränderungen bei den bildgebenden Untersuchungen lägen in der Altersnorm. Die Lendenwirbelsäule sei klinisch nur mässiggradig eingeschränkt, die Rückenmuskulatur sei weich und trotz jahrelangem Verlauf nicht verschmächtigt, Hinweise auf ein radikuläres Geschehen liessen sich bei den nachgewiesenen Diskushernien-Protrusionen von L4 bis S1 nicht erkennen. Palpatorisch habe sich keine für die Schmerzen verantwortliche Etage an der Lendenwirbelsäule erkennen lassen, da die gesamte Wirbelsäule diffus dolent gewesen sei.

**7.3** Es ist auch nicht ersichtlich, dass die Einschätzung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in Widerspruch zu früheren Einschätzungen der Ärzte aus Portugal stehen würde. Insbesondere vermag der rheumatologische Bericht vom 24. März 2011 von Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie (act. 72) keine Zweifel an der Einschätzung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ zu wecken, zumal keine klinischen und radiologischen Befunde genannt werden, die diesem nicht bekannt waren. Die Einschätzung von Dr. med. L. \_\_\_\_\_, wonach das klinische Bild bei der Beschwerdeführerin zu einer erheblichen Einschränkung bei der Verrichtung täglicher selbst einfacher Arbeiten im Haushalt führe und sie nicht in der Lage sei, ihre Erwerbstätigkeit auszuführen, überzeugt angesichts der erhobenen Befunden sowie der Aussagen der Beschwerdeführerin, wonach sie die Haushaltsarbeiten (mit Ausnahmen der schweren Arbeiten) und Einkäufe selbst erledige (act. 95 S. 5), nicht.

**7.4** Die Beschwerdeführerin wendet weiter ein, dass sich Dr. med. D. \_\_\_\_\_ mit dem Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 9. Mai 2012 nicht auseinandergesetzt habe. Dieser Bericht lag Dr. med. D. \_\_\_\_\_ bei seiner Beurteilung vor und wurde bei der Auflistung der Vorakten genannt. Auch wenn Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im Rahmen seiner Beurteilung nicht ausdrücklich auf den Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ Bezug genommen hat, hat er sich auch mit den darin beschriebenen Wirbelsäulenveränderungen auseinandergesetzt und diese im Rahmen seiner Einschätzung berücksichtigt. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. H. \_\_\_\_\_ ist zudem aufgrund der Erfahrungstatsache zu relativieren, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Wegen der unter-

schiedlichen Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen Arztes und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten medizinischen Experten ist es nicht geboten, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (vgl. Urteil des BGer 9C\_618/2013 vom 4. Dezember 2013 E. 4.4). Der Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 9. Mai 2012, vermag somit die Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ nicht zu widerlegen oder in Zweifel zu ziehen.

**7.5** Nichts anderes ergibt sich auch aus den beschwerdeweise eingereichten Berichten von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, vom 4. November 2013 sowie von Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, vom 12. November 2013, zumal sich diese nicht zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im massgebenden Beurteilungszeitraum bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens (angefochtene Verfügung vom 7. Oktober 2013; s. E. 3.2) äussern. Eine allfällige nach Erlass der angefochtenen Verfügung eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes wäre im Rahmen einer Neuanschuldung geltend zu machen. Im Übrigen ergeben sich laut der Stellungnahme von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 31. Januar 2014 aus den beschwerdeweisen eingereichten Berichten keine neuen Erkenntnisse (Beilage zu BVGer-act. 7), was insofern nachvollziehbar ist, als die von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 12. November 2013 attestierte Einschränkung für Tätigkeiten, die mit schwerem Heben verbunden sind, bereits im Zumutbarkeitsprofil des medizinischen Dienstes berücksichtigt sind.

**7.6** Was die diagnostizierten unklaren Beschwerdebilder betrifft, welche gutachterlicherseits sowie von der Vorinstanz – noch unter Geltung der inzwischen aufgegebenen Überwindbarkeitsvermutung – keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurden, führt auch die Überprüfung nach der vom Bundesgericht grundlegend überdachten und teilweise geänderten Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermögen, zu keinem anderen Ergebnis:

**7.6.1** Mit BGE 141 V 281 wurde die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfraster ersetzt. Nach wie vor kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit indessen nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge

einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 mit Hinweis auf BGE 130 V 396). Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40), setzt somit zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 2.1; Urteil des BGer 9C\_822/2014 vom 29. Oktober 2015 E. 4.2). Die Sachverständigen haben die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6).

**7.6.2** 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» (E. 4.3.1; Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Sie erlauben – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits – das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1).

**7.6.3** Aus dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, welches seinen Beweiswert nicht per se verliert (BGE 141 V 281 E. 8 mit Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6) und im vorliegenden Fall eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubt, ergibt sich, dass mit Blick auf das doch recht aktive Leben der Beschwerdeführerin (u.a. regelmässige Tagesgestaltung, Haushaltsführung und Erledigung von Einkäufen, geordnete familiäre Verhältnisse, aktive Teilnahme am familiären und gesellschaftlichen Leben) eine schwere Ausprägung der Störung

ausser Betracht fällt (vgl. Urteil 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.1 und 9C\_514/2015 vom 14. Januar 2016 E. 4). Dem psychiatrischen Gutachten ist weiter zu entnehmen, dass von einem unauffälligen psychischen Gesundheitszustand auszugehen ist und die Beschwerdeführerin keine psychiatrische Behandlung in Anspruch nimmt. Damit fehlt eine psychische oder somatische Komorbidität, namentlich sind die Beschwerden der Wirbelsäule nach dem hievorigen Gesagten nicht invalidisierend (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Des Weiteren bestehen keine Hinweise auf die im Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2) zu prüfenden Merkmale, welche im Rahmen der umfassenden Ressourcenprüfung ins Gewicht fallen könnten. Gegenteils enthält der soziale Lebenskontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3), so die Einbettung in die Familie und die Gesellschaft und die Unterstützung durch diese, bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren. Zusammenfassend fehlt es unter Berücksichtigung der nicht schwer ausgeprägten Schmerzstörung, fehlender Komorbiditäten und eher günstiger persönlicher Ressourcen an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden. Eine Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4) erübrigt sich vor diesem Hintergrund. Weitere Abklärungen sind nicht angezeigt.

## **8.**

**8.1** Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Arbeitsunfähigkeit in einer rückenbelastenden, und damit auch der angestammten Tätigkeit als hauswirtschaftliche Angestellte in einem Altersheim von höchstens 10 % bis 15 % auszugehen ist, wobei für die Invaliditätsbemessung der Mittelwert von höchstens 12.5 % massgebend ist (vgl. BGE 9C\_226/2009 vom 19. August 2009 E. 3.2). In einer wechselbelastenden, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne Heben von Lasten über 15 Kilogramm ist spätestens ab dem Zeitpunkt der rheumatologischen Begutachtung vom 11. Juli 2012 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Soweit die Beschwerdeführerin eventualiter verlangt, es seien weitere Abklärungen durchzuführen, kann darauf verzichtet werden. Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt.

**8.2** Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz bei Erlass der angefochtenen Verfügung auf die Vornahme eines Einkommensvergleichs verzichtet hat. Die Beschwerdeführerin könnte im Falle der

Verwertung der spätestens ab dem 11. Juli 2012 feststehenden zumutbaren Restarbeitsfähigkeit von mindestens 87.5 % in der angestammten Tätigkeit ein rentenausschliessendes Invalideneinkommen erzielen. Selbst bei Berücksichtigung des maximalen Leidensabzugs von 25 % ergibt ein Prozentvergleich, dass spätestens ab diesem Zeitpunkt keine rentenberechtigende Invalidität mehr besteht (vgl. hierzu bspw. Entscheid des EVG I 816/05 vom 7. Juni 2006, E. 4.3 mit Hinweisen; zur Zulässigkeit des Prozentvergleichs siehe auch Urteil des BGer 9C\_785/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 2.2 mit Hinweisen auf BGE 114 V 310 E. 3a S. 312; 104 V 135 E. 2b).

**8.3** Nicht zu beanstanden und unbestritten ist die Einschätzung der Vorinstanz, dass die Beschwerdeführerin die attestierte Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung verwerten kann. Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar. Nach ebenfalls ständiger Rechtsprechung können indes nach langjährigem Rentenbezug ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der sofortigen Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (SVR 2011 IV Nr. 30 S. 86, 9C\_163/2009 und seitherige Praxis, z.B. 9C\_178/2014 vom 29. Juli 2014). Diese Rechtsprechung ist allerdings auf Fälle beschränkt worden, in denen die (revisions- oder wiedererwägungsweise) Rentenaufhebung eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahre bezogen hat (SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220, 9C\_228/2010 E. 3). Die Beschwerdeführerin kann sich nicht auf diese Rechtsprechung berufen, obwohl sie im Zeitpunkt der Rentenaufhebung (Verfügung vom 7. Oktober 2013) knapp mehr als 15 Jahre eine Rente bezogen hatte. Denn der massgebliche Rentenaufhebungsgrund ist nach dem Gesagten die Schlussbestimmung zur IV-Revision 6a, welche bezüglich der Dauer des Rentenbezugs auf die Einleitung des Verfahrens abstellt, als die Beschwerdeführerin noch keinen über 15-jährigen Rentenbezug aufwies (vgl. Urteile des BGer 9C\_623/2015 vom 18. Februar 2015 E. 5 und 8C\_90/2015 vom 23. Juli 2015 E. 4). Im Übrigen hat die Vorinstanz nachvollziehbar dargelegt, dass der Beschwerdeführerin angesichts des guten Allgemeinzustandes, der fehlenden Psychopathologie, der vorhandenen Motivation, dem regel-

mässigen Tagesablauf und dem intakten sozialen Umfeld die Selbsteingliederung zumutbar ist. Da beschwerdeweise die Verweigerung von rentenbegleiteten Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG (Bst. a Abs. 2 und 3 SchlBst. IVG) nicht gerügt wurde, ist darauf nicht weiter einzugehen. Daher ist die Rentenaufhebungsverfügung vom 7. Oktober 2013 auch unter eingliederungsrechtlichem Gesichtspunkt nicht zu beanstanden.

**9.**

Aus dem Dargelegten folgt, dass die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 7. Oktober 2013 zu bestätigen ist.

**10.**

**10.1** Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 400.– festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

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

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Die Verfahrenskosten von Fr. 400.– werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Der einbezahlte Kostenvorschuss wird zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet.

**3.**

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Franziska Schneider

Michael Rutz

### **Rechtsmittelbelehrung:**

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

Versand: