



## **Urteil vom 21. November 2018**

---

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),  
Richter Michael Peterli,  
Richterin Franziska Schneider,  
Gerichtsschreiber Lukas Schobinger.

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
vertreten durch Dr. iur. Marco Mona, Rechtsanwalt,  
Beschwerdeführerin,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenrevision,  
Verfügung vom 18. Oktober 2016.

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

A.\_\_\_\_\_ (*im Folgenden*: Beschwerdeführerin) wurde (...) 1970 geboren und ist portugiesische Staatsangehörige. Sie ist verheiratet und Mutter von zwei Kindern (...). Sie kam 1999 dauerhaft in die Schweiz. Bevor sie eine Invalidenrente bezog, arbeitete sie im Zeitraum vom 13. Oktober 2000 bis zum (letzten effektiven Arbeitstag am) 19. Februar 2006 als Betriebsmitarbeiterin mit einem Vollpensum (42 Wochenstunden) (...). 2005 erzielte sie (...) einen Jahresverdienst von Fr. 48'292.55 (Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [*im Folgenden*: act.] 18; act. 29, Seite 12; act. 112). Die Beschwerdeführerin meldete sich am 20. Juni 2006 wegen zunehmender (Rücken-)Schmerzen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (act. 13; act. 25, Seite 11).

**B.**

Mit polydisziplinärem Gutachten vom 19. November 2007 (Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie) nannte die Medas B.\_\_\_\_\_ folgende Diagnosen: 1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, 2. Rezidivierende depressive Störung, derzeit teilremittiert, 3. Chronifiziertes lumbospondylogenes Syndrom mit ischialgieformen Beinschmerzen links, 4. Trisegmentale degenerative Bandscheibenveränderung L3 – L5 / S1 mit intermittierender Wurzelreizung L3 oder L4 links, 5. Schulterschmerz links, DD: Impingementsymptomatik, spondylogenes zervikozepales Syndrom, myofasciale Schmerzen im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, 6. Akzentuierte Persönlichkeit mit zwanghaften Anteilen (act. 29, Seite 25).

**C.**

Mit Verfügung vom 15. Mai 2008 gewährte die IV-Stelle des Kantons C.\_\_\_\_\_ eine Dreiviertelsrente vom 1. März 2006 bis zum 31. Mai 2006 und eine ganze Invalidenrente ab 1. Juni 2006. Für beide Kinder wurden Kinderrenten verfügt (act. 36).

**D.**

Mit Mitteilungen der IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ vom 25. Juni 2009 (act. 41) und vom 14. Juli 2011 (act. 49) sowie der Schweizerischen Ausgleichskasse vom 14. August 2013 (act. 54) wurde die ganze Invalidenrente jeweils bestätigt.

**E.**

Mit rechtskräftiger Verfügung vom 23. November 2011 verneinte die IV-

Stelle C.\_\_\_\_\_ einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Hilflosenentschädigung (act. 51), nachdem die Abklärung am damaligen Wohnort (...) keine massgebliche Einschränkung ergeben hatte (vgl. den Abklärungsbericht in act. 50).

#### **F.**

Mit Schreiben vom 29. August 2013 übermittelte die IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ die Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*im Folgenden: Vorinstanz*), nachdem die Beschwerdeführerin nach Portugal zurückgekehrt war (act. 57). Dort lebte sie mit dem Ehemann, der als Jäger arbeitete, und der Tochter in einem Haus mit Garten, wo sie Gemüse, Kartoffeln und Mais anbauten und verschiedene Tiere hielten (zwei Jagdhunde, eine Katze, einige Kaninchen, Hühner, Enten, Papageien, zwei Schweine; act. 142, Seite 10, 17 ff.).

#### **G.**

Mit Stellungnahme vom 10. Oktober 2013 hielt der medizinische Dienst fest, die Indikation für eine Überprüfung gemäss den Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a sei gegeben. Die Invalidenrente sei aufgrund der somatoformen Schmerzstörung zugesprochen worden. Es sei zu klären, ob objektivierbare Befunde eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründen würden (act. 62). In der Folge wurde ein umfangreiches Revisionsverfahren durchgeführt.

#### **H.**

Mit medizinischem Bericht vom 3. November 2014 (Eingangsdatum) teilte der portugiesische Sozialversicherungsträger ohne eingehende Begründung (unter anderem) mit, die Beschwerdeführerin wiege bei einer Körpergrösse von 161 cm 99 kg. Sie übe aktuell keine Erwerbstätigkeit aus. Weder die letzte Tätigkeit noch eine angepasste Arbeit seien zumutbar, auch nicht in Teilzeit (act. 100).

#### **I.**

Mit bidisziplinärem Gutachten vom 11. September 2015 hielten der Psychiater Dr. D.\_\_\_\_\_ und der Rheumatologe und Internist Dr. E.\_\_\_\_\_ als gesamtmedizinischen Konsens fest, dass die rheumatologische Beurteilung bezüglich der Arbeitsfähigkeit massgebend sei und somit ab Juni 2011 eine adaptierte Verweistätigkeit in einem Pensum von 80 % zumutbar sei. Weil aus psychiatrischer Sicht keine gesicherte Aktenlage vorliege, könne die psychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (erst) ab Anfang 2015 gesichert beurteilt werden. Somit werde gesamtmedizinisch ab Januar

2015 eine 80 % Arbeitsfähigkeit unter den im rheumatologischen Gutachten erläuterten Einschränkungen attestiert (act. 142, Seite 25; vgl. für die Diagnosen Seite 13, 19).

**J.**

Der medizinische Dienst der Vorinstanz erachtete das bidisziplinäre Gutachten vom 11. September 2015 (mit zweifacher Stellungnahme) als aussagekräftig, nachvollziehbar und von guter Qualität und nannte zumutbare angepasste Tätigkeiten wie Verkauf auf dem Korrespondenzweg, Reparatur von Kleingeräten, Billetverkäuferin, Empfang, Telefonistin, Datenerfassung (act. 144 f.).

**K.**

Mit Einkommensvergleich vom 4. November 2015 eruierte die Vorinstanz aufgrund des verbleibenden Gesundheitsschadens eine Einkommenseinbusse von 21 %, wobei sie den Validenlohn nicht auf der Grundlage des Jahresverdiensts (...) 2005 von Fr. 48'292.55 bestimmte, sondern aufgrund der statistischen Daten des Bundesamts für Statistik (BFS; act. 146). Mit Vorbescheid vom 12. Januar 2016 stellte die Vorinstanz basierend auf einer Einkommenseinbusse von 21 % die Aufhebung der Invalidenrente in Aussicht (act. 148).

**L.**

Mit Einwand vom 4. März 2016 beantragte die Beschwerdeführerin, fortan vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Marco Mona, ihr sei weiterhin eine volle Invalidenrente auszurichten (act. 156). Mit Verfügung vom 18. Oktober 2016 hob die Vorinstanz die Invalidenrente mit Wirkung ab 1. Dezember 2016 auf. Die Aufhebung der Invalidenrente erfolgte nicht in Anwendung der Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a, sondern gestützt auf Art. 17 ATSG (act. 166; BVGer act. 8).

**M.**

Mit Beschwerde vom 11. November 2016 beantragte die Beschwerdeführerin, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr sei weiterhin eine volle Invalidenrente auszurichten. Es wurden drei Arztberichte eingereicht (BVGer act. 1, 5).

**N.**

Mit Vernehmlassung vom 6. Februar 2017 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer act. 8).

**O.**

Mit Replik vom 30. März 2017 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest und bestätigte ihre Ausführungen in der Beschwerdeschrift (BVGer act. 12).

**P.**

Mit Duplik vom 20. April 2017 vertrat die Vorinstanz weiterhin die Meinung, dass sie die Invalidenrente habe aufheben müssen, und hielt am Rechtsbegehren der Vernehmlassung fest (BVGer act. 14).

**Q.**

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

**Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:****1.**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung vom 18. Oktober 2016 zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Kostenvorschuss von Fr. 800.- rechtzeitig geleistet wurde (BVGer act. 6), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 11. November 2016 einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

**2.**

**2.1** Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

**2.2** Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die

von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Urteil des BGer 2C\_393/2015 vom 26. Januar 2016 E. 1.2; BGE 132 II 47 E. 1.3 m.H.).

**2.3** Nach ständiger Rechtsprechung beschränkt sich die Prüfung des Sozialversicherungsgerichts auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung entwickelt haben (vgl. Urteil des BGer 8C\_489/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2 m.H. auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

**2.4** Der Beschwerdeführerin ist portugiesische Staatsangehörige und verlegte ihren Wohnsitz während des laufenden Beschwerdeverfahrens von Portugal in die Schweiz (BVGer act. 12). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681, in Kraft getreten am 1. Juni 2002) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA zur Anwendung. Der Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich jedoch auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

**2.5** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 18. Oktober 2016 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.

### **3.**

**3.1** 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).

**3.2** Der Invaliditätsgrad einer erwerbstätigen versicherten Person wird im Rahmen eines Einkommensvergleichs ermittelt (allgemeine Methode; Art. 16 ATSG). Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Valideneinkommen).

**3.3** Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht 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.

**3.4** 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).

**3.5** 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). Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

**3.6** Die Aufhebung der Invalidenrente der Beschwerdeführerin erfolgte nicht in Anwendung der Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a, sondern gestützt auf Art. 17 ATSG (act. 166; BVGer act. 8). Somit gilt Folgendes: 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). Anlass zur Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich. Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 m.H.). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C\_273/ 2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 mit Hinweis).

**3.7** 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 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.).

#### 4.

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Vorinstanz der Beschwerdeführerin die ganze Invalidenrente zu Recht entzogen hat.

#### 4.1

**4.1.1** Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchsrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und – bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens – Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4). Eine Revisionsverfügung gilt dann als Vergleichsbasis, wenn sie die ursprüngliche Rentenverfügung nicht bestätigt, sondern die laufende Rente aufgrund eines neu festgesetzten Invaliditätsgrades geändert hat. Dabei kommt einer Verfügung, welche die ursprüngliche Rentenverfügung bloss bestätigt, bei der Bestimmung der zeitlichen Vergleichsbasis keine Rechtserheblichkeit zu (vgl. BGE 109 V 262 E. 4a; 130 V 71 E. 3.2.3). Dies gilt im vorliegenden Fall mit Blick auf die Mitteilungen vom 25. Juni 2009 (act. 41), 14. Juli 2011 (act. 49) und 14. August 2013 (act. 54).

**4.1.2** Als Vergleichsbasis kommt damit nur die Verfügung vom 15. Mai 2008 in Betracht, mit der die IV-Stelle des Kantons C. \_\_\_\_\_ eine Drei-

viertelsrente vom 1. März 2006 bis zum 31. Mai 2006 und eine ganze Invalidenrente ab 1. Juni 2006 gewährte (act. 36). Die besagte Verfügung basiert im Wesentlichen auf der Einschätzung der Medas B. \_\_\_\_\_ im polydisziplinären Gutachten vom 19. November 2007 (Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie; act. 29 f.). Soweit die Beschwerdeführerin vorträgt, Vergleichsbasis seien die Feststellungen anlässlich der Rentenrevision 2011 (BVGer act. 1, 12), kann ihr nicht gefolgt werden. Soweit ersichtlich wurden seinerzeit nur ein Fragebogen ausgefüllt, medizinische Unterlagen eingereicht und Arztberichte der behandelnden Ärzte Dr. F. \_\_\_\_\_ (Innere Medizin und Rheumatologie) und Dr. G. \_\_\_\_\_ (Allgemeine Innere Medizin) eingeholt (act. 42 ff.). Eine materielle Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung fand nicht statt (ebenso wenig 2009). Zum Revisionsverfahren 2011 ist auch keine Stellungnahme des medizinischen Dienstes zur gesundheitlichen Situation aktenkundig (vgl. die zutreffenden Ausführungen der Vorinstanz zum Vergleichszeitpunkt in BVGer act. 8). Der entsprechenden Mitteilung kommt bei der Bestimmung der zeitlichen Vergleichsbasis mithin keine Rechtserheblichkeit zu.

## **4.2**

**4.2.1** Mit polydisziplinärem Gutachten vom 19. November 2007 (Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie) nannte die Medas B. \_\_\_\_\_ folgende Diagnosen: 1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), 2. Rezidivierende depressive Störung, derzeit teilremittiert (ICD-10 F33.4), 3. Chronifiziertes lumbospondylogenes Syndrom mit ischialgieformen Beinschmerzen links (ICD-10 M54.4), 4. Trisegmentale degenerative Bandscheibenveränderung L3 – L5 / S1 mit intermittierender Wurzelreizung L3 oder L4 links (ICD-10 M51.1), 5. Schulterschmerz links, DD: Impingementsymptomatik, spondylogenes zervikozephalas Syndrom, myofasciale Schmerzen im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 M25.5), 6. Akzentuierte Persönlichkeit mit zwanghaften Anteilen (ICD-10 Z73.1; act. 29, Seite 25).

**4.2.2** Die Gutachter der Medas B. \_\_\_\_\_ führten in ihrer Beurteilung aus, es sei von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung neben einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom aufgrund degenerativer LWS-Veränderungen auszugehen. Weiter sei - wahrscheinlich auf dem Hintergrund einer zwanghaft strukturierten Persönlichkeit - eine weitgehend remittierte depressive Störung festzustellen. Sowohl die depressive Störung als auch das teils somatisch, teils somatoform begründete Schmerzsyndrom seien

unter der aktuellen Therapie besser geworden. Die objektivierbaren somatischen Befunde würden für eine leichte, rüchenschonende Tätigkeit eine (steigerungsfähige) Restarbeitsfähigkeit von mindestens 50 % begründen. Für mittelschwere und schwere, nicht rüchenschonende Tätigkeiten liege die Arbeitsunfähigkeit mindestens bei 80 %. Die Einschränkungen würden mit den die Schmerzsymptomatik zum Teil erklärenden somatischen Befunden und einer deshalb eingeschränkten Belastbarkeit des Achsenorgans und der Funktionseinheit Beckengürtel (linkes Bein und Schultergürtel, linker Arm) begründet. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und die weitgehend remittierte depressive Störung seien anhand der psychiatrischen Befunderhebung gebessert und würden aus psychiatrischer Sicht noch eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % begründen. Sowohl von rheumatologischer als auch von psychiatrischer Seite seien medizinische Massnahmen, die die Arbeitsfähigkeit verbessern könnten, vorstellbar und indiziert. Hinsichtlich der psychischen Beschwerden sei eine konsequente Fortführung der aktuellen, offensichtlich wirksamen Behandlung indiziert. Die psychotherapeutische und psychopharmakologische Therapie könne zusammen mit Aktivierung, Tagesstrukturierung, Ergotherapie, Arbeitstraining die erreichte Zustandsverbesserung stabilisieren und eine berufliche Wiedereingliederung ermöglichen. Auf diesem Weg sei es realistisch, in sechs bis neun Monaten eine nahezu vollständige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erreichen (mit einer Leistungsminderung von 20 %). Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und die depressive Episode würden langfristig nur eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % begründen. In körperlicher Hinsicht sei eine medizinische Trainingstherapie zur Optimierung von Kraft und Kraftausdauer, der Rumpfstabilisatoren sowie eine kreislaufaktivierendes Training allgemein angezeigt, was sich sowohl auf die vom Achsenorgan ausgehenden Beschwerden als auch auf die Depression und die somatoforme Schmerzstörung positiv auswirken könne. Es sei vorstellbar, im Laufe von sechs bis neun Monaten die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 50 % auf ein volles Pensum zu steigern (act. 29, Seite 30 ff.). Die Arbeitsfähigkeit sei demnach unter angepassten Bedingungen in absehbarer Zeit durch Training und Konditionierung zu verbessern. Es seien alle Tätigkeiten körperlich leichter Art, die die Beeinträchtigung berücksichtigen, zumutbar (rüchenschonend, ohne chronische Vorneigehaltung des Rumpfs mit und ohne Rotation, ohne wiederholtes Bücken und Aufrichten, ohne Arbeiten in kniender oder Kauerposition sowie ohne Tätigkeiten mit der linken oberen Extremität auf oder über Schulterhöhe). Aktuell sei ein Pensum von 30 % zumutbar. Durch adäquate Weiterbehandlung könne im Laufe von sechs bis neun Monaten ein volles Pensum bestritten werden. Aus psychiatrischen Gründen werde dauerhaft eine

Leistungsminderung von 20 % zu berücksichtigen sein, was sich jedoch nur bei voller Arbeitszeit auswirke (act. 29, Seite 35 f.).

**4.2.3** Damit ist festzuhalten, dass bereits im polydisziplinären Gutachten der Medas B. \_\_\_\_\_ vom 19. November 2007 (Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie) von einem beträchtlichen Verbesserungspotenzial hinsichtlich des Leistungsvermögens (von 30 auf 80 % in einer adaptierten Tätigkeit im Laufe von sechs bis neun Monaten) ausgegangen wurde. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und die weitgehend remittierte depressive Störung waren anhand der psychiatrischen Befunderhebung bereits damals gebessert und teilremittiert. Die psychotherapeutische und psychopharmakologische Therapie wurde als offensichtlich wirksam beschrieben und sollte gemäss der gutachterlichen Beurteilung bei konsequenter Fortsetzung im Laufe von sechs bis neun Monaten zu einer weiteren erheblichen Verbesserung führen (act. 29, Seite 35).

**4.3** Sodann ist aktenkundig, dass auch nach der Berentung am 15. Mai 2008 eine regelmässige ärztliche Betreuung (mit drei bis fünf Arztterminen im Monat; act. 37) stattgefunden hat und verschiedene Therapien über einen längeren Zeitraum weitergeführt wurden. Im Fragebogen für die Revision 2009 wurde festgehalten, in psychiatrischer Hinsicht würde es etwas besser gehen (act. 37). Der behandelnde Arzt Dr. F. \_\_\_\_\_ (Innere Medizin und Rheumatologie) führte (2009) aus, die Beschwerdeführerin mache neben der (auch Opiate beinhaltenden) medikamentösen Behandlung (1.) eine regelmässige Wassertherapie bei der Rheumaliga, (2.) eine medizinische Trainingstherapie (MTT) im Spital H. \_\_\_\_\_ (mit Abo), (3.) regelmässiges Nordic Walking und trainiere (4.) mit dem Hometrainer zu Hause. Die Intensivierung des Trainings seit der Begutachtung 2007 habe trotz der „sehr seriösen“ Durchführung an der Situation nichts geändert (act. 38, Seite 8 f.). Auch die psychiatrische und psychotherapeutische Unterstützung wurde mit regelmässigen Gesprächen und Psychopharmaka fortgesetzt. Die behandelnde Fachärztin Dr. I. \_\_\_\_\_ berichtete (2009) von einem stationären Gesundheitszustand und einer guten Compliance und erwähnte eine ambulante Ergotherapie, Physiotherapie, Rheumabehandlung und Aquafitness (act. 39). Im Fragebogen für die Revision 2011 wurde festgehalten, der Gesundheitszustand sei seit November 2010 verschlechtert durch zunehmende Schmerzen und eine Diskushernie (act. 46). Die behandelnde Allgemeinärztin Dr. G. \_\_\_\_\_ berichtete (2011), die Beschwerdeführerin werde durch Dr. F. \_\_\_\_\_, Dr. I. \_\_\_\_\_ (Psychiatrie und Psychotherapie) und Prof. J. \_\_\_\_\_ (Neurochirurgie) behandelt. Sie erwähnte die Operation der Diskushernie 2009 / 2010, einen verbesserten

Befund bezüglich der Schmerzen (bei einem persistenten, aber rückläufigen sensomotorischen Ausfallsyndrom L5 rechts) und empfahl die Fortführung der Schmerzmedikation sowie der Physiotherapie bei Bedarf. Zur Beantwortung der Fragen im Zusammenhang mit der Erwerbsfähigkeit erachtete sie ein Gutachten als erforderlich (act. 47). Dr. F. \_\_\_\_\_ (Innere Medizin und Rheumatologie) berichtete (2011) von einer ungünstigen Entwicklung (Operation der Diskushernie 2009 / 2010) trotz der intensiven medizinischen Trainingstherapie (mit Abo). Er empfahl die Fortsetzung des regelmässigen Trainings (act. 48). Auch für die Zeit nach der Rückkehr nach Portugal 2013 sind therapeutische Aktivitäten unter ärztlicher Begleitung aktenkundig (act. 142, Seite 17). Somit hat die Beschwerdeführerin nach der Begutachtung durch die Medas B. \_\_\_\_\_ 2007 die empfohlene intensive und „adäquate Weiterbehandlung“ unter fachärztlicher Begleitung seriös verfolgt.

**4.4** Mit Verfügung vom 18. Oktober 2016 hob die Vorinstanz die Invalidenrente mit Wirkung ab 1. Dezember 2016 auf. Die Aufhebung der Invalidenrente basiert im Wesentlichen auf dem bidisziplinären Gutachten von Psychiater Dr. D. \_\_\_\_\_ und Rheumatologe und Internist Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 11. September 2015.

**4.4.1** Der Rheumatologe und Internist Dr. E. \_\_\_\_\_ diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbovertebrales und spondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.4) sowie ein Widespread Pain Syndrom, das einer Fibromyalgie gleichkommt (ICD-10 M79.7; act. 142, Seite 13 f.; vgl. auch die Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit). Er führte aus, insgesamt könne eine chronische lumbovertebrale, lumbospondylogene Schmerzsymptomatik objektiviert werden. Die Schmerzsymptomatik werde durch die Fibromyalgie-Symptomatik, die ihren Hauptursprung in nicht somatischen Beschwerden habe, kompromittiert. Dadurch ergebe sich eine Beeinträchtigung der Belastbarkeit sowie der Leistungsfähigkeit. Aus rheumatologischer Sicht sei die Zeit vor der Diskushernienoperation 2009 / 2010 als schwierig zu beurteilen. Intermittierend habe möglicherweise eine radikuläre Reizsymptomatik vorgelegen. Somit beziehe sich die aktuelle Begutachtung auf den postoperativen Zustand seit Anfang Juni 2011. Ab diesem Zeitpunkt könne eine adaptierte, leichte, wechselbelastende Tätigkeit (sitzend, stehend und gehend) zu 100 % ausgeführt werden. Dabei sei einer Reduktion der Leistungsfähigkeit von 20 % infolge der Schmerzsymptomatik und bei erhöhtem Pausenbedarf und verlangsamtem Arbeitstempo Rechnung zu tragen. Zu vermeiden

seien bückende und kniende Tätigkeiten sowie Tätigkeiten über der Schulterhorizontalen und in Rumpfreklination oder mit Rumpfdrehung. Tätigkeiten an einem ergonomisch eingerichteten Tisch, die auch stehend und intermittierend gehend (20 bis 30 %) ausgeübt werden könnten, seien durchführbar und aus somatischer Sicht zumutbar. Dr. E. \_\_\_\_\_ empfahl eine Gewichtsreduktion von 30 kg, die primär durch diätetische Massnahmen und nicht primär mit einer angedachten Magenbypassoperation oder Gastric banding erfolgen sollte. Dadurch könne eine Entlastung des Bewegungsapparates erreicht werden. Das (in Portugal weiterverfolgte) Aquafittraining dreimal wöchentlich solle zwingend weitergeführt und ausgebaut werden. Eine Ausdauer trainierende Kräftigung auf dem Fahrradergometer, auch sitzend sowie an einem Crosstrainer, solle ergänzend durchgeführt werden. Zudem seien gymnastische Übungen zur Stabilisierung der Lendenwirbelsäule und der Rumpfmuskulatur („insbesondere M. transversus abdominis“) durchzuführen. Dies sei aktuell bei deutlicher Adipositas erschwert und solle längerfristig im Fokus stehen (act. 142, Seite 15).

**4.4.2** Der Psychiater Dr. D. \_\_\_\_\_ stellte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die anamnestische rezidivierende depressive Episode, zurzeit remittiert, und die anamnestische anhaltende somatoforme Schmerzstörung wirken sich nach seiner Einschätzung nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus (act. 142, Seite 19).

**4.4.3** Der Psychiater Dr. D. \_\_\_\_\_ führte aus, es könne keine gedrückte Stimmung, kein Interessenverlust, keine Freudlosigkeit, keine Verminderung des Antriebs, keine erhöhte Ermüdbarkeit, keine Verminderung der Konzentration und Aufmerksamkeit, kein vermindertes Selbstwertgefühl, keine pessimistische Zukunftsperspektive, keine Suizidgedanken, keine Appetitstörung mit begleitendem Gewichtsverlust, kein Morgentief und keine mangelnde Fähigkeit, sich in ihrer familiären Umgebung zu entspannen, festgestellt werden. Es müsse nun nicht mehr von einer depressiven Symptomatik ausgegangen werden (act. 142, Seite 22).

**4.4.4** Der Psychiater Dr. D. \_\_\_\_\_ führte weiter aus, differentialdiagnostisch müsse die Frage der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung diskutiert werden. Diese Diagnose sei aus mehreren Gründen nicht gesichert. Erstens zeige die Beschwerdeführerin keine affektive Störung, keine psychovegetative Begleitsituation und die psychosoziale Situation sei nicht derart belastend, als dass ein entscheidender ursächlicher Einfluss derselben auf die Schmerzsymptomatik abgeleitet werden könne. Zudem seien

die Angaben bezüglich der Schmerzen nicht konsistent. Die Beschwerdeführerin zeige keine affektive Reaktion auf die Schmerzen. Das Aktivitätsniveau sei im Alltag nicht beeinträchtigt. Die Beschwerdeführerin habe einen grossen Garten und viele Tiere und sei Selbstversorgerin. Es müsse davon ausgegangen werden, dass der Ehemann die anfallenden Aufgaben nicht alleine erledige und sie erheblich mitarbeite. Die Symptomdarstellung sei aber gleichzeitig wenig appellativ. Die Schmerzsymptomatik werde affektiv nicht von Bedrücktheit, Niedergeschlagenheit, Verzweiflung, Apathie oder einer anderen affektiven Reaktion begleitet. Das Selbstbild sei etwas fragil. Es würde sich aber kein Hinweis für Selbstzweifel, Schuldgefühle, einen sozialen Rückzug und eine fehlende Fähigkeit finden, mit Dritten in Kontakt zu bleiben. Die Beschwerdeführerin habe familiäre Kontakte. Ob sie im Heimatort tatsächlich so wenige soziale Kontakte pflege wie angegeben, sei nicht überprüfbar. Sie sei in ihrer weiteren sozialen Umgebung gut integriert. Die Verwandten würden in der Nähe wohnen. Es gebe einige familiäre Konflikte, wie der Alkoholkonsum des Ehemanns. Dabei handle es sich aber um invaliditätsfremde Faktoren. Insgesamt würden keine diagnoserelevanten Befunde vorliegen. Es würden gute persönliche Ressourcen bestehen und der soziale Kontext sei derzeit nicht belastet. Ein ausgewiesener Leidensdruck bestehe nicht. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei mithin nicht gesichert (act. 142, Seite 22).

**4.4.5** Der Psychiater Dr. D. \_\_\_\_\_ führte zudem aus, in den Akten würden sich mehrere psychiatrische Berichte finden, die allesamt über eine mittelgradige depressive Episode berichten würden. 2007 sei die Beschwerdeführerin auch psychiatrisch begutachtet worden. Es sei damals neben der rezidivierenden teilremittierten depressiven Störung eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden. Diese Diagnose könne nun nicht mehr gestützt werden. Damals seien nicht die gleichen Kriterien angewandt worden, um die Diagnose zu begründen. Auffallend sei, dass zwischen 2011 und 2014 keine Berichte vorliegen würden (act. 142, Seite 23).

**4.4.6** In der Konsensbesprechung wurde sodann festgehalten, aus rheumatologischer Sicht könne ein lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom objektiviert werden sowie ein Status nach radikulärer Reiz- und Ausfallsymptomatik der Nervenwurzel L4 links und L5 rechts bei Diskushernie L4/5, die operativ saniert worden sei 2009 / 2010. Die in den Vorgutachten aufgeführten ischialgieformen Beschwerden seien mit grosser Wahrscheinlichkeit bereits damals schon auf die intermittierende und

unter Belastung auftretenden Nervenkompressionen zurückzuführen. Aktuell könne keine radikuläre Reizsymptomatik objektiviert werden. Neben der lumbovertebralen Schmerzsymptomatik, die begünstigt werde durch die muskuläre Haltungsinsuffizienz bei Dekonditionierung der autochthonen Rückenmuskulatur sowie der Rumpfmuskulatur, komme ein deutliches Widespread Pain Syndrom / Fibromyalgie hinzu, das im Gutachten von 2007 noch nicht als solches erkannt worden sei. Es würden insbesondere eine deutliche Symptomschwere und ein Symptomscore mit funktionellen und auch vegetativen Symptomen bestehen. Bei dominant ersichtlicher Symptomschwere mit Leistungsarmut, Erschöpfung und Schlafstörungen sei eine Einflussnahme auf die körperliche Leistungsfähigkeit vorhanden. Aus rein somatischer Sicht sei eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit (sitzend, stehend und gehend) ab Juni 2011 durchführbar (act. 142, Seite 24).

**4.4.7** In der Konsensbesprechung wurde festgehalten, aus psychiatrischer Sicht würden sich keine Befunde finden, die eine psychiatrische Diagnose begründen würden. Weder bestehe eine depressive Episode noch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Berücksichtige man die zumutbare Willensanstrengung, die funktionellen Einschränkungen, die Ressourcen, die Indikatoren sowie die Konsistenz, so könne keine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit postuliert werden. Die Beschwerdeführerin sei vollschichtig arbeitsfähig. Die Prognose sei gut, die Behandlung sei nach wie vor indiziert (vor allem in Anbetracht gewisser invaliditätsfremder psychosozialer Probleme). Der Verlauf der Verbesserung der Symptomatik sei nicht dokumentiert. Die Aktenlage sei diesbezüglich nicht aussagekräftig. Es könne keine gesicherte Angabe gemacht werden, ab wann der vorliegende Befund massgebend gewesen sei (wahrscheinlich und gesichert ab Anfang 2015). Berufliche Massnahmen seien nicht notwendig (act. 142, Seite 24 f.).

**4.4.8** Die Beschwerdeführerin wurde von Dr. E.\_\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_\_ in rheumatologischer und psychiatrischer Hinsicht umfassend abgeklärt. Das Gutachten vom 11. September 2015 beruht auf allseitigen Untersuchungen (act. 142, Seite 11 ff.; act. 142, Seite 16 ff.), berücksichtigt die geklagten Beschwerden (act. 142, Seite 9 ff.; act. 142, Seite 16 ff.) und wurde in Kenntnis der Vorakten wie des polydisziplinären Gutachtens der Medas B.\_\_\_\_\_ vom 19. November 2007 (act. 142, Seite 2 ff.) abgegeben. Die Darlegung der Zusammenhänge und die Beurteilung der Situation sind einleuchtend und vereinbar mit dem Gutachten von 2007. Die fach-

ärztlichen Schlussfolgerungen sind begründet. Der Grad der Arbeitsfähigkeit wurde aufgrund einer Gesamtbeurteilung bestimmt, bei der sämtliche Behinderungen berücksichtigt wurden (act. 142, Seite 24 f.; vgl. Urteil des EVG I 850/02 vom 3. März 2003 E. 6.4.1). Gesamtmedizinisch postulierten Dr. E. \_\_\_\_\_ und Dr. D. \_\_\_\_\_ ab Januar 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer adaptierten, leichten, wechselbelastenden Verweistätigkeit (sitzend, stehend und gehend; act. 142, Seite 15, 25). Damit wurde - aus Sicht des medizinischen Laien nachvollziehbar - einer um 20 % reduzierten Leistungsfähigkeit Rechnung getragen, die Folge der rheumatologisch anerkannten lumbovertebralen und spondylogenen Schmerzsymptomatik sowie des Widespread Pain Syndroms ist, das einer Fibromyalgie gleichkommt. Die Reduktion stellt dabei ein Zugeständnis für einen erhöhten Pausenbedarf und ein verlangsamtes Arbeitstempo dar (act. 142, Seite 15). Das Gutachten von Dr. E. \_\_\_\_\_ und Dr. D. \_\_\_\_\_ entspricht den Kriterien der Rechtsprechung an einen Arztbericht und wurde auch durch die Ärzte des medizinischen Dienstes plausibilisiert (act. 144, 145; BVGer act. 8). Es handelt sich mithin um ein beweiskräftiges Gutachten.

#### 4.5

**4.5.1** Mit Beschwerde vom 11. November 2016 und Replik vom 30. März 2017 führte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen aus, wann und in welcher Art die behauptete (radikale) Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten sei, sei weder aus der angefochtenen Verfügung noch aus den medizinischen Unterlagen ersichtlich. Verschiedene portugiesische Ärzte hätten keine Veränderung des Beschwerdebilds angegeben. Im Bericht des portugiesischen Versicherungsträgers sei ebenfalls ein stabiler Verlauf seit Jahren berichtet worden (act. 100 ff.). Dies würden auch die Berichte der behandelnden Ärzte in der Beilage bestätigen (BVGer act. 1). Vor diesem Hintergrund stehe das bidisziplinäre Gutachten von Rheumatologe und Internist Dr. E. \_\_\_\_\_ und von Psychiater Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 11. September 2015 schief in der Landschaft. Die Gutachter würden lediglich denselben (seit Jahren gleichgebliebenen) Sachverhalt abweichend beurteilen. Eine Auseinandersetzung mit den vorangehenden medizinischen Beurteilungen finde darin nicht statt. Wie „eine so wunderbare Veränderung“ des chronifizierten Krankheitsbilds geschehen könne, werde nicht gesagt (BVGer act. 1). Es müsse sich dabei doch um ein markantes gesundheitliches Ereignis gehandelt haben. Trotzdem finde sich dafür nirgends eine Erklärung. Die Gutachter würden „ganz einfach“ die frühere Diagnose (wie die rezidivierende teilremittierte depressive Störung und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung) in Frage stellen und darüber

hinweggehen, dass bei einer Revision die wesentlichen Veränderungen zu beweisen seien. Abgesehen von ihrer Einschätzung würden alle medizinischen Unterlagen seit elf Jahren eine stabile oder sogar verschlechterte Situation bestätigen. Damit fehle es an einer Basis für die angefochtene Revisionsverfügung (BVGer act. 5).

**4.5.2** Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin weist das interdisziplinäre Gutachten von Dr. E. \_\_\_\_\_ und Dr. D. \_\_\_\_\_ eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands (im Vergleich zum Gutachten der Medas B. \_\_\_\_\_ vom 19. November 2007) in somatischer und psychischer Hinsicht aus. Die Verbesserung besteht einerseits darin, dass sich nach der Operation der Diskushernie L4/5 2009 / 2010 - die nachträglich eine zeitweilige Verschlechterung bewirkte - sowohl auf der linken wie auf der rechten Seite keine Reiz- oder Ausfallsymptomatik mehr zeigte (act. 142, Seite 14). Der Rheumatologe des medizinischen Dienstes beschrieb die Verbesserung nach eingehender Würdigung des Gutachtens als signifikant (act. 144, Seite 3): Sie zeige sich anhand der Symptome, an der fehlenden Notwendigkeit einer Schmerzmedikation mit Opiaten, an den klinischen Befunden und den radiologischen Unterlagen. Die klinische Untersuchung habe (bei einem unauffälligen Gangbild und Reflexstatus; act. 142, Seite 11) keine Anzeichen für eine radikuläre Reizung oder sensomotorische Defizite ergeben. Der betreffende Aktenbericht vom 15. Oktober 2015, der für einen medizinischen Laien nachvollziehbar ist, ist als beweiskräftig zu erachten. Dies gilt ebenso für den rheumatologischen Aktenbericht vom 15. Juni 2016 (act. 162). Anzumerken ist weiter, dass auch die behandelnde Allgemeinärztin Dr. G. \_\_\_\_\_ (2011) nach der Operation der Diskushernie 2009 / 2010 einen verbesserten Befund bezüglich der Schmerzen berichtete (bei einem persistenten, aber rückläufigen sensomotorischen Ausfallssyndrom L5 rechts; act. 47). Andererseits konnte im Gutachten vom 11. September 2015 weder eine depressive Episode noch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bestätigt werden (act. 142, Seite 24), was vom Psychiater des medizinischen Dienstes für plausibel erachtet wurde (act. 145, 164). Mit den beschriebenen therapeutischen (auch fachärztlichen) Bemühungen, die schon 2007 dokumentiert sind, liegt für die Verbesserung des somatischen und psychischen Gesundheitszustands eine nachvollziehbare Ursache vor. Die eingetretene wesentliche Verbesserung wurde denn auch schon 2007 von den Gutachtern der Medas B. \_\_\_\_\_ so erwartet. Die Gutachter beschrieben seinerzeit einen Gesundheitszustand, der noch in erheblichem Umfang besserungsfähig gewesen sei (act. 29, Seite 30 ff.).

**4.5.3** Soweit die psychiatrischen Diagnosen divergieren, ist zu beachten, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte *lege artis* vorgegangen ist. Entsprechend kann die ärztliche Beurteilung abhängig von der Gutachterperson und von den Umständen der Begutachtung eine grosse Varianz aufweisen und trägt deshalb ebenfalls von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge (vgl. Urteile des BGer 9C\_794/2012 vom 4. März 2013 E. 4.2 und 9C\_564/2016 vom 24. November 2016 E. 3.1; BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3). Zudem ist zu berücksichtigen, dass sich der medizinische Behandlungsauftrag und der Abklärungsauftrag unterscheiden. Der behandelnde Psychotherapeut oder Psychiater ist bestrebt, zu verhindern, dass das Vertrauensverhältnis zu seinem Patienten gestört wird, wodurch der Behandlungserfolg erschwert oder gar verunmöglicht würde. Der Arzt als Experte übernimmt demgegenüber (wie Dr. D. \_\_\_\_\_) die Pflicht, den Gesundheitszustand des Exploranden objektiv und unparteilich zu beurteilen (Urteil des BGer I 762/06 vom 26. Juli 2007 E. 3.3).

**4.5.4** Dr. D. \_\_\_\_\_ legte überzeugend dar, weshalb nicht mehr von einer depressiven Episode ausgegangen werden müsse (act. 142, Seite 22 ff.). Er führte diesbezüglich aus, es könne keine gedrückte Stimmung, kein Interessenverlust, keine Freudlosigkeit, keine Verminderung des Antriebs, keine erhöhte Ermüdbarkeit, keine Verminderung der Konzentration und Aufmerksamkeit, kein vermindertes Selbstwertgefühl, keine pessimistische Zukunftsperspektive, keine Suizidgedanken, keine Appetitstörung mit begleitendem Gewichtsverlust, kein Morgentief und keine mangelnde Fähigkeit, sich in ihrer familiären Umgebung zu entspannen, festgestellt werden, weshalb nun nicht mehr von einer depressiven Symptomatik ausgegangen werden müsse (act. 142, Seite 22). Dies ist vereinbar mit dem von Dr. D. \_\_\_\_\_ erhobenen Befund, den er wie folgt beschreibt: Die Beschwerdeführerin erschien demnach pünktlich und sauber gekleidet zur Untersuchung. Sie war freundlich und kooperativ. Während der Untersuchung zeigte sie eine unauffällige Gestik und Mimik. Der Blickkontakt und die Gestik waren klar und lebhaft. Sie war allseits orientiert. Die mnestischen Funktionen waren bei grober Prüfung unauffällig. Der Gedankengang war kohärent. Es fanden sich kein Gedankenabreissen oder Gedankendrängen, keine Halluzinationen, Wahn- oder Zwangsvorstellungen und keine Derealisations- oder Depersonalisationssymptome. Die Beschwerdeführerin war in ihrer Affektivität schwingungsfähig. Sie begann zu weinen, als sie

über ihre Situation in Portugal, die Arbeitslosigkeit des Ehemanns und seinen Alkoholkonsum berichtete. Dann aber konnte sie sich wieder erholen und hatte eine ausgeglichene, gute Stimmung. Der Blickkontakt war gut und der Antrieb war gegeben. Es fanden sich keine durchgehende Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Interessenlosigkeit, Apathie oder Anhedonie (act. 142, Seite 19). Die Remission der depressiven Symptomatik ist aufgrund dieser Ausführungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Zu würdigen ist wiederum, dass die Beschwerdeführerin die „offensichtlich wirksame“ psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung nach der Begutachtung durch die Medas B. \_\_\_\_\_ 2007 (neben weiteren therapeutischen Massnahmen) seriös weiterverfolgt hat. Die beschriebene Behandlung liess gemäss der gutachterlichen Einschätzung der Medas B. \_\_\_\_\_ von 2007 eine erhebliche Verbesserung des Leistungsvermögens erwarten (von 30 auf 80 % in einer adaptierten Tätigkeit im Laufe von sechs bis neun Monaten; act. 29, Seite 35), was aus Sicht des medizinischen Laien nachvollziehbar ist. Dr. D. \_\_\_\_\_ liess hingegen offen, ob ein eigentlicher Behandlungserfolg oder eine spontane Remission eintrat (act. 142, Seite 22).

**4.5.5** Der Psychiater Dr. D. \_\_\_\_\_ diskutierte „differentialdiagnostisch“ ausführlich die Frage der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Er begründete seine Ansicht einlässlich. Im Ergebnis verwarf er diese (anamnestische) Diagnose, was in Anbetracht der vorerwähnten Befunde nachvollziehbar ist (act. 142, Seite 22 ff.; vgl. Erwägung 4.4.4). So konnte Dr. D. \_\_\_\_\_ im Rahmen der Untersuchung gestisch und mimisch keinen andauernden, schweren und quälenden Schmerz beobachten, wie er in ICD-10 F45.4 für die Diagnose einer somatoforme Schmerzstörung vorausgesetzt ist (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1.1). Erst gegen Schluss der zweistündigen Untersuchung stand die Beschwerdeführerin auf und stützte sich auf die Lehne des Stuhls ab (act. 142, Seite 19). Die Angaben der Beschwerdeführerin zu den Schmerzen und deren Intensität wirkten auf Dr. D. \_\_\_\_\_ im Vergleich zu ihrer affektiven und psychovegetativen Reaktion nicht konsistent (act. 142, Seite 19). Er beschrieb die Einstufung der Schmerzintensität als „appellativ-katastrophisierend“ und „völlig unnachvollziehbar“ und führte aus, in Anbetracht der äusseren Erscheinung und der Symptommfreiheit während der Untersuchung sowie der affektiven Ausgeglichenheit sei das Aktivitätsniveau in verschiedenen Lebensbereichen mit Sicherheit weit höher als angegeben (act. 142, Seite 23). Er verwies diesbezüglich zu Recht auf die erhaltenen sozialen Kontakte und sinngemäss auf den Tagesablauf, den er wie folgt beschrieb: Die Beschwerdeführerin stehe um sieben Uhr auf gehe um 22.30 zu Bett. Eine warme Mahlzeit

nehme sie meistens ein. Entweder koche sie oder der Ehemann. Am Vormittag mache sie dreimal in der Woche Wassergymnastik, dann habe sie häufig Arzttermine. Ansonsten kümmere sie sich mit dem Ehemann zusammen um den Haushalt und mache Spaziergänge. Sie habe viele Tiere, die sie besorgen müsse. Am Nachmittag sei sie zuhause und liege oder sitze. Mehr mache sie nicht. Abends gehe sie manchmal die Mutter besuchen oder lese. Sie schaue selten fern. An den Wochenenden gehe sie im Sommer vielleicht an den Strand oder mache mit dem Ehemann zusammen kleinere Ausflüge. Lange Reisen könne sie nicht machen, weil sie Schmerzen im Rücken habe und Stützstrümpfe tragen müsse (act. 142, Seite 17).

**4.5.6** Demnach übernimmt die Beschwerdeführerin trotz der anerkannten rheumatologischen Schmerz- und Fibromyalgie-Symptomatik gewisse Aufgaben im Haushalt und bei der Versorgung der Tiere, was die gutachterliche Befürwortung einer adaptierten Arbeitsfähigkeit von 80 % bestätigt. Beachtlich ist hier weiter, dass die IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ mit rechtskräftiger Verfügung vom 23. November 2011 einen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung verneinte, nachdem die Abklärung an ihrem damaligen Wohnort (...) keine massgebliche Einschränkung ergeben hatte (act. 51; vgl. den Abklärungsbericht in act. 50). Zudem betreibt die Beschwerdeführerin regelmässig Wassergymnastik, nimmt Arzttermine wahr und gestaltet ihre Freizeit mit Ausflügen, Spaziergängen und sozialen Aktivitäten, was nicht auf eine alles beherrschende Schmerzfokussierung und eine erhaltene Beweglichkeit schliessen lässt. Die beschriebenen Aktivitäten im Rahmen eines relativ strukturierten Tagesablaufs sind nicht mit der Angabe von Schmerzen in sehr grosser Intensität (8 bis 9 auf der VAS-Skala von 1 bis 10) vereinbar (act. 142, Seite 22). Aufgrund der Lebensführung fällt eine schwere Ausprägung der (anamnestischen) anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausser Betracht (vgl. Urteil des BGer 9C\_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.1).

**4.5.7** Der Rheumatologe Dr. E. \_\_\_\_\_ diagnostizierte ein deutliches Widespread pain Syndrom, das einer Fibromyalgie gleichkommt (act. 142, Seite 15, 24). Diese Diagnose weist zahlreiche mit den somatoformen Schmerzstörungen gemeinsame Aspekte auf, sodass die von der Rechtsprechung im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters einer Fibromyalgie analog anzuwenden sind (vgl. BGE 132 V 65 E. 4). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend somatoforme Schmerzstörungen und ähnliche ätiologisch-pathogenetisch unklare syndromale Leidenszustände (vgl. hierzu Urteil des BGer 8C\_689/2014 vom 19. Januar 2015 E.

2.1 mit Hinweisen auf BGE 136 V 279 E. 3, BGE 130 V 352 E. 2.2.2 und 2.2.3, BGE 132 V 65, BGE 131 V 49 und BGE 130 V 396; BGE 139 V 547 E. 9; BGE 137 V 64 E. 4.1) hat durch BGE 141 V 281 eine Praxisänderung erfahren. Die beweisrechtliche Würdigung bei solchen Beschwerdebildern soll demnach in zwei Stufen erfolgen (BGE 141 V 281 E. 4.1.3). In einer ersten Stufe soll der funktionelle Schweregrad der Beschwerden bestimmt werden; dazu sind insbesondere die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, der Behandlungs- und Eingliederungserfolg (oder aber -resistenz) und Komorbiditäten zu bestimmen. Im Gegensatz zur früheren Praxis des Bundesgerichts werden hier aber auch mobilisierbare Ressourcen zur Beschwerdekompensation, in Form der Persönlichkeitsstruktur und des sozialen Kontexts, berücksichtigt (BGE 141 V 281 E. 4.3.2, E. 4.3.3). In einem zweiten Schritt ist dann eine Konsistenzprüfung zu bestehen. Wesentlich ist dabei zu berücksichtigen, ob die geltend gemachte Einschränkung gleichmässig in allen vergleichbaren Lebensbereichen auftritt und in welchem Ausmass Behandlungsoptionen wahrgenommen bzw. vernachlässigt werden, ob also ein entsprechender Leidensdruck manifestiert wird (BGE 141 V 281 E. 4.4.1, E. 4.4.2).

**4.5.8** Der Sinn dieses – die Schmerzrechtsprechung gemäss BGE 130 V 352 ablösenden – Urteils liegt darin, die Festlegung der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) als Gegenstand eines (strukturierten) Beweisverfahrens unter Heranziehung der rechtlich formulierten Beweisthemen (im Urteil "Komplexe", "Indikatoren" genannt; BGE 141 V 281 E. 4.1.2 und 4.1.3) und nicht mehr als qualifizierender Wertungsentscheid gemäss der früheren Überwindbarkeitsvermutung zu verstehen (BGE 141 V 281 E. 3.6). Das Urteil verlangt aber einen Beweis auf objektiver Beurteilungsgrundlage, weil nur ein solcher den Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 ATSG zu genügen vermag (BGE 141 V 281 E. 3.7.1). Das heisst, dass allein die ärztliche Arbeitsunfähigkeitsschätzung diesen Beweis nicht erbringen kann, weil sie vom Ermessen des psychiatrischen Sachverständigen abhängt (fehlende Reliabilität in der ärztlichen Folgenabschätzung; vgl. BGE 141 V 281 E. 5.1 und 5.2). Vielmehr kann nach BGE 141 V 281 der Beweis für eine langdauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, also funktionelle Einschränkungen und / oder Verlust psychischer Ressourcen, nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen, im Rahmen einer umfassenden Betrachtung (allseitige Beweiswürdigung), ein stimmiges Gesamtbild für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeichnet (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über

die materielle Beweislast (Verteilung der Folgen der Beweislosigkeit) zu lasten der rentenansprechenden Person auswirkt, welche aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt ein Recht (den Anspruch auf Invalidenrente) ableiten wollte (BGE 141 V 281 E. 6 in fine).

**4.5.9** Das bidisziplinäre Gutachten von Dr. E. \_\_\_\_\_ und Dr. D. \_\_\_\_\_ zeigt kein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung der Beschwerdeführerin in allen Lebensbereichen. Dies ist jedoch bei Leiden erforderlich, die als solche nicht objektivierbar sind. Indem bei der Beschwerdeführerin der soziale Kontext objektiv und subjektiv geordnet ist und relevante Ressourcen vorhanden sind, ist von einem weitgehend intakten persönlichen, familiären und sozialen Leben auszugehen. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdeführerin durch den Gesundheitsschaden eine höhere Leistungseinbusse als die zugestandenen 20 % erleiden würde (vgl. Urteil des BGer 9C\_190/2017 vom 12. April 2017 E. 4). Als belastende Faktoren sind immerhin die Arbeitslosigkeit des Ehemanns und dessen Alkoholkonsum aktenkundig. Trotzdem scheint die Beschwerdeführerin in der Ehe nicht unglücklich zu sein (vgl. act. 142, Seite 18: „Er schlage sie nicht, sei nett mit ihr“). Der Kontakt zu den beiden Kindern wurde als gut, der Kontakt zu den Eltern und den Geschwistern als tragfähig beschrieben (act. 142, Seite 23). Der funktionelle Schweregrad einer Störung beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen schmerzbedingt beeinträchtigt ist. Der Psychiater Dr. D. \_\_\_\_\_ verneinte mit einer nachvollziehbaren Begründung und unter Bezugnahme auf die erhaltenen sozialen Kontakte und das relativ strukturierte Alltagsleben einen erheblichen funktionellen Schweregrad der Schmerzsymptomatik. Er berücksichtigte die zumutbare Willensanstrengung, die funktionellen Einschränkungen, die Ressourcen und die Indikatoren und verneinte die Konsistenz der Angaben der Beschwerdeführerin bezüglich ihrer Schmerzen. Einen durchgehenden Leidensdruck konnte er in der Untersuchung nicht feststellen. Bezüglich der Ressourcen verwies er zutreffenderweise darauf hin, dass die Beschwerdeführerin (zusammen mit dem Ehemann) einen Haushalt mit Garten meistert, in dem Gemüse, Kartoffeln und Mais angebaut und verschiedene Tiere gehalten werden (act. 124, Seite 22 ff.). Da sich die Diagnosen Fibromyalgie (ICD-10 M79.7) und somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) vergleichbar charakterisieren (vgl. Urteil des BGer 9C\_688/2016 vom 16. Februar 2017 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 132 V 65 E. 4.1 S. 70), beansprucht die psychiatrische Einschätzung zum funktionellen Schweregrad der Schmerzsymptomatik auch für die rheumatologische Diagnose Widespread Pain Syndrom

/ Fibromyalgie Geltung. Angesichts des insgesamt geringen funktionellen Schweregrads der erhobenen Befunde kann nicht davon ausgegangen werden, dass die aus dem Gesundheitsschaden resultierenden funktionellen Einschränkungen zu einer höheren Arbeitsunfähigkeit als den zugestandenen 20 % führen (act. 142, Seite 23).

**4.5.10** Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten sodann mit Vorbehalt zu würdigen. Gemäss diesem Grundsatz, der sowohl für den allgemein praktizierenden Hausarzt als auch den behandelnden Spezialarzt gilt, ist im vorliegenden Fall auf die gutachterliche Einschätzung abzustellen. Die weiteren Arztberichte, auf die sich die Beschwerdeführerin beruft, reichen allesamt nicht an die Aussagekraft der aktenkundigen Gutachten heran und sind zumeist nur rudimentär begründet. Sie können daher nicht als massgeblich erachtet werden. Einen stabilen Verlauf seit Jahren vermögen sie nicht auszuweisen. Auch im (etwas ausführlicheren) Bericht von Dr. F. \_\_\_\_\_ (Innere Medizin und Rheumatologie) vom 22. April 2016 werden keine Umstände genannt, die zu einer anderen Beurteilung führen würden (BVGer act. 1, Beilage). Die erwähnten Beschwerden wurden im Gutachten vom 11. September 2015 berücksichtigt. Bezüglich der Auswirkung der Schmerzsymptomatik auf das Leistungsvermögen ist die gutachterliche Einschätzung vorzuziehen. Zudem hat der Rheumatologe des medizinischen Dienstes den Bericht von Dr. F. \_\_\_\_\_ und die weiteren beigebrachten Arztberichte ausführlich und aus Sicht des medizinischen Laien nachvollziehbar gewürdigt. Im Ergebnis blieb er bei seiner bisherigen Beurteilung. Anlass für weitere Abklärungen sah er nicht. Die betreffende Stellungnahme vom 29. Dezember 2016, die aufgrund einer Vorbegutachtung erstattet wurde, ist als beweiswertig zu erachten (BVGer act. 8, Beilage).

**4.5.11** Da Dr. F. \_\_\_\_\_ eine extreme Adipositas bei BMI 46.1 erwähnt (BVGer act. 1, Beilage), ist Folgendes anzumerken: Rechtsprechungsgemäss bewirkt eine Adipositas grundsätzlich keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität, wenn sie nicht körperliche oder geistige Schäden verursacht und nicht die Folge von solchen Schäden ist. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, muss sie unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles dennoch als invalidisierend betrachtet werden, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit bzw. der Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich zur

Folge hat (Urteil des BGer 8C\_663/2017 vom 12. Dezember 2017 E. 3.2). Aufgrund der Akten ist keiner dieser Tatbestände gegeben. Insbesondere bestehen keine stichhaltigen Anhaltspunkte, dass die Adipositas bei der Beschwerdeführerin Folge einer gesundheitlichen Beeinträchtigung oder einer therapeutischen Behandlung nicht zugänglich ist (vgl. Urteil des BGer 9C\_385/2014 vom 24. Oktober 2014 E. 4.3). Gemäss dem interdisziplinären Gutachten vom 11. September 2015 beträgt der Bodymassindex bei einer Grösse von 159 cm und einem Gewicht von 103.8 kg 41 (act. 142, Seite 11). Die rheumatologisch empfohlene Gewichtsreduktion um 30 kg ist der Beschwerdeführerin vor dem Hintergrund der Schadenminderungspflicht zumutbar (act. 142, Seite 15). Dies gilt auch für die weiteren empfohlenen medizinischen Massnahmen. Soweit Leistungseinschränkungen wegen der Adipositas bestehen, hätten diese unberücksichtigt zu bleiben.

**4.5.12** Das Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_\_ erweist sich hinsichtlich der entscheidenden Fragen als schlüssig und überzeugend. Das Gutachten genügt den geltenden Anforderungen an einen beweiskräftigen Arztbericht, weshalb darauf abzustellen ist. In diesem Sinne hat sich denn auch der medizinische Dienst der Vorinstanz geäussert (act. 144 f.; act. 162, 164; BVGer act. 8, Beilage). Die mit den Rügen vorgebrachten Gesichtspunkte erweisen sich allesamt nicht als stichhaltig. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin liegen keine konkreten Indizien vor, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Die Vorinstanz hat den medizinischen Sachverhalt zutreffend gewürdigt. Weitere Abklärungen, wie sie von der Beschwerdeführerin gefordert werden, erübrigen sich. Wenn die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen - wie im vorliegenden Fall - bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung führen, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist in antizipierter Beweiswürdigung auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (vgl. UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz. 450; FRITZ GYGI, a.a.O., S. 274; vgl. auch BGE 122 II 464 E. 4a, BGE 122 III 219 E. 3c, BGE 120 1b 224 E. 2b, BGE 119 V 335 E. 3c mit Hinweisen).

## **4.6**

**4.6.1** Nach der Rechtsprechung gilt im Gebiet der Invalidenversicherung ganz allgemein der Grundsatz, dass die versicherte Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern. Es ist primär Sache des Einzelnen,

sich um eine angemessene Eingliederung zu bemühen. Kann eine versicherte Person ihre erwerbliche Beeinträchtigung in zumutbarer Weise selber beheben, so besteht gar keine Invalidität, womit es an der unabdingbaren Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Invalidenversicherung fehlt. Die Selbsteingliederung als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht geht dem Rentenanspruch vor (BGE 113 V 22 E. 4a; AHI 2001 S. 282 E. 5a aa; RKUV 1987 U 26 S. 391). Seit dem 1. Januar 2008 ist die Schadenminderungspflicht in der IV ausdrücklich im Gesetz verankert. Art. 7 Abs. 1 IVG schreibt vor, dass die versicherte Person alles ihr Zumutbare unternehmen muss, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt der Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern. Die Beschwerdeführerin hat im Zeitpunkt der Rentenaufhebung am 18. Oktober 2016 weder das 55. Altersjahr zurückgelegt noch die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen, sodass nach ständiger Rechtsprechung die medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist (vgl. Urteile des BGer 9C\_508/2016 vom 21. November 2016 E. 6.1; 8C\_19/2016 vom 4. April 2016 E. 5.1; BGE 141 V 5).

**4.6.2** Im Bereich der Invalidenversicherung gilt die Fiktion des ausgeglichenen Arbeitsmarkts. Dabei handelt es sich um einen theoretischen und abstrakten Begriff, der dazu dient, den Leistungsanspruch der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Der Begriff umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Stellenangebot und der Nachfrage. Andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten offenhält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre verbleibende Erwerbsfähigkeit zu verwerten. Für die Bemessung der Invalidität ist nicht darauf abzustellen, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (vgl. BGE 110 V 276 E. 4b; ZAK 1991 Seite 320 E. 3b und AHI 1998 S. 291 E. 2b). An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind mithin keine übermässigen Anforderungen zu stellen (vgl. dazu im Einzelnen SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, 9C\_830/2007 E. 5.1).

**4.6.3** Unter der Bedingung eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes ist die Vorinstanz zu Recht davon ausgegangen, dass sich die Beschwerdeführerin trotz im rheumatologischen Gutachten erläuterten Einschränkung beruflich betätigen könnte und ihr dabei genügend adaptierte Möglichkeiten zur Erzielung eines anrechenbaren Invalideneinkommens offenstehen. Als mögliche Beschäftigungen nannte der medizinische Dienst Tätigkeiten wie Verkauf auf dem Korrespondenzweg, Reparatur von Kleingeräten, Billetverkäuferin, Empfang, Telefonistin, Datenerfassung (act. 144 f.). Das Alter der (...) 1970 geborenen Beschwerdeführerin von 45 Jahren (im Zeitpunkt der Begutachtung 2015; vgl. BGE 138 V 457 E. 3.3) spricht nicht gegen die wirtschaftliche Verwertbarkeit des verbliebenen Leistungsvermögens. Ebenso schliesst die Abwesenheit vom Arbeitsmarkt seit 2006 die Wiederaufnahme einer adaptierten Erwerbstätigkeit nicht aus.

**4.6.4** Die Vorinstanz hat im Rahmen des Einkommensvergleichs (act. 146) eine Erwerbseinbusse von 21 % ermittelt. Dabei bestimmte sie den Validenlohn nicht auf der Grundlage des tatsächlichen Jahresverdiensts (...) 2005 von Fr. 48'292.55 (act. 146), sondern aufgrund der statistischen Daten des BFS (Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2012, TA1, Lohn einer Arbeitnehmerin mit Kompetenzniveau 1 in der Branche der sonstigen persönlichen Dienstleistungen). Dieses Vorgehen wirkt sich - auch wenn es im vorliegenden Fall letztlich folgenlos ist - zum Nachteil der Beschwerdeführerin aus: Das Valideneinkommen von monatlich Fr. 3'781.48 (jährlich rund Fr. 45'378.-) ist (spürbar) tiefer als der tatsächliche Verdienst als Betriebsmitarbeiterin, also in jener Tätigkeit, die im Gesundheitsfall vermutlich fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325 f.). Das Vorgehen der Vorinstanz, das gewählt wurde, um angeblich eine „Verzerrung des Einkommensbetrags durch die Indexierung auf lange Dauer zu vermeiden“, ist deshalb unzulässig.

**4.6.5** Was die Ermittlung des Valideneinkommens anbelangt, ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. In der Regel ist am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst anzuknüpfen, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224). Ist ein konkreter Lohn nicht eruiierbar, war die versicherte Person bei Eintritt des Gesundheitsschadens ar-

beitslos oder hätte sie ihre bisherige Stelle in der Zeit bis zum Rentenbeginn ohnehin verloren, so können die Zahlen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik (LSE) herangezogen werden (vgl. Urteil des BGer 8C\_382/2017 vom 25. August 2017 E. 2.3.1 mit Hinweis auf Urteil 9C\_501/2013 vom 28. November 2013 E. 4.2). Ein solcher Tatbestand ist im vorliegenden Fall nicht gegeben, weshalb die allgemeine Regel Geltung beansprucht.

**4.6.6** Indessen steht zweifelsfrei fest, dass auch ausgehend vom Jahresverdienst (...) 2005 von Fr. 48'292.55 keine Einkommenseinbusse resultiert, die die minimale Schwelle zum Rentenanspruch von 40 % (gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG) überschreiten würde. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis 2015 (Zeitpunkt, ab dem das wiedererlangte Leistungsvermögen gesichert ist) beträgt das Valideneinkommen (als Betriebsmitarbeiterin) Fr. 54'364.55. Das Invalideneinkommen bemisst sich ausgehend von der Lohnstrukturerhebung 2014 (TA1, Sektor 3 Dienstleistungen, Kompetenzniveau 1, Frauen, Fr. 4'203.- im Monat, unter Berücksichtigung von 41.7 Wochenstunden und der Nominallohnentwicklung bis 2015) aufgrund des Ausgangsbetrags von Fr. 52'835.25. Durch den angemessenen leidensbedingten Abzug von 10 % ergibt sich eine Ermässigung auf Fr. 47'551.75 (vgl. diesbezüglich die zutreffende Begründung der Vorinstanz in act. 146). Bei einer vollschichtig verwertbaren Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer adaptierten Tätigkeit wäre demnach 2015 ein Jahreslohn von Fr. 38'041.40 zu erwarten gewesen (act. 142, Seite 15). Die Differenz zwischen dem Validen- und dem Invalidenlohn beträgt Fr. 16'323.15. Bei dieser Berechnung beträgt der Invaliditätsgrad somit 30 %. Nach dem Gesagten hat die Vorinstanz der Beschwerdeführerin die ganze Rente zu Recht entzogen.

## 5.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz mit der angefochtenen Verfügung vom 18. Oktober 2016 die ganze Invalidenrente der Beschwerdeführerin zu Recht aufgehoben hat. Die revisionsweise Rentenaufhebung mit Wirkung ab 1. Dezember 2016 ist nicht zu beanstanden. Demzufolge ist die Beschwerde abzuweisen.

## 6.

**6.1** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Re-

gel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die auf Fr. 800.– festzusetzenden Verfahrenskosten der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der einbezahlte Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

**6.2** Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.– werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– wird zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet.

**3.**

Es werden keine Parteientschädigungen 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.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

David Weiss

Lukas Schobinger

### **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 die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: