



**Fall-Nr.:** UV 2018/38  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 30.08.2023  
**Entscheiddatum:** 10.08.2023

### **Entscheid Versicherungsgericht, 10.08.2023**

**Art. 17 Abs. 1 ATSG. Revision einer Invalidenrente. Bejahung einer gesundheitlichen Verbesserung mit Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit. Die Einstellung der Rente erfolgte zu Recht. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. August 2023, UV 2018/38). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_594/2023**

#### **Entscheid vom 10. August 2023**

Besetzung

Präsidentin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichterin Mirjam Angehrn und Versicherungsrichter Michael Rutz; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi

Geschäftsnr.

UV 2018/38

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt Mag. iur. Michael Gehring, Lindtlaw Anwaltskanzlei,  
Hauptstrasse 39, 8280 Kreuzlingen,

gegen



**Baloise Versicherung AG**, Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel,

**Beschwerdegegnerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Oskar Müller, Steinhauserstrasse 51, Postfach 7552, 6302 Zug,

Gegenstand

**Invalidenrente (Revision)**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) war seit Juni 1990 bei der B.\_\_\_\_ als Psychiatriepflegekraft angestellt und dadurch bei der Basler Versicherung AG (nachfolgend: Basler) gegen die Folgen von Unfällen versichert (UV-act. 1/1). Am 14. Juni 1991 zog sie sich bei der Blutentnahme bei einem suchtkranken Patienten, bei welchem zu diesem Zeitpunkt eine chronische Hepatitis-C-Virus-Infektion bestanden hatte, eine Nadelstichverletzung zu. Bei diesem Ereignis wurde sie mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert, was erstmals im Oktober 1995 diagnostiziert wurde (UV-act. 2/30). Die Infektion nahm einen chronischen Verlauf mit anhaltenden Beschwerden (unter anderem mit einer ausgeprägten Müdigkeit und raschen Erschöpfbarkeit; UV-act. 2/30, 2/49, 2/94). Therapieversuche mit Interferon und Ribavirin in den Jahren 1996 und 1998 blieben erfolglos (UV-act. 2/51, 2/84, 2/101, 2/110, 2/217).

**A.b.** Ab dem 1. Januar 1997 sprach die Basler der Versicherten eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 70 % (UV-act. 4/17), ab dem 29. Dezember 1998 eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 45 % und ab dem 1. Januar 2004 eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 41 % zu (UV-act. 4/31). Die Unfallversicherung stützte sich bei ihren Rentenverfügungen auf die von der Eidgenössischen Invalidenversicherung in deren Verfügungen berechneten Invaliditätsgrade (UV-act. 6, act. G 68.1 Doc no 38, 76), welche ihrerseits bezüglich des Gesundheitszustands resp. der Erwerbsfähigkeit der Versicherten bei der



## St.Galler Gerichte

Rentenrevision im Jahr 2004 insbesondere auf die ärztlichen Untersuchungen/ Beurteilungen vom 14. Januar 2004 von Dr. med. C.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin, und Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, abstellte (UV-act. 7, act. G 68.1 Doc no 68).

**A.c.** Im Herbst 2015 erteilte die Basler Kostengutsprache für eine medikamentöse Therapie zur Behandlung der Hepatitis-C-Erkrankung (UV-act. 1/73, 2/110, 2/112). Die zwölfwöchige Harvoni-Therapie fand von November 2015 bis Februar 2016 statt (UV-act. 2/118). Mit Bericht vom 26. September 2016 führte der behandelnde med. pract. E.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und internistische Onkologie, aus, dass in der Verlaufskontrolle 14 Wochen nach Beendigung der Behandlung weiterhin eine nicht nachweisbare Viruslast habe festgestellt werden können, so dass eine Ausheilung der Hepatitis C anzunehmen sei (UV-act. 2/117). Mit Aktenbeurteilung vom 16. November 2016 hielt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt SGV, fest, dass das Hepatitis-C-Virus nachweislich erfolgreich aus dem Körper eliminiert worden sei. Es sei keine Viruslast mehr nachweisbar. Bezüglich Leber bestehe keinerlei Funktionseinschränkung. Die Versicherte sei bis an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit von der Hepatitis C geheilt worden. Demzufolge sei eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mit erheblicher Auswirkung auf die dauerhafte Arbeitsfähigkeit eingetreten. Aus medizinischer Sicht bestehe von Seiten der Leber keine Arbeitsunfähigkeit mehr für die zuletzt ausgeübte oder eine vergleichbare Verweistätigkeit. Aus dem Therapieerfolg könne auch geschlossen werden, dass weder eine erhebliche noch eine dauerhafte Schädigung der körperlichen Integrität vorliege (UV-act. 2/118).

**A.d.** Am 28. Februar 2017 verfügte die Basler die revisionsweise Renteneinstellung ab 1. Juni 2017 (UV-act. 4/55).

**A.e.** Am 10. März 2017 führte med. pract. E.\_\_\_\_ in Erwiderung auf die Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ aus, dass in der Tat von einer anhaltenden Virussuppression auszugehen sei. Ob dies einer kompletten Viruseliminierung und Ausheilung der Erkrankung entspreche sei medizinisch aber nicht belegt. Die Versicherte habe über Jahrzehnte mit der Erkrankung und den damit einhergehenden physischen und psychischen Belastungen



und Einschränkungen leben müssen. Diese seien nach abgeschlossener erfolgreicher Behandlung nicht verschwunden und würden die Versicherte psychisch weiter belasten. Als Folge der Vorbehandlungen leide sie an einem chronischen Erschöpfungssyndrom (Fatigue-Syndrom) mit depressiven Phasen, welches die physische und psychische Belastbarkeit nachhaltig beeinträchtigt. Die Versicherte sei in ihrer Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtigt. Trotz Virussuppression bestehe weiterhin ein erhöhtes Leberkrebsrisiko mit dadurch verbundenen erheblichen psychischen Belastungen (UV-act. 2/118).

### **B.**

**B.a.** Gegen die Verfügung vom 28. Februar 2017 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Michael Gehring, St. Gallen, am 31. März 2017 Einsprache. Die Verfügung vom 28. Februar 2017 sei aufzuheben und der Versicherten weiterhin eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 41 % wie bislang auszubezahlen. Eventualiter sei die Verfügung vom 28. Februar 2017 aufzuheben und es sei für weitere Abklärungen der gesundheitlichen Situation der Versicherten ein detailliertes medizinisches Sachverständigengutachten eines unabhängigen Experten unter Einbezug sämtlicher gesundheitsrelevanter Aspekte und unter Einbezug der persönlichen Situation der Versicherten zu veranlassen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (UV-act. 4/57).

**B.b.** In der Folge veranlasste die Basler zwei Gutachten in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin und Psychiatrie (UV-act. 3/29). Dr. F.\_\_\_\_ hielt mit versicherungsmedizinischer Stellungnahme/Aktengutachten vom 29. November 2017 fest, dass gestützt auf die medizinischen Akten resp. die darin festgehaltenen Laborwerte feststehe, dass die Versicherte in einem Zeitraum vor dem 17. Oktober 1994 mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert worden sei. Die chronische Hepatitis-C-Virusinfektion mit intermittierenden Serum-Transaminasen-Erhöhungen resp. entzündlicher Aktivität in der Leber habe bis maximal zum Ende der erfolgreichen Harvoni-Hepatitis-C-Eliminationstherapie im Februar 2016 bestanden. Das infektiöse Agens, das durch seine biologische Aktivität Probleme verursacht habe, sei erfolgreich aus dem Körper der Versicherten eliminiert worden. Seitdem gebe es keine unfallkausalen Befunde mehr. Der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich seit



dem Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 14. Januar 2004 somit nachhaltig verbessert. Die Diagnose laute neu wie folgt: Status nach chronisch-replikativer Hepatitis C Genotyp 1a/b mit Status nach Therapie mit Sofosbuvir/Ledipasvir (Harvoni) November 2015 bis Februar 2016 mit Erreichen der Sustained Virological Response (SVR 24). Hinsichtlich der ursprünglichen Tätigkeit als Psychiatriepflegekraft sei die Versicherte aus internistisch-gastroenterologischer Sicht nach gelungener Hepatitis-C-Eliminationstherapie voll arbeitsfähig (UV-act. 3/26). Dr. med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt mit versicherungspsychiatrischer Stellungnahme vom 22. Februar 2018 fest, dass sich die psychiatrischen Diagnosen/Befunde seit dem Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 14. Januar 2004 verändert hätten. Die weiterhin geklagten Beschwerden der Versicherten seien weder ganz noch teilweise auf das Ereignis vom 14. Juni 1991 zurückzuführen (UV-act. 3/29).

**B.c.** Mit Entscheid vom 27. April 2018 wies die Basler die Einsprache ab (UV-act. 4/58).

**C.**

**C.a.** Gegen den Einspracheentscheid vom 27. April 2018 erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Gehring, am 18. Mai 2018 Beschwerde (act. G 1). Der Rechtsvertreter beantragte, die Verfügung vom 28. Februar 2017 sowie der Einspracheentscheid vom 27. April 2018 seien aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin weiterhin eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 41 % wie bislang auszubezahlen. Eventualiter seien die Verfügung vom 28. Februar 2017 sowie der Einspracheentscheid vom 27. April 2018 aufzuheben und es sei durch einen unabhängigen Experten unter Einbezug sämtlicher gesundheitsrelevanter physischer und psychischer Aspekte und unter Einbezug der persönlichen Situation der Beschwerdeführerin ein detailliertes medizinisches und psychiatrisches Sachverständigengutachten erstellen zu lassen und daraufhin neu über den Fortbestand des UVG-Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin zu entscheiden. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MwSt.) zulasten der Basler (nachfolgend: Beschwerdegegnerin). In prozessualer Hinsicht beantragte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, es sei dieser für das Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Rechtsverteidigung zu gewähren. Das Verfahren sei im Weiteren zu sistieren, bis das Bundesverwaltungsgericht im parallelen Beschwerdeverfahren



## St.Galler Gerichte

betreffend Invalidenversicherung (Geschäfts-Nr. C-6130/2017) rechtskräftig entschieden habe (act. G 1).

**C.b.** Dem Sistierungsantrag der Beschwerdeführerin wurde mit Schreiben vom 20. Juni 2018 des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen entsprochen (act. G 2 f.).

**C.c.** Am 7. Juli 2020 erging der Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts. Dieses hiess die Beschwerde in dem Sinne teilweise gut, als die Verfügung vom 3. Oktober 2017 der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA) aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wurde, damit diese die erforderlichen zusätzlichen Abklärungen und Beurteilungen im Sinne der E. 9 vornehme und anschliessend neu verfüge (Abteilung III, C-6130/2017).

**C.d.** Mit Eingabe vom 8. Februar 2021 beantragte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin die Aufhebung der Sistierung (act. G 19). Dem schloss sich die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt Oskar Müller, Zug, mit Eingabe vom 19. Februar 2021 an (act. G 21). Mit Schreiben vom 23. Februar 2021 hob das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die Sistierung auf und setzte der Beschwerdeführerin Frist für eine allfällige Beschwerdeergänzung (act. G 22).

**C.e.** Mit Schreiben vom 18. März 2021 wurde dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung durch Rechtsanwalt Gehring entsprochen (act. G 27).

**C.f.** Am 16. April 2021 reichte die Beschwerdeführerin eine Beschwerdeergänzung ein (act. G 29).

**C.g.** In ihrer Beschwerdeantwort vom 20. September 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin in Bestätigung des Einspracheentscheids vom 27. April 2018 die Abweisung der Beschwerde (act. G 37).

**C.h.** In der Replik vom 4. Februar 2022 und der Duplik vom 10. Juni 2022 hielten die Parteien vollumfänglich an ihren Anträgen und den Begründungen dazu fest (act. G 46, 59).



## St.Galler Gerichte

**C.i.** Am 10. Oktober 2022 leitete Rechtsanwalt Gehring ein Schreiben der IVSTA weiter, wonach die Begutachtung der Beschwerdeführerin im Sinne des Entscheids des Bundesverwaltungsgerichts vom 7. Juli 2020 vom 23. bis 25. August 2022 durchgeführt worden sei (act. G 62).

**C.j.** Mit Schreiben vom 16. Februar 2023 forderte das Versicherungsgericht die Akten der IVSTA inklusive Gutachten der SMAB AG Bern (nachfolgend: SMAB) vom 20. Oktober 2022 an und zog diese dem Verfahren bei (act. G 66 ff., G 68.1 Doc no 1 bis 318). Die Parteien erhielten in der Folge Gelegenheit, sich dazu zu äussern (act. G 69).

**C.k.** Die Beschwerdegegnerin liess sich mit Eingabe vom 8. Mai 2023 vernehmen und an ihrem Antrag auf Beschwerdeabweisung festhalten (act. G 79)

**C.l.** Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin reichte am 16. Mai 2023 eine Stellungnahme mit teils ergänzten Anträgen ein. 1. Die Verfügung vom 28. Februar 2017 sowie der Einspracheentscheid vom 27. April 2018 seien aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin weiterhin eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 41 % wie bislang auszubezahlen. 2. Eventualiter seien die Verfügung vom 28. Februar 2017 sowie der Einspracheentscheid vom 27. April 2018 aufzuheben und es sei durch einen unabhängigen Experten unter Einbezug sämtlicher gesundheitsrelevanter physischer und psychischer Aspekte und unter Einbezug der persönlichen Situation der Beschwerdeführerin aufgrund einer persönlichen Untersuchung und Befragung der Beschwerdeführerin und unter Berücksichtigung der gestellten Verdachtsdiagnose Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) ein detailliertes medizinisches und psychiatrisches Sachverständigengutachten erstellen zu lassen und daraufhin neu über den Fortbestand des UVG-Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin zu entscheiden. 3. Subeventualiter seien die Verfügung vom 28. Februar 2017 sowie der Einspracheentscheid vom 27. April 2018 aufzuheben und es sei durch einen unabhängigen Experten ein neuropsychologisches Fachgutachten zu erstellen, im Rahmen dessen die Verdachtsdiagnose Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) abgeklärt werde und aufgrund dessen neu über den Fortbestand des UVG-Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin zu entscheiden sei. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MwSt.) zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G 80).



## St.Galler Gerichte

**C.m.** Die Stellungnahmen wurden den Parteien je zur Kenntnis gebracht (act. G 81).

**C.n.** Am 22. Juni 2023 reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdegegnerin eine weitere Stellungnahme ein (act. G 86), welche der Gegenpartei zur Kenntnis gebracht wurde (act. G 87).

**C.o.** Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

## Erwägungen

### 1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der von der Beschwerdegegnerin angeordneten Einstellung der Rente ab 1. Juni 2017.

**1.1.** Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. 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). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**1.2.** Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für



Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 63 ff. zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs wird in erster Linie mittels der Angaben medizinischer Fachpersonen geführt. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Rechtsanwender nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (KOSS UVG-Nabold, N 53 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Mai 2021, 8C\_15/2021, E. 7.3). Im Bereich der klar ausgewiesenen organischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (vgl. BGE 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; BGE 118 V 291 f. E. 3a). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung vorzunehmen (vgl. neben vielen Urteilen des Bundesgerichts vom 29. Mai 2012, 8C\_849/2011, E. 2, 5; vgl. weiter BGE 134 V 111 f. E. 2).

**1.3.** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person 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 in der hier anwendbaren, bis Ende 2021 geltenden Fassung bei im Februar 2017 per Juni 2017 verfügter Renteneinstellung; materielle Revision). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 10 f. E. 2.3 mit



Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage. Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist – in einem zweiten Schritt – der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht. Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (Urteil des Bundesgerichts vom 30. Mai 2022, 9C\_26/2022, E. 2.1 f., mit Hinweisen).

**1.4.** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Bezüglich Beweiswert eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

**1.5.** Die Rechtsprechung hat es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachpersonen ab. Weiter darf es den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung genügenden Gutachten externer Spezialärzte vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann sodann



nicht abgestellt werden und es sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen. Was schliesslich die Berichte von behandelnden Ärzten anbelangt, so sind diese zwar nicht von vornherein ohne Beweiswert, doch ist bei ihnen der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte wegen ihrer auftragsrechtlichen Stellung eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 469 ff. E. 4.4 und 4.6; 125 V 351). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen abschliessen (vgl. BGE 135 V 469 E. 4.3.2 mit Hinweisen).

## 2.

**2.1.** Zunächst ist zu prüfen, ob ein Revisionsgrund im Sinne einer wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen (vgl. dazu vorliegende E. 1.3) vorliegt. Dabei ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der rechtskräftig revidierten Rente am 22. Juni 2005 (UV-act. 4/31) mit demjenigen im Zeitpunkt des streitigen Einspracheentscheids vom 27. April 2018 (UV-act. 4/58) zu vergleichen.

**2.2.** Die ursprünglichen Renten, zuletzt im Umfang von 41 % ab 1. Januar 2004, wurden aufgrund einer diagnostizierten (unfallkausalen) chronischen Hepatitis C (act. G 68.1 Doc no 4-7, 68-19) resp. den damit einhergehenden Beschwerden bei (intermittierender) entzündlicher Aktivität in der Leber (unspezifische Symptomatik mit unter anderem Erschöpfbarkeit, Müdigkeit, Konzentrationsschwäche und Abgeschlagenheit; act. G 68.1 Doc no 68-16, 301-10), bei Annahme einer ab 1. Januar 2004 bestehenden 50%-igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten und einer 80%-igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit (vgl. act. G 68-1 Doc no 76), gesprochen. Die Hepatitis C wurde von November 2015 bis Februar 2016 antiviral (Harvoni-Therapie) behandelt (vgl. im Sachverhalt lit. A.c). Diese Therapie war erfolgreich. Entsprechend führte der behandelnde med. pract. E.\_\_\_\_ im Arztbericht vom 26. September 2016 aus, dass 14 Wochen nach Beendigung der Behandlung weiterhin eine nicht nachweisbare Viruslast festgestellt worden sei, so dass eine Ausheilung der Hepatitis C anzunehmen sei (act. G 68-1 Doc no 146). Von einer effektiven Heilung der chronischen Hepatitis-C-Erkrankung nach der Harvoni-Therapie gehen auch Dr. F.\_\_\_\_ mit Beurteilung vom 29. September 2017 (act. G 68.1 Doc no 193-69, 71) sowie die Gutachter des SMAB aus (act. G 68-1 Doc no 301-6, 301-37). Bei medizinisch nachgewiesenem Wegfall der Hepatitis-C-Erkrankung ist in somatischer Hinsicht damit offenkundig eine wesentliche Änderung seit der Rentenzusprache ab 1. Januar 2004 eingetreten, so dass ein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt und der



Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig und ohne Bindung an frühere Beurteilungen zu prüfen ist (BGE 141 V 10 f. E. 2.3).

### 3.

**3.1.** Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrem Renteneinstellungsentscheid vom 27. April 2018 bezüglich des aktuellen (unfallkausalen) Gesundheitszustands resp. der daraus resultierenden Arbeits(un)fähigkeit abschliessend auf die Aktenbeurteilungen der Dres. F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ vom 29. November 2017 und 22. Februar 2018, welche die Beschwerdeführerin nach Heilung der Hepatitis-C-Erkrankung und mangels Nachweis einer einschränkenden psychiatrischen Erkrankung resp. mangels Kausalität einer allfälligen psychiatrischen Erkrankung als voll leistungsfähig einstufte (vgl. im Sachverhalt lit. B.b). Das Bundesverwaltungsgericht hielt in seinem Urteil vom 7. Juli 2020 (Geschäfts-Nr. C-6130/2017; act. G 68.1 Doc no 218) die damalige medizinische Aktenlage zumindest bezüglich Vorliegens und Verlaufs einer eigenständigen oder reaktiven psychischen Erkrankung der Beschwerdeführerin zur Beurteilung der revisionsrechtlichen Fragen im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren für ungenügend und wies die Sache zu zusätzlichen Abklärungen an die IVSTA zurück. Wörtlich führte es, zwar insbesondere in Würdigung der Berichte des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD), indes auch in Beachtung der Aktenbeurteilungen der Dres. F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ aus (act. G 68.1 Doc no 218-25 ff. Ziff. 7.7 f.), "ob, und falls ja, welche psychiatrischen Erkrankungen bei der Beschwerdeführerin im vorliegend zu beurteilenden Zeitraum bestanden haben, bleibt jedenfalls offen und bedarf weiterer Abklärung" (act. G 68.1 Doc no 218-34 Ziff. 8.3.7). Schliesslich schlussfolgerte es, "in den Akten fehlen umfassende, hinreichend begründete und nachvollziehbare medizinische Angaben zur Frage, wie sich der Gesundheitszustand und die Funktionseinschränkungen der Beschwerdeführerin seit dem Abschluss der Harvoni-Therapie entwickelt haben" (act. G 68.1 Doc no 218-35 Ziff. 8.4). Diese Beurteilung in Bezug auf das Fehlen einer verlässlichen medizinischen Entscheidungsgrundlage im damaligen Zeitpunkt ist einleuchtend und galt auch bezüglich des vorliegenden Verfahrens. Zwar stellen sich im unfallversicherungsrechtlichen (Revisions-)Verfahren nicht zwangsläufig dieselben Fragen wie im Verfahren der Invalidenversicherung und es besteht keine Bindung der Unfallversicherung an die invalidenversicherungsrechtlichen Beurteilungen (BGE 126 V 293 f. E. 2d). Aber auch in diesem Verfahren bedarf es verlässlicher Grundlagen in Bezug auf den (psychischen) Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, zumal sich erst nach hinlänglicher Beantwortung dieser Frage auch die unfallversicherungsrechtlich vorausgesetzte (natürliche und adäquate) Kausalität einer allfälligen Gesundheitsbeeinträchtigung beurteilen lässt. Dafür reichten



die von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Aktengutachten, insbesondere jenes von Dr. G.\_\_\_\_, wie es das Bundesverwaltungsgericht nach dem Gesagten offensichtlich auch schloss, nicht aus.

**3.2.** Entsprechend dem Rückweisungsentscheid des Bundesverwaltungsgerichts ordnete die IVSTA eine polydisziplinäre Begutachtung bei der SMAB an (vgl. im Sachverhalt lit. C.c und C.i). Das Gutachten (in den Disziplinen Innere Medizin, Neuropsychologie, Psychiatrie und Rheumatologie) datiert vom 20. Oktober 2022 (act. G 68.1 Doc no 301; das neuropsychologische Fachgutachten datiert vom 26. August 2022 [act. G 68.1 Doc no 299]).

**3.2.1.** Der internistische Experte, Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Facharzt für Tropenmedizin und Infektiologie, führte nach persönlicher Befragung und Untersuchung (act. G 68.1 Doc no 301-30 ff.), Laboruntersuchung (act. G 68.1 Doc no 301-35) und in Würdigung der ergangenen medizinischen Aktenlage (act. G 68.1 Doc no 301-28 f.) zusammengefasst aus, dass die Hepatitis C seit etwa sechs Jahren ausgeheilt sei und es keine Hinweise auf eine Leberfibrose gebe. Die Leberwerte seien im normalen Bereich. Insgesamt würden auf internistischem Fachgebiet keine Auswirkungen auf Aktivität und Teilhabe bestehen, weder im Berufs- noch im Alltagsleben. Solange die Hepatitis C bestanden habe, könne diese für unspezifische Allgemeinbeschwerden verantwortlich gewesen sein. Ca. 50 % der Patienten mit einer chronischen Hepatitis C würden über Müdigkeit und kognitive Beeinträchtigungen klagen. Eine Persistenz dieser Beschwerden nach Ausheilung der Hepatitis C lasse sich aber nicht begründen (act. G 68.1 Doc no 301-27 ff., insbesondere 301-36 ff.).

**3.2.2.** Die neuropsychologische Gutachterin, lic. phil. I.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, zertifizierte neuropsychologische Gutachterin SIM, führte nach persönlicher Befragung, in Kenntnis der medizinischen Akten, in Würdigung der testpsychologischen Untersuchung (nach RCFT, TAP Alertness, WMS-R) sowie nach zwei Performanzvalidierungsverfahren (RDS, TOMM) beurteilend aus, dass bei der Beschwerdeführerin in der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung keine aussagekräftigen Befunde hätten erhoben werden können. Zwei standardmässig eingesetzte Performanzvalidierungstests hätten deutlich auffällige Resultate gezeigt, was auf eine verminderte Anstrengungsbereitschaft hinweise. Zudem hätten sich auch in den übrigen Befunden mehrere Inkonsistenzen gezeigt. Beispielsweise sei eine schwere Verlangsamung bei einer einfachen Reiz-Reaktions-Aufgabe feststellbar gewesen. Die Reaktionszeiten hätten im Median 1153 msec (ohne Warnton) bzw. 942



msec (mit Warnton) betragen. Diese Verlangsamung sei schon an und für sich äusserst ungewöhnlich und ausserdem nicht konsistent mit dem ansonsten normalen Tempo in Gespräch und Verhalten. Zudem habe sich dann eine deutliche Inkonsistenz zu einer ähnlichen Aufgabe, bei der aber vor der Reaktion zusätzlich entschieden werden müsse, ob die Reaktion zu erfolgen habe oder nicht (Go-/Nogo-Aufgabe), gezeigt. Bei dieser Aufgabe seien die Reaktionszeiten im Median mit 762 msec wesentlich schneller gewesen, obwohl ein zusätzlicher kognitiver Prozess vonnöten gewesen sei. Überdies habe die Beschwerdeführerin im Gespräch klar und präsent gewirkt und habe sich auch an Detailinformationen ihrer Krankengeschichte gut erinnern können. Dies stehe im Widerspruch zu den in der Testsituation erheblich beeinträchtigten Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen. Im Rahmen von Hepatitis-C-Infektionen seien zwar kognitive Defizite in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis, exekutive Funktionen und Feinmotorik möglich, könnten aber in vorliegendem Fall aus oben beschriebenen Gründen weder bestätigt noch ausgeschlossen werden. Inwiefern aktuell kognitive Defizite vorliegen würden und ob diese als relevant für die Arbeitsfähigkeit beurteilt werden müssten, könne aufgrund der nicht aussagekräftigen Befunde nicht beantwortet werden (act. G 68.1 Doc no 299).

**3.2.3.** Der psychiatrische Gutachter, Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte nach vertiefender persönlicher Befragung (act. G 68.1 Doc no 301-45 ff.), in Auseinandersetzung mit den anlässlich der Exploration erhobenen Untersuchungsbefunden (act. G 68.1 Doc no 301-47 ff.), in Beachtung der medizinischen Aktenlage (act. G 68.1 Doc no 301-50 f.), nach einer Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung (nach SRSI; act. G 68.1 Doc no 301-49 f.) sowie in Würdigung der Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen (in Anlehnung an das Mini-ICF-APP; act. G 68.1 Doc no 301-52) zusammengefasst aus, dass die Angaben der Beschwerdeführerin aus klinischer Sicht erheblich beeinflusst von einem subjektiv determinierten Bewertungshorizont gewirkt hätten. In der von psychiatrischer Seite durchgeführten Beschwerdevalidierung hätte sich der faktische Beweis einer nicht-authentischen Beschwerdeschilderung gezeigt und auch die im Rahmen der neuropsychologischen Erhebung veranlassten Performanzvalidierungsverfahren hätten deutlich auffällige Werte ergeben. Darüber hinaus seien Inkonsistenzen auch bei den übrigen Befunden auffällig. Ein bewusstes Akzentuierungsbestreben könne daher nicht ausgeschlossen werden. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung hätten sich keine bedeutsamen Widersprüche zu nahezu allen verfügbaren Akten ergeben. Eine aktive psychiatrische Krankheitsentität mit aktueller Relevanz für die Arbeitsfähigkeit habe sich auch bei der hiesigen Erhebung nicht verifizieren lassen. Die Bewertung von Dr. med. K.\_\_\_\_,



Neurologie/Psychiatrie, werde von gutachterlicher Seite nicht geteilt. Die eigenanamnestischen Angaben würden bei offensichtlicher Präsenz einer von neurotischen Faktoren geprägten Primärpersönlichkeitsstruktur inhaltlich beeinflusst von richtungsweisenden Tendenzen im Rahmen einer subjektiven Beschwerdeüberhöhung erscheinen, dies letztlich vor dem Hintergrund bestehender Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung im Sinne einer Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit hypersensitiver sowie partiell emotional labiler Komponente. Die beklagten deprimierten Gemütszustände würden sich im Kontext der bezeichneten Gesamtsituation bei parallel langjährigem Vorliegen eines chronischen Infektionsgeschehens bzw. weiterer psychosozialer Belastungen (behinderte Zwillingstöchter) erklären und hätten rein reaktiven Bestand. Aus isoliert psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit allseits uneingeschränkt (act. G 68.1 Doc no 301-43 ff.).

**3.2.4.** Der rheumatologische Experte, Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte nach persönlicher Befragung (act. G 68.1 Doc no 301-61 f.), klinischer Untersuchung (act. G 68.1 Doc no 62 ff.), Laboruntersuchung (act. G 68.1 Doc no 301-64), ergangener Bildgebung (act. G 68.1 Doc no 64) sowie in Würdigung der medizinischen Aktenlage (act. G 68.1 Doc no 301-28 f.) ein generalisiertes myofaszielles Schmerzsyndrom nicht-inflammatorischer Genese mit begleitenden Arthralgien und Fatigue sowie ein Anterior Knee Pain-Syndrom beidseits (beginnende Femoropatellararthrose; act. G 68.1 Doc no 301-66). Die Beschwerden am Bewegungsapparat würden sich generalisiert in den Weichteilen des Schulter- und Beckengürtels sowie entlang der Wirbelsäule lokalisieren. Die Beschwerden würden seit vielen Jahren bestehen und hätten gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin nach der Interferontherapie ihren Anfang genommen. Trotz dieser langjährigen Schmerzanamnese hätten sich keine Funktionseinschränkungen am Bewegungsapparat eingestellt, was ein an sich gutes prognostisches Zeichen sei. Die aktuellen Beschwerden seien im Kontext des Fatigue-Syndroms zu interpretieren und möglicherweise Ausdruck eines unvollständigen Fibromyalgie-Syndroms. An beiden Kniegelenken würden Schmerzen im vorderen Kompartiment vorliegen, ohne Hinweise auf eine alltagsrelevante Binnenläsion oder auf eine manifeste Arthropathie. Aus rein rheumatologischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit eine begründbare Reduktion der Leistungsfähigkeit von 10 bis maximal 15 %, davon ausgehend, dass es in diesem Umfang zu einer übermässigen Belastung der peripheren Gelenke kommen könne und weil die Beschwerdeführerin die Möglichkeit haben sollte, vermehrt kürzere Ruhepausen einzuschalten. Bei den Leiden angepassten Tätigkeiten bestehe aus



rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei einer beruflichen Reintegration sollten das repetitive Bücken und Aufrichten, das repetitive Anheben und Tragen von Gewichten über zehn Kilogramm, Arbeiten in der chronischen Vorneigehaltung des Rumpfes, rein statische Belastungen der Achse im Stehen und Sitzen, ohne die Möglichkeit zu Wechselpositionen sowie Arbeitstätigkeiten mit längeren Botengängen, insbesondere mit wiederholten Treppengängen, vermieden werden (act. G 68.1 Doc no 301-57 ff.).

**3.2.5.** In der Konsensbeurteilung (act. G 68.1 Doc no 301-6 ff.) wurden die Beurteilungen in den Teilgutachten aufgegriffen und festgehalten, dass sich in internistischer und psychiatrischer Hinsicht keine Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit finden lasse. Einzig aus rheumatologischer Sicht bestehe eine Reduktion der Leistungsfähigkeit von 10 bis maximal 15 % in der angestammten Tätigkeit. Bei den Leiden angepassten Tätigkeiten bestehe aber keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

**3.3.** In der Stellungnahme vom 16. Mai 2023 lässt die Beschwerdeführerin mehrere Einwände gegen die Verwertbarkeit und die Beweistauglichkeit des SMAB-Gutachtens vortragen (act. G 80).

**3.3.1.** Bezüglich der geltend gemachten verspäteten Akteneinsicht in das SMAB-Gutachten (act. G 80 S. 2 f.) ist festzuhalten, dass sich die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren vor dem über eine uneingeschränkte Kognition verfügenden Versicherungsgericht umfassend zu allen Punkten äussern konnte. Soweit das Versicherungsgericht Ergänzungsfragen, Erörterungen oder weitere Abklärungen für notwendig erachtet hätte, hätte es solche in diesem Verfahren anordnen können. Der Beschwerdeführerin ist aufgrund einer allfälligen Verletzung des rechtlichen Gehörs im Administrativverfahren bei der IVSTA daher kein Nachteil erwachsen, welcher nicht geheilt werden könnte.

**3.3.2.** Die Beschwerdeführerin lässt weiter geltend machen, die anderslautenden Beurteilungen von Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Allgemeinmedizin, und med. pract. E.\_\_\_\_ vom 2. und 22. Dezember 2021 (act. G 68.1 Doc no 266 f.) seien in Bezug auf die Diagnosestellung (chronische Hepatitis C [HVC], Fatigue-Syndrom [Reaktion auf schwere Anpassungsstörung], depressives Syndrom [act. G 68.1 Doc no 267-10]; chronisches Fatigue-Syndrom nach Interferontherapie bei chronischer Hepatitis C [act. G 68.1 Doc no 266-3]) und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (unter drei Stunden pro Tag [act. G 68.1 Doc no 267-4]; keine Arbeitsfähigkeit, auch nicht maximal drei Stunden täglich [act. G 68.1 Doc no 266-2])



im SMAB-Gutachten nicht eingeflossen, weshalb darauf nicht abgestellt werden dürfe. Bezüglich dieses Einwands ist festzuhalten, dass es wünschenswert gewesen wäre, wenn sich die SMAB-Gutachter mit diesen Berichten ausführlicher auseinandergesetzt hätten. Den Gutachtern waren indes jene Beurteilungen bekannt (act. G 68.1 Doc no 301-25 f.). Sie, wie auch Dr. M.\_\_\_\_ und med. pract. E.\_\_\_\_, konnten aber die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin (Konzentrationsstörungen, Müdigkeit, Erschöpfbarkeit, ausgeprägte Kraft- und Energielosigkeit, Leistungsminderung [act. G 68.1 Doc no 301-30, 45, 61]) nach der gelungenen Hepatitis-C-Eliminationstherapie nicht mehr fassbar machen und auch nicht einer psychischen/psychosomatischen oder neuropsychologischen Diagnose zuordnen. Die Diagnose eines (postviralen/posttherapeutischen) Fatigue-Syndroms und/oder einer myalgischen Enzephalopathie/eines chronisches Fatigue-Syndroms (ME/CFS), wie es im Bericht vom 4. April 2023 von Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, zur Diskussion gestellt wird (act. G 80.1 M), würde zwar eine Erklärung für die subjektiv geklagten Beschwerden liefern. Anlässlich der verschiedenen Explorationen im SMAB liessen sich aber weder allfällige kognitive Einschränkungen noch ein relevanter Abfall des Leistungsniveaus aufgrund von Müdigkeit und Erschöpfbarkeit plausibilisieren. Dass bei der neuropsychologischen Untersuchung keine aussagekräftigen Befunde in Bezug auf allfällige in Kausalzusammenhang mit der Hepatitis-C-Infektion stehende Einschränkungen erhoben werden konnten, weil zwei standardmässig eingesetzte Performanzvalidierungstests deutlich auffällige Werte im Sinne einer verminderten Anstrengungsbereitschaft zeigten und sich auch bei den übrigen Befunden mehrere Inkonsistenzen ergaben (act. G 68.1 Doc no 299-4 ff., 301-49), geht zu Lasten der Beschwerdeführerin. Nach der allgemeinen auch im Sozialversicherungsrecht geltenden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Januar 2015, 8C\_324/2014, E. 3.2) Beweisregel (Art. 8 des Zivilgesetzbuches [ZGB, SR 210]) wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt. Bleiben die Auswirkungen eines objektivierbaren wie auch eines nicht (bildgebend) fassbaren Leidens auf die Arbeitsfähigkeit trotz in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes sorgfältig durchgeführter Abklärungen – wie hier – vage und unbestimmt, ist der Beweis für die Anspruchsgrundlage nicht geleistet und nicht zu erbringen (BGE 140 V 297 f. E. 4.1 mit Hinweisen). Auf die beantragte neuropsychologische Abklärung (gemeint ist wohl eine neurologische Abklärung) in Bezug auf das Vorliegen eines invalidisierenden Fatigue-Syndroms und/oder einer/eines ME/CFS kann aus denselben Gründen verzichtet werden, denn auch allfällige Limitierungen aufgrund einer solchen Erkrankung liessen sich mangels Objektivierbarkeit einzig mit den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin



begründen, was – bei gemäss Beschwerdevalidierung nicht-authentischer Beschwerdeschilderung (act. G 68.1 Doc no 301-49) – für einen hinlänglichen Nachweis von erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens aber nicht ausreicht. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch, dass es invalidenversicherungsrechtlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf ankommt, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2016, 9C\_634/2015, 9C\_665/2015, E. 6.1). Auswirkungen resp. invalidisierende Einschränkungen bezüglich der geltend gemachten nicht objektivierbaren Leiden bleiben gestützt auf das Gesagte, entgegen dem Einwand der Beschwerdeführerin, zulasten der Beschwerdeführerin unbewiesen. Auf weitere Abklärungen kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden.

**3.3.3.** In Bezug auf die Einwände der Beschwerdeführerin gegen die Beweistauglichkeit des psychiatrischen Teilgutachtens ist festzuhalten, dass die Expertise lege artis unter Berücksichtigung der relevanten Punkte nach klinischer Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung erstellt wurde. Die angegebenen Beschwerden (Zukunftsängste, Schlaf-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Appetitminderung und ausgeprägte Kraft- bzw. Energielosigkeit [act. G 68.1 Doc no 301-45]) wurden berücksichtigt, konnten in der Untersuchung bei grösstenteils unauffälligem psychopathologischem Befund aber nicht in dem Sinne plausibilisiert werden, dass eine relevante Einschränkung in der Leistungsfähigkeit hinlänglich nachgewiesen wäre (act. G 68.1 Doc no 301-47 ff.). Anhaltspunkte dafür, dass sich Dr. J.\_\_\_\_ anhand der Untersuchungsdauer nur ein ungenügendes Bild von den vorhandenen Limitierungen hätte machen können, sind nicht erkennbar, wobei nicht in Abrede zu stellen ist, dass sich Dr. J.\_\_\_\_ bei dieser langen Vorgeschichte in der Beurteilung eher kurzgehalten hat und es wünschenswert gewesen wäre, wenn einige Punkte etwas ausführlicher erfragt und niedergeschrieben worden wären. Seine Beurteilung vermag aber dennoch zu genügen, zumal die entscheidenden Punkte darin Eingang fanden und berücksichtigt wurden. Bezüglich des Einwands, es hätte nicht auf fremdanamnestic Angaben verzichtet werden dürfen, ist auf die Rechtsprechung zu verweisen, wonach den Experten bei der Wahl der Methode zur Erstellung des Gutachtens ein grosses Ermessen zukommt. Massgebend ist vielmehr, dass das Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. September 2017, 8C\_820/2016, E. 5.2, 5.5). Dies ist vorliegend der Fall. Der unauffällige psychopathologische Befund (act. G 68.1 Doc no 301-47 ff.) und auch die vorhandenen Ressourcen/Fähigkeiten in Anlehnung an das Mini-ICF-APP lassen darauf schliessen, dass die Einschränkungen im Erwerbsleben



nicht derart sein würden, wie es die Beschwerdeführerin zu befürchten scheint. Anders gesagt, scheint die Beschwerdeführerin über genügend Kompensationspotential zu verfügen, um sich auch im beruflichen Alltag durchsetzen zu können. Zwar diagnostizierte der die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2018 monatlich ambulant behandelnde Psychiater Dr. K.\_\_\_\_ (vgl. act. G 68.1 Doc no 301-47) mit Berichten vom 27. August 2018 (act. G 29.4) und 16. Oktober 2018 (act. G 29.1) eine die Arbeitsfähigkeit anhaltend einschränkende psychiatrische Erkrankung, namentlich eine chronifizierte Anpassungsstörung, verursacht durch die Hepatitis-C-Infektion resp. die anschliessende lange Krankengeschichte mit erfolglosen Therapien. Die damit einhergehende Begründung, wonach psychische Beeinträchtigungen bei der vorliegenden Leidensgeschichte mit der somatischen Erkrankung einhergehen könnten und diese Beeinträchtigungen nicht automatisch mit der somatischen Abheilung dahinfallen würden, sind grundsätzlich nachvollziehbar. Die Beurteilung von Dr. K.\_\_\_\_, wie auch jene von Dr. N.\_\_\_\_, welche der Beschwerdeführerin ausgeprägte rezidivierende depressive Symptome bescheinigen (act. G 80.1 M), beruhen indes hauptsächlich auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ohne kritische Prüfung der geltend gemachten Beschwerden und wurden im Gegensatz zur SMAB-Begutachtung ohne konkrete psychopathologische Befunderhebung, ohne Tests zur Validierung der Beschwerden und ohne Ausklammerung der psychosozialen Faktoren erstellt. Auch benennen die behandelnden Ärzte keine Aspekte, welche seitens des SMAB-Gutachters unerkant oder ungewürdigt geblieben wären. Entsprechend vermögen sie keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der psychiatrischen Beurteilung von Dr. J.\_\_\_\_ zu begründen und es bedarf keiner weiteren Abklärungen.

**3.4.** Insgesamt ist festzuhalten, dass der Beweiswert des SMAB-Gutachtens vom 20. Oktober 2022 nicht in Zweifel zu ziehen ist und darauf abgestellt werden kann. Die Teilgutachten beruhen auf einem umfassenden Aktenstudium und setzen sich genügend mit den bisherigen fachärztlichen Berichten auseinander. Sie erfolgten gestützt auf klinische Untersuchungen, Befragungen und Testungen. Sie berücksichtigen die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und sind in ihren Schlussfolgerungen überzeugend. Widersprüchlichkeiten oder Unklarheiten sind keine auszumachen. Bei Ausheilung der Hepatitis-C-Erkrankung ohne Hinweise auf eine Leberfibrose und mangels Nachweis von funktionellen Einschränkungen, sei es aufgrund einer Fatigue- und/oder einer psychischen/psychosomatischen Symptomatik/ Erkrankung, leuchtet es ein, dass die Gutachter im Konsens (act. G 68.1 Doc no 301-6 ff.) zum Ergebnis gelangten, dass die Beschwerdeführerin aus medizinisch-theoretischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht (mehr) eingeschränkt sei resp. Auswirkungen der geltend gemachten Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit



unbewiesen bleiben. Für die rheumatologische Gesundheitsbeeinträchtigung, welche zu einer um 15 % reduzierten Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit führt und lediglich noch angepasste Tätigkeiten in einem Vollpensum zulässt (vgl. dazu vorstehende E. 3.2.4), hat die Beschwerdegegnerin mangels Kausalität nicht aufzukommen. Zwar führt die Beschwerdeführerin auch diese Beeinträchtigung auf die unfallkausale Hepatitis C resp. die unfallkausale Interferon-Therapie zurück (act. G 68.1 Doc no 301-61, 65). Dr. L. \_\_\_ hält indes einen direkten Zusammenhang der aktuellen Symptomatik mit der abgeheilten Hepatitis C als ausserordentlich unwahrscheinlich (act. G 68.1 Doc no 301-65), womit ein Zusammenhang zwar möglich, aber nicht hinlänglich ausgewiesen ist. Abschliessend ist festzuhalten, dass gestützt auf das beweiswerte SMAB-Gutachten drei Monate nach Ausheilung der Hepatitis C im Februar 2016 keine unfallkausalen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Gesundheitsstörungen mehr vorlagen, womit die Beschwerdegegnerin die Rente zu Recht ab dem 1. Juni 2017 eingestellt hat.

#### 4.

**4.1.** Nach dem Gesagten ist der Einspracheentscheid vom 27. April 2018 im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

**4.2.** Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im UVG keine zu erheben (vgl. dazu Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG).

**4.3.** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Das anwendbare kantonale Verfahrensrecht (siehe Art. 61 Ingress ATSG) sieht (auch) bei den ausseramtlichen Kosten bzw. der Parteientschädigung das Verursacherprinzip vor (Art. 98<sup>ter</sup> des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1] in Verbindung mit Art. 108 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272]), weshalb die Beschwerdegegnerin trotz materiellen Obsiegens entschädigungspflichtig wird (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Januar 2019, 9C\_605/2018, E. 7.2). Es sind allerdings lediglich diejenigen Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen, die durch die Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. dazu vorstehende E. 3.1) entstanden sind. Der Untersuchungsmangel wurde mit der Erstattung des Administrativgutachtens, veranlasst durch die IVSTA, geheilt. Die der Beschwerdeführerin danach entstandenen Aufwände liegen nicht mehr im Untersuchungsmangel begründet, sondern sind erst nach dessen Heilung angefallen. Sie wären auch angefallen, wenn das weitere



Gutachten bereits im Verwaltungsverfahren nach dem Einwand der rechtskundig vertretenen Beschwerdeführerin erstattet worden wäre. Deshalb ist der Anspruch auf eine allfällige Parteientschädigung für diesen Teil des Aufwands auch nicht nach dem Verursacherprinzip, sondern nach Art. 98<sup>bis</sup> VRP und damit nach Obsiegen und Unterliegen zu beurteilen und vorliegend nicht von der Beschwerdegegnerin zu entschädigen. Wäre anstelle des Administrativgutachtens, veranlasst durch die IVSTA, die Sache zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen worden, erschiene eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen (vgl. zur Höhe der Parteientschädigung bei zu weiteren medizinischen Abklärungen zurückweisenden Kollegialentscheiden etwa die Entscheide des Versicherungsgerichts vom 14. Juni 2021, UV 2020/58, und vom 21. Juli 2021, UV 2020/39). Die gleiche Entschädigung ist deshalb für bis zur Heilung des Untersuchungsgrundsatzes durch ein Administrativgutachten anfallende Aufwände vergleichsweise als angemessen zu erachten.

**4.4.** Der danach angefallene Aufwand (angemessen erscheinen bei Vorliegen eines Parallelverfahrens gegen die IVSTA Fr. 1'000.--), welcher nicht von der Beschwerdegegnerin zu entschädigen ist, ist im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung zu vergüten und deshalb um 20 % zu reduzieren (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [AnwG], sGS 963.70). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ist somit vom Staat mit Fr. 800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer; Fr. 1'000.-- x 0.8) zu entschädigen. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 ZPO in Verbindung mit Art. 99 Abs. 2 VRP).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

**3.**

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.



### 4.

Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).