

BVGer C-1356/2016 vom 28. Juni 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-06-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1356_2016

FR: TAF C-1356/2016 du 28 juin 2018

IT: TAF C-1356/2016 del 28 giugno 2018

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 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 zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem die Beschwerdeführerin den Kostenvorschuss innert Frist geleistet hat (BVGer-act. 4), ist auf die unbestrittenermassen innert Frist und im Übrigen auch formgerecht eingereichte Beschwerde vom 2. März 2016 einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2.1

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes sowie Unangemessenheit des Entscheides rügen (Art. 49 VwVG).

E. 2.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann 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. BVGE 2009/65 E. 2.1).

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin ist portugiesische Staatsangehörige und wohnt in Portugal, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedern andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der

sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des BVGer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach bestimmt sich der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung ausschliesslich aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). In Bezug auf den massgeblichen Sachverhalt ist folglich auf den 28. Januar 2016 abzustellen. Weiter finden jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die zu diesem Zeitpunkt in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a], AS 2011 5659). Da mit der angefochtenen Verfügung der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin für die Zukunft aufgehoben wurde, sind bei deren Erlass bereits ausser Kraft getretene Vorschriften nicht von Belang.

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht ein Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50%, so

werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG), soweit nicht völkerrechtliche eine abweichende Regelung vorsehen, was laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben, was vorliegend der Fall ist (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 4.3

Nach Bst. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (IV-Revision 6a; nachfolgend: SchlBest. IVG) werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung wurde höchstrichterlich als verfassungs- und EMRK-konform beurteilt (BGE 139 V 547). Sie findet laut Bst. a Abs. 4 SchlBest. IVG keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen.

E. 4.4

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).

E. 4.4.1

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

E. 4.4.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist,

in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

E. 4.4.3

Versicherungsexterne Gutachten haben vollen Beweiswert, wenn sie den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen und nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465; 125 V 351 E. 3b/bb). Werden solche Expertisen demnach durch anerkannte Spezialärztinnen und -ärzte aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstattet und gelangen diese Arztpersonen bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen, so kommt diesen Gutachten volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 122 V 157 E. 1 c; 104 V 209 E. c; vgl. auch Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, § 25, Rz. 1721).

E. 4.4.4

Auf Berichte des regionalärztlichen Dienstes (RAD) kann ebenfalls nur abgestellt werden, sofern sie den beweisrechtlichen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (BGE 137 V 210 E. 1.2.1; 125 V 351 E. 3b/ee). Allerdings sind die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nur soweit zu berücksichtigen, als auch keine geringen Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.7). Die Ärztinnen und Ärzte des RAD müssen über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Nicht zwingend erforderlich ist jedoch, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Das Fehlen eigener Untersuchungen vermag daher einen RAD-Bericht für sich alleine nicht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung der erwerblichen Folgen eines bereits feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, folglich die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 2.2; 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1, je m.w.H.).

E. 4.4.5

Bei der Beurteilung von Leistungsansprüchen kann auch auf die formalisierte Berichterstattung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie Spitäler abgestellt werden, da auch diese der freien Beweiswürdigung unterliegen. Sind daher keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermögen, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte einer Universitätsklinik ausser Acht zu lassen (unveröffentlichtes Urteil des EVG [heute: BGer] I 498/89 vom 19. April 1990; Müller, a.a.O., § 25, Rz. 1741, 1747 m.w.H.). In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und -ärzten darf und soll das Gericht aber der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt nicht nur für die allgemein praktizierenden Hausärztinnen und -ärzte,

sondern auch für die behandelnden Spezialärztinnen und -ärzte (vgl. z.B. Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H.).

E. 4.4.6

Die materiellen (inhaltlichen) Anforderungen an die zu erstattende ärztliche Expertise ergeben sich aus dem im Einzelfall zur Diskussion stehenden Beweisgegenstand in Verbindung mit den darauf bezogenen Fragestellungen. Erscheint dem zuständigen Justizorgan die Schlüssigkeit einer Expertise in wesentlichen Punkten zweifelhaft, hat es nötigenfalls ergänzende Beweise zur Klärung dieser Zweifel zu erheben. Dafür können sich namentlich eine Ergänzung des bestehenden Gutachtens oder die Anordnung eines neuen Gutachtens, allenfalls einer Oberexpertise anbieten. Das Abstellen auf eine nicht schlüssige Expertise im Rahmen der Beweiswürdigung kann Verstösse gegen das Willkürverbot oder gegen die Verfahrensrechte der Parteien nach sich ziehen (vgl. BGE 130 I 337 E. 5.4.2; 129 I 49 E. 4; 118 Ia 144 E. 1c). Welche Art von Gutachten anzuordnen ist, steht im Ermessen des Gerichts (Urteile des BGer 9C_273/2009 vom 14. September 2009 E. 3.1; 8C_89/2007 vom 20. August 2008 E. 5.1; 6B_283/2007 vom 5. Oktober 2007 E. 2).

E. 4.5

Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, als der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 50; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70, Rz. 58 ff.).

E. 5

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

E. 5.1

Die Beschwerdeführerin bezog mit Wirkung ab 1. Oktober 2002 eine halbe IV-Rente. Im Zeitpunkt der Einleitung der Überprüfung (Oktober 2012) lag somit noch kein über 15-jähriger Rentenbezug vor (vgl. dazu BGE 139 V 442 E. 4 und 5.1 und Urteil des BGer 8C_576/2014 vom 20. November 2014 E. 4). Bei Inkrafttreten der Änderung am 1. Januar 2012 war die Beschwerdeführerin zudem noch nicht 55 Jahre alt, weshalb keiner der Ausschlussgründe nach Bst. a Abs. 4 SchlBest. IVG gegeben ist. Da die Überprüfung der Rente innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Änderungen erfolgte (vgl. dazu Urteil des BVGer C-1085/2015 vom 22. August 2017 E. 13.1 m.H. auf BGE 140 V 15 E. 5.3.4.2), ist Bst. a SchlBest. IVG in formeller Hinsicht anwendbar.

E. 5.2

In materieller Hinsicht ist bezüglich der Anwendbarkeit von Bst. a SchlBest. IVG Folgendes festzuhalten:

E. 5.2.1

Es ist erforderlich, dass die Rentenzusprache aufgrund der Diagnose eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage erfolgte (BGE 139 V 547 E. 10.1.1). Die Anwendbarkeit von Bst. a SchlBest. IVG ergibt sich dabei ausschliesslich aus der Natur des Gesundheitsschadens, auf dem die Rentenzusprechung beruhte (vgl. Urteil des BGer 9C_379/2013 vom 13. November 2013 E. 3.2.3). Unklare Beschwerdebilder, wie sie in den SchlBest. IVG vorausgesetzt werden, charakterisieren sich durch den Umstand, dass mittels klinischer Untersuchungen weder Pathologie noch Ätiologie nachweis- oder erklärbar sind (vgl. Urteil des BGer 8C_654/2014 vom 6. März 2015 E. 5.1 m.H. auf BGE 139 V 547 E. 9.4), wobei es mit Blick auf die Zielsetzung von Bst. a SchlBest. IVG - wie erwähnt - auf die Natur des Gesundheitsschadens und nicht auf eine präzise Diagnose ankommt (vgl. Urteil des BGer 9C_384/2014 vom 10. Juli 2014 E. 3.2).

E. 5.2.1.1

Nach BGE 140 V 197 E. 6.2.3 sind vom Anwendungsbereich von Bst. a SchlBest. IVG laufende Renten nur auszunehmen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden beruhen. Lassen sich unklare Beschwerden von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf erstere Anwendung finden. Eine Herabsetzung oder Aufhebung unter dem Titel von Bst. a SchlBest. IVG fällt lediglich dann ausser Betracht, wenn unklare und erklärbare Beschwerden zwar diagnostisch unterscheidbar sind, aber bezüglich der darauf zurückzuführenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit keine exakte Abgrenzung erlauben (vgl. Urteil des BGer 9C_106/2015 vom 1. April 2015 E. 2.2).

E. 5.2.1.2

Liegt ein "Mischsachverhalt" vor, bei dem es unmöglich ist festzustellen, wie gross der Anteil der organisch bedingten Beschwerden bei der Rentenzusprechung war, wäre ein Abstellen auf die aktuelle gutachtliche Einschätzung nicht zu vereinbaren mit der Rechtsprechung, wonach der auf erklärbaren Beschwerden beruhende Teil der Invalidität unter dem Rechtstitel der Schlussbestimmung nicht überprüft werden kann. In einem solchen Fall bestimmt sich die (diesfalls zu einer integralen Neuprüfung führende) Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nach folgendem Grundsatz: Besteht (im Zeitpunkt der Rentenzusprechung und/oder -überprüfung) neben dem syndromalen Zustand eine davon unabhängige organische oder psychische Gesundheitsschädigung, so hängt die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung davon ab, dass die weitere ("nichtsyndromale") Gesundheitsschädigung die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht mitverursacht, das heisst letztlich nicht selbstständig zur Begründung des Rentenanspruchs beigetragen hat. Wenn sie die Auswirkungen des unklaren Beschwerdebildes bloss verstärkte, bleibt eine Rentenrevision unter diesem Rechtstitel möglich (Urteil des BGer 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.6; vgl. auch Urteile des BGer 9C_872/2014 vom 17. März 2015 E. 3.3 sowie 8C_90/2015 vom 23. Juli 2015 E. 3.2).

E. 5.2.2

Für die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente gemäss Bst. a SchlBest. IVG wird ausserdem vorausgesetzt, dass auch im Revisionszeitpunkt ein unklares Beschwerdebild vorliegt. Es ist daher zu klären, ob sich der Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache allenfalls verschlechtert hat und ob neben den nicht objektivierbaren Störungen anhand klinischer psychiatrischer Untersuchungen nunmehr nicht klar eine Diagnose gestellt

werden kann (BGE 139 V 547 E. 10.1.2; präzisiert mit BGE 140 V 197 E. 6.2.3; vgl. auch Urteile des BGer 9C_620/2016 vom 9. März 2017 E. 4.2 und 9C_381/2016 vom 13. Januar 2017 E. 3.1.2).

E. 5.3.1

Die Vorinstanz bejaht vorliegend die Anwendbarkeit von Bst. a SchlBest. IVG gestützt auf das von ihr eingeholte polydisziplinäre Gutachten, wonach die Ausgangsdiagnose eines zervikospondylogenen Schmerzsyndroms eine Verlegenheitsdiagnose sei, die sich in die nichtmedizinische Sprache als Nackenschmerzen unklarer Herkunft übersetzen lasse. Insbesondere könne kein radio-klinisches Korrelat zwischen dem zervikospondylogenen Schmerzsyndrom einerseits und der degenerativen Wirbelsäulenveränderung andererseits hergestellt werden. Es habe damit bei der Rentenzusprache ein unklares Beschwerdebild vorgelegen. Da im Begutachtungszeitpunkt seitens der Gutachter das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung oder einer Fibromyalgie mangels Schweregrad verneint werde, müsse Bst. a SchlBest. IVG a fortiori Anwendung finden (BVGer-act. 1/2 S. 2 f., 2 S. 2). Der medizinische Dienst der Vorinstanz sprach sich in seinen Stellungnahmen im Vorverfahren (Vorakten 96, 99, 142, 144, 147) ebenfalls für die vorliegende Anwendung der SchlBest. zur 6. IV-Revision aus, da die ursprüngliche Rentenzusprache auf einem unklaren Beschwerdebild beruhe und sich der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin seither nicht verschlechtert habe.

E. 5.3.2

Seitens der Beschwerdeführerin wird die Anwendbarkeit von Bst. a SchlBest. IVG verneint, da es sich selbst gemäss dem besagten polydisziplinären Gutachten nicht um einen entsprechenden Anwendungsfall handle. Die Zusprache der IV-Rente sei nicht aufgrund eines unklaren Beschwerdebildes erfolgt. Laut Gutachten sei die Beschwerdeführerin nie psychisch krank gewesen und ihre Arbeitsfähigkeit sei aus psychischen Gründen nie beeinträchtigt gewesen, weshalb eine gutachterliche Neu Beurteilung eines unveränderten Sachverhalts vorliege (BVGer-act. 1 S. 6 f., 10 S. 2).

E. 5.3.3

Die ursprüngliche Zusprache der halben IV-Rente beruhte auf den Austrittsberichten der Rheuma- und Rehabilitationsklinik C._____ vom 6. Dezember 2001 (Vorakten 1) bzw. 8. Mai 2002 (Vorakten 3). Die Beschwerdeführerin hatte dort zunächst in ambulanter (19. September bis 7. November 2001) und anschliessend in stationärer Behandlung (26. März bis 16. April 2002) gestanden. Von den zuständigen Rheumatologen der Klinik C._____ wurden die folgenden Diagnosen gestellt (Vorakten 3/1): Therapierefraktäres, zervikospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont bei: leichter Fehllhaltung muskulärer Dysbalance im Nacken-/Schultergürtelbereich leichter Impingement-Symptomatik des Musculus supraspinatus rechts In den beiden Berichten standen nur somatische Beschwerden und Befunde sowie entsprechende Therapien zur Diskussion, wobei die Schmerzen - laut Angaben der Beschwerdeführerin - Mitte 2001 begonnen hatten (Vorakten 1/1). Während Dr. med. D._____ in seinem Bericht vom 6. Dezember 2001 noch offen liess, inwieweit eventuell eine nicht rheumatologische Erkrankung vorliege (Vorakten 1/2 f.), führten Dr. med. E._____ und Dr. med. F._____ im Bericht vom 8. Mai 2002 aus, dass ihre klinisch tätige Psychologin in den Einzelgesprächen keine Hinweise für relevante psychosoziale Belastungsfaktoren, eine depressive Entwicklung oder eine pathologische Schmerzverarbeitung gefunden habe (Vorakten 3/2). Es wurde in diesen Berichten auf die

ausbleibende Besserung und die sich auf den Therapieverlauf nachteilig auswirkende Arbeit der Beschwerdeführerin als Näherin mit monotoner, repetitiver Arbeitsbelastung des Schultergürtels hingewiesen (Vorakten 3/2, 1/2).

E. 5.3.4

Auch der früher behandelnde Hausarzt Dr. med. G. _____ bestätigte in seinem Arztbericht vom 11. Juli 2002 (Vorakten 6) die in C. _____ gestellten Diagnosen, welche seit ca. Dezember 2000 bestünden, und führte an, es müsse angenommen werden, dass die Schmerzen durch die langdauernde Fehlhaltung verursacht worden seien, welche bei der von der Beschwerdeführerin ausgeführten Näharbeit unvermeidlich sei, so dass eine Beschäftigung in diesem Beruf nicht mehr in Frage komme. Der später behandelnde Allgemeinmediziner Dr. med. H. _____ übernahm in seinen Berichten vom 30. Oktober 2002 bzw. 8. Dezember 2003 (Vorakten 12, 21) die bisher gestellten Diagnosen. Im von ihm ausgefüllten Formularbericht E 213 (Eingang bei der IV-Stelle: 5. November 2004; Vorakten 37) diagnostizierte er zusätzlich ein lumbospondylogenes Syndrom rechts. Auch im Bericht der Berufsberatung vom 7. April 2004, welcher auf einem Abklärungsaufenthalt beruhte (Vorakten 22), wurden die Schmerzen auf eine zu hohe (körperliche) Belastung zurückgeführt (Vorakten 25/1).

E. 5.3.5

Mit Blick auf die oben erwähnten Arztberichte wird ersichtlich, dass die ursprüngliche Rentenzusprache nicht - wie die Vorinstanz vorbringt - ohne Weiteres auf einem unklaren Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage beruhte. In den für die Rentenausrichtung massgeblichen medizinischen Berichten wurden die Beschwerden der Beschwerdeführerin übereinstimmend auf eine langjährige (körperliche) Fehlbelastung bei der Arbeit als Näherin zurückgeführt. Entsprechend wurden aus rheumatologischer Sicht eine (körperliche) Fehlhaltung sowie eine muskuläre Dysbalance konstatiert. Bei der von den untersuchenden Rheumatologen festgestellten Impingement-Symptomatik handelt es sich rechtsprechungsgemäss ebenfalls um einen objektivierbaren somatischen Befund, mithin um ein Krankheitsbild mit klar fassbarer organischer Grundlage (Urteil des BGer 9C_308/2013 vom 26. August 2013 E. 5.1). Zwar wurde das Beschwerdebild auch als unspezifisch bezeichnet (Vorakten 3/2), von nicht erklärbaren Beschwerden oder einer Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden war jedoch in sämtlichen für die Rentenzusprache massgeblichen Berichten keine Rede. Hinweise für das Vorliegen von depressiven, psychosozialen oder psychopathologischen Faktoren wurden sogar ausdrücklich verneint. Im Zeitpunkt der Zusprache der IV-Rente (Juli 2004 bzw. August 2006) war die relevante Rechtsprechung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage im Übrigen bereits anzuwenden (siehe BGE 130 V 352 vom 12. März 2004 und seither ergangene Urteile; vgl. jetzt geänderte Rechtsprechung in BGE 141 V 281). Aufgrund der Akten bestehen jedoch keine Hinweise dafür, dass diese einschlägige Praxis bei der vorliegenden Rentenzusprechung beachtet worden wäre. Da offensichtlich von einer ausschliesslich körperlichen Problematik ausgegangen wurde, ist dies nicht zu beanstanden. Hinzu kommt, dass die ausgerichtete Rente anlässlich der amtlichen Revision im Jahre 2010 bestätigt wurde (vgl. Vorakten 93), und zwar gestützt auf den orthopädischen Arztbericht aus Portugal, in welchem (im Juli 2009) weitere somatische Befunde (Spondylose L5-S1 mit einer Spondylolisthesis, lumbale Skoliose, Gonarthrose) attestiert wurden (Vorakten 85, BVGer-act. 21/2 [Übersetzung]). Die Zusprache der IV-Rente

basierte denn schliesslich auch auf dem Gebrechenscode 738 ("Übrige Veränderungen an Knochen und Bewegungsorganen [Bänder, Muskeln, Sehnen]"; vgl. Codizes zur Gebrechens- und Leistungsstatistik des BSV, Vorakten 70) bzw. einer körperlichen Störung. Von einem unklaren Beschwerdebild im Sinne von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG kann unter diesen Umständen nicht ausgegangen werden (vgl. Urteil des BVGer C-6597/2014 vom 28. Mai 2015 E. 5.5). Im Übrigen liegt insgesamt auch kein medizinischer Sachverhalt vor, bei dem unter den in bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorgezeichneten Bedingungen (vgl. E. 5.2.1.1, 5.2.1.2) eine getrennte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von unklaren und erklärbaren Beschwerden vorzunehmen wäre. Daran ändert nichts, dass das polydisziplinäre Gutachten vom 25. April 2014 retrospektiv die aktenkundigen vorangehenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als "nicht haltbar" bezeichnet und ausführt, die Diagnose eines zervikospondylogenen Schmerzsyndroms repräsentiere "einen klinischen Jargon- bzw. Verlegenheitsbegriff für biologisch unverstandene Störungen", und "die in diesem Kontext häufig angeführten bildmorphologischen Befunde degenerativer Wirbelsäulenalterationen" würden "für sich allein die Attestierung einer behinderungsrelevanten Erkrankung nicht begründen", sondern es bedürfe "stets eines überzeugenden klinischen Befundkorrelats", an dem es bei der Beschwerdeführerin jedoch mangle (Vorakten 139/29 f.). Wie dargelegt, wurde die Rentenzusprache einzig mit körperlichen (Fehl-)Belastungen bzw. Ursachen begründet und es lagen objektivierbare somatische Befunde vor. Eine psychosomatische Problematik wurde damals ausgeschlossen und auch im polydisziplinären Gutachten retrospektiv nicht thematisiert. Was die von den Gutachtern geäusserte Kritik an den vorangehenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht auf Fälle auszudehnen ist, in denen fraglich ist, ob die Einschätzung der funktionellen Folgen (vollständig) mit dem diagnostizierten Gesundheitsschaden korreliert (Urteile des BGer 9C_654/2013 vom 21. Januar 2014 E. 3.3 und 9C_379/2013 vom 13. November 2013 E. 3.2.3; siehe auch Urteil des BVGer C-6597/2014 vom 28. Mai 2015 E. 5.7). Insgesamt kann deshalb aufgrund der Akten nicht davon ausgegangen werden, dass die Rentenzusprache vorliegend auf einem pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebild beruhte.

E. 5.3.6

Eine Rentenrevision unter dem Titel von Bst. a SchlBest. IVG ist damit ausgeschlossen (vgl. E. 5.2.1). Ob entsprechend der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. E. 5.2.2) auch im Revisionszeitpunkt ein unklares Beschwerdebild vorlag, ist folglich für die Frage der Anwendbarkeit von Bst. a SchlBest. IVG nicht (mehr) entscheidend. Im seitens der Vorinstanz vorgelegten polydisziplinären Gutachten wird jedenfalls keine entsprechende Diagnose gestellt (Vorakten 139/31) und die Frage nach einer allfälligen Rentenüberprüfung gemäss der besagten Schlussbestimmung sogar ausdrücklich verneint (Vorakten 139/34).

E. 5.4

Als Zwischenergebnis ist damit festzuhalten, dass die Voraussetzungen für eine Rentenüberprüfung gemäss Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG nicht erfüllt sind. Die halbe IV-Rente der Beschwerdeführerin kann deshalb nicht gestützt auf Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG aufgehoben werden.

E. 6

Stellt sich die Frage nach einer Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente, bildet die (geänderte) Rente als solche Streitgegenstand, nicht die rechtliche Begründung für die Anpassung der Leistung. Revision (Art. 17 ATSG), Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) oder Überprüfung nach Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG stellen nicht verschiedene Streitgegenstände dar, sondern verschiedene rechtliche Begründungen für den Streitgegenstand "Abänderung des Rentenanspruchs". Hat der Versicherungsträger die Rente mit einer unzutreffenden Begründung herabgesetzt oder aufgehoben, führt aber die richtige Begründung zum nämlichen Ergebnis, so ist deshalb die Verfügung zu bestätigen. Die Rechtsprechung zur substituierten Begründung kommt auch im Zusammenhang mit einer - wie hier - fehlgeschlagenen Anwendung der SchlBest. zur 6. IV-Revision zum Tragen. Vorausgesetzt ist jedoch, dass das Gericht über die nötigen Beurteilungsgrundlagen verfügt (Urteile des BGer 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 3.2.2 sowie 9C_31/2014 vom 5. September 2014 E. 5 m.w.H.).

E. 7

Zunächst ist festzuhalten, dass im vorliegenden Fall die Zusprache der halben IV-Rente durch das Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons B. _____ vom 16. August 2006 erfolgte (vgl. Sachverhalt B.b). Entscheide eines Gerichts können jedoch nicht in Wiedererwägung gezogen werden; hier ist ausschliesslich die Revision möglich (Kieser, a.a.O., Art. 53 Rz. 45; siehe Art. 61 Bst. i ATSG), für welche dasjenige Gericht zuständig ist, dessen Entscheid im Revisionsverfahren zu überprüfen ist (Kieser, a.a.O., Art. 61 Rz. 229 und Art. 53 Rz. 36). Die vorliegend angefochtene Verfügung kann im vorliegenden Beschwerdeverfahren demzufolge nicht mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung geschützt werden.

E. 8

Im Folgenden ist zu prüfen, ob sich die von der Vorinstanz vorgenommene Rentenaufhebung unter dem Titel der Revision nach Art. 17 ATSG rechtfertigen liesse.

E. 8.1

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).

E. 8.1.1

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche 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 oder der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 134 V 131 E. 3 m.H.). Dagegen ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes, namentlich des Gesundheitsschadens oder auch der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit, unerheblich (BGE 112 V 371 E. 2b m.H.; Sozialversicherung Rechtsprechung [SVR] 2006 IV Nr. 45 E. 2; 2004 IV Nr. 5 E. 3.3, 3.4; 1996 IV Nr. 70 E. 3a; Kieser, a.a.O., Art. 17 Rz. 26). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil der versicherten Person (BGE 135 V 201 E. 6.1.1 m.H., u.a. auf BGE 115 V

308 E. 4a/dd). Namentlich bildet die Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen gemäss BGE 130 V 352 keinen hinreichenden Anlass, um unter dem Titel der Anpassung an eine geänderte Gerichtspraxis auf Renten zurückzukommen, welche zu einem früheren Zeitpunkt mittels formell rechtskräftiger Verfügung zugesprochen wurden (BGE 135 V 201 E. 7; 135 V 215 E. 6).

E. 8.1.2

Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Unter einer Sachverhaltsabklärung im Sinne von BGE 133 V 108 muss eine Abklärung verstanden werden, die - wenn sie inhaltlich zu einem anderen Ergebnis führt - geeignet ist, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder -aufhebung zu begründen (Urteil des BGer 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 6.2).

E. 8.2

Zunächst ist zu klären, von welchem zeitlichen Referenzzeitpunkt für die Prüfung der Änderung des Invaliditätsgrades auszugehen ist. Die ursprüngliche (erstmalige) Gewährung der halben IV-Rente erfolgte mit rechtskräftigem Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons B._____ vom 16. August 2006 insbesondere gestützt auf die oben dargelegten Austrittsberichte der Rheuma- und Rehabilitationsklinik C._____ (vgl. E. 5.3.3, 5.3.5) und nach erwerblichen Abklärungen (Vorakten 5, 22, 25) sowie der Durchführung eines Einkommensvergleichs (Vorakten 45). Es fand demnach eine umfassende materielle Anspruchsprüfung statt. Im Jahre 2010 überprüfte die IVSTA von Amtes wegen den bisherigen Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin (58%) und bestätigte diesen mit formloser Mitteilung vom 11. Januar 2010 (Vorakten 94). Den Akten ist nicht zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin diese Mitteilung beanstandet hätte. Vor deren Erlass holte die IVSTA (in Portugal) ärztliche Formular- bzw. Verlaufsberichte ein (Vorakten 84-87, BVGer-act. 21/1-3 [Übersetzung]). Weitere, eingehende Abklärungen fanden nicht statt. Der formlosen Mitteilung aus dem Jahre 2010 lag somit keine rechtskonforme Sachverhaltsabklärungen im Sinne der Rechtsprechung zugrunde (vgl. E. 8.1.2). Unter diesen Umständen ist es vorliegend gerechtfertigt, hinsichtlich des Referenzzeitpunkts auf das kantonale Gerichtsurteil vom 16. August 2006 abzustellen.

E. 8.3

Zu prüfen ist im Folgenden, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitraum vom 16. August 2006 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 28. Januar 2016 in rentenrelevanter Weise verbessert hat.

E. 8.3.1

Wie bereits ausgeführt (E. 5.3.3), stützte sich die ursprüngliche Rentenzusprache auf die beiden Austrittsberichte der Rheuma- und Rehabilitationsklinik C._____ vom 6. Dezember 2001 bzw. 8. Mai 2002. Danach litt die Beschwerdeführerin laut den von den zuständigen Rheumatologen gestellten Diagnosen an einem therapierefraktären,

zervikospondylogenen Schmerzsyndrom rechtsbetont, bei leichter Fehlhaltung, muskulärer Dysbalance im Nacken-/Schultergürtelbereich sowie leichter Impingement-Symptomatik des Musculus supraspinatus rechts (Vorakten 1/1 und 3/1). Eine Beschäftigung im bisherigen Beruf als Näherin (mit monotoner, repetitiver Belastung des Schultergürtels) kam nicht mehr in Frage. Die behandelnden Hausärzte attestierten der Beschwerdeführerin für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit deshalb eine andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit (Vorakten 6/1, 12/1, 37/10). Empfohlen wurde insbesondere eine Tätigkeit mit wechselnden Positionen ohne Drehbewegungen (Vorakten 6/2, vgl. auch Vorakten 37/9). Gestützt auf die Ergebnisse der beruflichen Abklärung (Vorakten 22) errechnete das Versicherungsgericht des Kantons B._____ für eine angepasste (leichte manuelle) Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 39% (Vorakten 45/5).

E. 8.3.2

Nach der Rentengewährung im Juli 2004 durch die IV-Stelle B._____ (vgl. Sachverhalt B.a) erhielt die Beschwerdeführerin während rund 12 Jahren eine IV-Rente. Wie erwähnt (E. 8.2), wurde der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin von der IVSTA im Jahre 2010 von Amtes wegen überprüft. Nachdem sie zu diesem Zweck (in Portugal) ärztliche Berichte eingeholt hatte, ging der zuständige RAD-Arzt Dr. med. I._____ (Allgemeine Innere Medizin FMH, vgl. www.doctorfmh.ch, abgerufen am 3.5.2018) von einer stabilen Situation und einer unveränderten Arbeitsfähigkeit aus (Vorakten 93/1).

E. 8.3.3

Die Vorinstanz stützte die angefochtene Rentenaufhebungsverfügung vom 28. Januar 2016, welche (zu Unrecht) in Anwendung von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG erfolgte, insbesondere auf die von Dr. med. K._____, Allgemeine Innere Medizin FMH, Dr. med. L._____, Neurologie FMH, Dr. med. M._____, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, sowie Dr. med. N._____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstellten Gutachten, welche auf den ambulanten Erhebungen und Untersuchungen vom 7. Januar 2014 basierten, sowie auf die im Verlauf des Vorverfahrens eingeholten Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA. In diesen Unterlagen wurden der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowie dessen Auswirkungen auf ihre Arbeitsfähigkeit wie folgt beurteilt:

E. 8.3.3.1

Das von der Vorinstanz bei der PMEDA (Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen) eingeholte polydisziplinäre Gutachten vom 25. April 2014 verneinte Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Es stellte einzig die folgenden Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Vorakten 139/31): Grenzwertige arterielle Hypertonie, ICD-10: I10, Adipositas, BMI 31,5, ICD-10: E66.10, mit assoziierter Haltungsinsuffizienz, ICD-10: R29.3, Enthesiopathie des pes anserinus rechts, DD: Bursitis pes anserinus, ICD-10: M71.56. In der zusammenfassenden Konsensbeurteilung (Vorakten 139/28) kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder auch einer anderen, körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts per sofort als zu 100% gegeben anzusehen sei. Auf somatischem Gebiet würden sich lediglich medizinisch-theoretische qualitative Einschränkungen für körperlich häufig schwere Tätigkeiten ergeben, dies aufgrund der erheblichen Adipositas, der assoziierten

Haltungsinsuffizienz und der Enthesiopathie. Weiter wurde ausgeführt, dass in allen somatischen Teilgutachten eine deutliche Diskrepanz zwischen den anamnestisch reklamierten Schmerzen und dem unbeeinträchtigten klinischen Eindruck auffällig sei, was für eine zumindest anteilig wesentliche bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden spreche. Psychiatrischerseits liege keine gravierende Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung, einer Fibromyalgie, eines chronischen Müdigkeitssyndroms oder eines ähnlichen Beschwerdebildes wurden ausdrücklich verneint (Vorakten 139/31). Die Gutachter stellten der Beschwerdeführerin hinsichtlich einer stabilen Arbeitsfähigkeit eine günstige Prognose, da Belege für gravierende Strukturpathologien fehlen würden (Vorakten 139/32).

E. 8.3.3.2

Dr. med. O. _____, FMH Allgemeine Innere Medizin, des medizinischen Dienstes der Vorinstanz verneinte in seiner Stellungnahme vom 9. Mai 2014 (Vorakten 142) das Bestehen einer Hauptdiagnose und erwähnte auch keine weiteren Diagnosen. Vielmehr attestierte er der Beschwerdeführerin gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten und aufgrund eines stabilisierten Gesundheitszustandes in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 0% (d.h. eine Arbeitsfähigkeit von 100%) ab 25. April 2014.

E. 8.3.3.3

Dr. med. P. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, medizinischer Dienst der Vorinstanz, stellte in seiner Stellungnahme vom 25. Juni 2014 (Vorakten 144) ebenfalls keine Hauptdiagnose (und auch keine weiteren Diagnosen) und ging bei der Beschwerdeführerin von einer Arbeitsunfähigkeit aus, die "schon immer" 0% betragen habe. Dr. P. _____ ging von einem stabilisierten Gesundheitszustand aus und verneinte das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung der Beschwerdeführerin für jeglichen Zeitpunkt.

E. 8.3.4

Was die Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit dem Referenzzeitpunkt (16. August 2006) betrifft, ergibt sich aus den aktenkundigen medizinischen Unterlagen Folgendes:

E. 8.3.4.1

Im vorliegenden polydisziplinären Gutachten wurden die aktenkundigen vorangehenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der Konsensbeurteilung (Vorakten 139/29 f.) als "versicherungsmedizinisch nicht haltbar" bezeichnet mit der Begründung, sie würden im Wesentlichen auf den subjektiven Klagen der Beschwerdeführerin beruhen, keine strukturellen biologischen Läsionen belegen, keine gravierenden behinderungsrelevanten klinischen Befunde ausweisen und die deutliche Diskrepanz zwischen reklamierten Schmerzen und dem unbeeinträchtigten klinischen Eindruck ignorieren. Es wurde ausgeführt, die aktenkundige "Diagnose" eines "zervikospondylogenen Schmerzsyndroms" repräsentiere "einen klinischen Jargon- bzw. Verlegenheitsbegriff für biologisch unverstandene Störungen" und stelle keine Diagnose im Sinne der Schulmedizin dar. Bei der Beschwerdeführerin mangle es an einem überzeugenden klinischen Befundkorrelat. Die Gutachter erachteten daher eine Erkrankung mit langfristigem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten bzw. zuletzt ausgeübten sowie in jeder vergleichbaren Tätigkeit nicht nur im Begutachtungszeitpunkt,

sondern auch vorangehend als nicht hinreichend wahrscheinlich (Vorakten 139/32). Angepasste Tätigkeiten hielten sie daher aktuell und auch zuvor als nicht geboten (Vorakten 139/33).

E. 8.3.4.2

Der medizinische Dienst der Vorinstanz nahm für den massgeblichen Referenzzeitraum keine gesundheitliche Veränderung an: Der Allgemeinmediziner Dr. I. _____ beurteilte den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in seiner Stellungnahme vom 22. Dezember 2009 als stabil (Vorakten 93). Der Psychiater Dr. P. _____ schloss am 25. Juni 2014 sowohl für den Zeitpunkt der Berentung als auch im aktuellen Zeitpunkt einen psychiatrischen Gesundheitsschaden der Beschwerdeführerin aus (Vorakten 144). Den Umstand, dass die Beschwerdeführerin von ca. 2008 bis 2010 aufgrund der psychiatrischen Erkrankung ihres Ehemannes sehr belastet war und einer Begleitung durch einen Psychiater bedurfte, erachtete Dr. P. _____ als eine normale Reaktion auf eine schwierige Situation (Vorakten 144/2).

E. 8.3.4.3

Den aktenkundigen medizinischen Dokumenten aus Portugal lässt sich in Bezug auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und einer diesbezüglichen Veränderung im massgebenden Referenzzeitraum Folgendes entnehmen: 8.3.4.3.1 Im orthopädischen Bericht vom 10. Juli 2009 diagnostizierte Dr. Q. _____ - wie bereits erwähnt (E. 5.3.5) - eine Spondylose L5-S1 mit einer Spondylolisthesis, lumbale Skoliose, Gonarthrose. Er beurteilte die Beschwerdeführerin im Hinblick auf körperliche Anstrengungen als eingeschränkt, erachtete ihre Situation jedoch als stabil (Vorakten 85, BVGer-act. 21/2 [Übersetzung]). Dr. R. _____ erwähnte im Formularbericht E 213 vom 6. Oktober 2009 als Diagnosen ausserdem "Depressionen und Ängste" (Vorakten 86, BVGer-act. 21/3 [Übersetzung]). 8.3.4.3.2 Laut dem Bericht des Rheumatologen Dr. S. _____ vom 13. März 2013 bestehen bei der Beschwerdeführerin eine chronische, beidseitige Tendinitis des oberen Dornfortsatzes, eine Arthrose der Halswirbelsäule sowie Folgeschäden eines beidseitigen Karpaltunnelsyndroms. Er diagnostizierte auch eine Schleimbeutelentzündung (subacromialis/subdeltoidea) in den Schultern sowie eine abweichende Krümmung des Acromions mit einer eindeutigen Verringerung der akromialen Räume, was zu Bewegungseinschränkungen der Schultern führe. Hinsichtlich der Hals- und Lendenwirbelsäule bestehe eine multiple, degenerative Erkrankung und es liege eine Arthralgie der Hände mit degenerativen Knötchen in den Interphalangealgelenken vor. Das Schmerzbild werde noch verschlimmert durch die Folgen einer Dekompressionsoperation des Mittelnervs. Dr. S. _____ kam in seinem Bericht zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin insgesamt ein Krankheitsbild vorliege, welches ihre Arbeitsfähigkeit dauerhaft und unwiederbringlich einschränke und sie definitiv für jede Art von Tätigkeit arbeitsunfähig mache (Vorakten 153, BVGer-act. 23/4 [Übersetzung]). Im psychiatrischen Bericht vom 25. März 2013 hielt der Psychiater Dr. T. _____ fest, dass die Beschwerdeführerin an einer Dysthymie mit phasenweise stärkeren Depressionen leide (Vorakten 112, BVGer-act. 21/4 [Übersetzung]). Die Rheumatologin Dr. U. _____ führte in ihrer Beurteilung vom 10. April 2013 aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine chronische Tendinopathie der Rotatorenmanschetten auf beiden Seiten mit sichtbaren, schwerwiegenden Auswirkungen auf die Motorik. Ausserdem leide sie an Schmerzen in der Wirbelsäule im Zusammenhang mit der Arthrose (Vorakten 113, BVGer-act. 21/5 [Übersetzung]). Im Formularbericht E 213, welcher auf einer Untersuchung vom 14. Mai

2013 basiert, wiederholte der Arzt V. _____ die bisher gestellten Diagnosen (dysthymische Störung mit phasenweise starken Depressionen, chronische Tendinopathie der Rotatorenmanschetten auf beiden Seiten, Cervicalgie aufgrund degenerativer Erkrankung, mögliches Karpaltunnelsyndrom; Vorakten 114, BVGer-act. 21/6 [Übersetzung]).

E. 8.3.5

Zum Beweiswert des von der Verwaltung eingeholten medizinischen Gutachtens und der entsprechenden Stellungnahmen des medizinischen Dienstes sowie der weiteren aktenkundigen ärztlichen Unterlagen ist grundsätzlich auf das vorne Dargelegte (vgl. E. 4.4) zu verweisen.

E. 8.3.6

Im Zusammenhang mit einer Rentenrevision hängt der Beweiswert eines Gutachtens sodann wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhaltes - bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. dazu BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a), 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 Gesundheitszustandes stattgefunden hat (Urteil des BGer 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2; Andreas Traub, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, SZS 2012 S. 184). 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 (Urteil des BGer 9C_418/2010 E. 4.3; Traub, a.a.O., S. 184 f.).

E. 8.3.7

Ausserdem ist bei der Beweiswürdigung eines medizinischen Gutachtens Folgendes zu beachten: Das Bundesgericht hat mit BGE 141 V 281 seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermögen, grundlegend überdacht und teilweise geändert. Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht entschieden (E. 6 und 7), dass die gemäss BGE 141 V 281 geänderte Rechtsprechung grundsätzlich für sämtliche psychischen Erkrankungen gilt.

E. 8.3.7.1

Weiterhin kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (BGE 130 V 396). Auch künftig wird der Rentenanspruch - in Nachachtung der verfassungs- und gesetzmässigen Vorgaben von Art. 8 und 29 BV (Rechtsgleichheit) und Art. 7 Abs. 2 ATSG (objektivierte Zumutbarkeitsbeurteilung) - anhand eines normativen Prüfrasters beurteilt (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.2; 139 V 547 E. 5.9), und es braucht

medizinische Evidenz, dass die Erwerbsunfähigkeit aus objektiver Sicht eingeschränkt ist. Indes hält das Bundesgericht an der Überwindbarkeitsvermutung nicht länger fest (BGE 141 V 281 E. 3.5). Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells tritt ein strukturiertes, normatives Prüfraster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (Urteil des BGer 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 [SVR 2015 IV Nr. 38] E. 3.1; zum Ganzen: Urteil des BGer 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2).

E. 8.3.7.2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3) mit den Komplexen "Gesundheitsschädigung" (E. 4.3.1; Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome [E. 4.3.1.1]; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [E. 4.3.1.2]; Komorbiditäten [E. 4.3.1.3]), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und "sozialer Kontext" (E. 4.3.3) sowie Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Sie erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 in fine; zum Ganzen: Urteil des BGer 9C_534/2015 E. 2.2.1).

E. 8.3.7.3

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss dort, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Notwendigkeit fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten auszeichnen (BGE 143 V 418 E. 7.1). Gleiches gilt, wenn etwa die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (siehe auch BGE 141 V 281 E. 2.2; Urteil des BGer 9C_534/2015 E. 2.2.2 m.w.H.). Wie das Bundesgericht im Urteil 9C_899/2014 festgehalten hat, ist aber die Grenzziehung zwischen einer anspruchsausschliessenden Aggravation und einer blossen Verdeutlichungstendenz - welche nicht gleichgesetzt werden dürfen - heikel. Zum einen prägt die (unbewusste) Tendenz zur Schmerzausweitung und -verdeutlichung das Wesen von Schmerzstörungen und vergleichbaren Leiden gerade mit, welche sich bekanntlich dadurch charakterisieren, dass für die geklagten Beschwerden kein ausreichendes organisches Korrelat gefunden werden kann. Zum andern dürfen die Besonderheiten des sozialversicherungsrechtlichen Abklärungsverfahrens nicht ausser Acht gelassen werden.

Die versicherte Person, welche mit ihrer Anmeldung bei der Invalidenversicherung die Zusprechung von Versicherungsleistungen bezweckt, wird vielfach (wenn auch nicht ausnahmslos) - bewusst oder unbewusst - ihre Beschwerden und Einschränkungen im Hinblick auf dieses Ziel präsentieren (Urteil des BGer 9C_899/2014 E. 4.2.1 m.H. auf Rechtsprechung und Literatur). Andererseits bleibt ein strukturiertes Beweisverfahren dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann. Dies alles zeigt, dass es hinsichtlich Notwendigkeit des strukturierten Beweisverfahrens stets einer einzelfallweisen Beurteilung aufgrund der konkreten Fallumstände und der jeweiligen Beweisproblematik bedarf (BGE 143 V 418 E. 7.1).

E. 8.3.7.4

Intertemporalrechtlich gilt es zu beachten, dass gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten ihren Beweiswert nicht per se verlieren. Mit Blick auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen bei der Einschätzung des funktionellen Leistungsvermögens ist jedoch in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten, gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten, eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8; Urteil des BGer 9C_534/2015 E. 2.2.3).

E. 8.3.8

Beim vorliegenden PMEDA-Gutachten handelt es sich um ein polydisziplinäres Gutachten einer MEDAS-Stelle (www.suissemedap.ch, besucht am 24.5.2018), welches als versicherungsexternes Gutachten gilt (BGE 132 V 376 E. 6.2; Müller, a.a.O., § 25, Rz. 1725). Wie vorne dargelegt (E. 4.4.3), haben versicherungsexterne Gutachten dann vollen Beweiswert, wenn sie die allgemeinen Anforderungen erfüllen und nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen.

E. 8.3.8.1

Seitens der Beschwerdeführerin wird in formeller Hinsicht eingewendet, die nach Erstattung des PMEDA-Gutachtens vom 25. April 2014 bei der Vorinstanz eingereichten ärztlichen Beurteilungen aus Portugal hätten den PMEDA-Gutachtern zur Stellungnahmen und Ergänzung des Gutachtens vorgelegt werden müssen (BVGer-act. 1 S. 7). Die Vorinstanz führt dazu aus, die neu zugesandten Akten hätten am feststehenden Ergebnis nichts zu ändern vermocht, weshalb sich deren gutachterliche Unterbreitung nicht als zwingend nötig erwiesen habe (BVGer-act. 6 S. 2). Die Vorinstanz stützt sich dabei auf die Meinung ihres medizinischen Dienstes, welcher am 15. Januar 2015 zum Ergebnis gelangte, dass die in den nachträglich eingereichten Dokumenten aus Portugal festgestellten gesundheitlichen Veränderungen in den im PMEDA-Gutachten genannten Diagnosen enthalten seien; die in den portugiesischen Unterlagen gemachten Feststellungen würden mit denjenigen der PMEDA-Experten übereinstimmen (Vorakten 158/1). Die von der portugiesischen Verbindungsstelle bei der Vorinstanz (Eingang: 14. November 2014) eingereichten medizinischen Unterlagen (Vorakten 149-154) stammen aus den Jahren 2012 und 2013, mithin aus der Zeit vor Erstellung des PMEDA-Gutachtens am 25. April 2014, und lagen den PMEDA-Gutachtern unbestrittenermassen nicht vor. Entgegen der Ansicht

des medizinischen Dienstes der Vorinstanz stimmen die in den medizinischen Berichten aus Portugal enthaltenen Feststellungen aber nur teilweise mit denjenigen der PMEDA-Experten überein. So äussert sich der für die rheumatologische Untersuchung zuständig gewesene PMEDA-Gutachter Dr. M. _____ - welcher im Übrigen über einen Facharztstitel in physikalischer Medizin und Rehabilitation, nicht aber über einen solchen in Rheumatologie verfügt - z.B. nicht zu sämtlichen vom portugiesischen Rheumatologen Dr. S. _____ festgestellten Leiden (wie chronische, beidseitige Tendinitis des oberen Dornfortsatzes, Folgeschäden eines beidseitigen Karpaltunnelsyndroms, Schleimbeutelentzündung in den Schultern sowie eine abweichende Krümmung des Acromions mit einer eindeutigen Verringerung der akromialen Räume; vgl. Vorakten 139/13 ff. und 153). Ob bei Kenntnis der unberücksichtigt gebliebenen medizinischen Unterlagen aus Portugal eine andere Beurteilung erwartet werden konnte und inwieweit der Beweiswert des rheumatologischen (Teil-)Gutachtens aus diesem Grund sowie mangels hinreichender rheumatologischer Qualifikation des Gutachters Dr. M. _____ geschmälert wird, kann angesichts der nachfolgenden Erwägungen jedoch offenbleiben.

E. 8.3.8.2

Das vorliegende PMEDA-Gutachten, welches von den massgeblichen medizinischen Beurteilungen aus den Jahren 2001 bzw. 2002 (E. 8.3.1) und dem Jahre 2009 (E. 8.3.2) erheblich abweicht, spricht sich nicht hinreichend darüber aus, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin im Referenzzeitraum stattgefunden hat. Es wird nicht schlüssig aufgezeigt, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu der neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_418/2010 E. 4.3). Wie schon erwähnt, werden die für die Rentenzusprache massgeblichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der Konsensbeurteilung des polydisziplinären Gutachtens vielmehr als "versicherungsmedizinisch nicht haltbar" bezeichnet (Vorakten 139/29 f.). Eine Erkrankung mit langfristigem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten bzw. zuletzt ausgeübten sowie jeder vergleichbaren Tätigkeit wird auch "vorangehend" als nicht hinreichend wahrscheinlich beurteilt (Vorakten 139/32) und angepasste Tätigkeiten werden auch "zuvor" als nicht geboten erachtet (Vorakten 139/33). Die im PMEDA-Gutachten enthaltenen Diagnosen und Schlussfolgerungen lassen somit lediglich auf eine unterschiedliche Beurteilung des Sachverhalts schliessen und sind nicht Ausdruck einer Änderung der tatsächlichen Verhältnisse. Dieser Ansicht ist im Übrigen auch die Vorinstanz, wenn sie davon ausgeht, dass sich aus dem Gutachten keine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes (Vorakten 147/1) und der Erwerbsfähigkeit im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG ergeben habe (Vorakten 177/1). Das PMEDA-Gutachten ist folglich nicht beweiskräftig für eine Rentenrevision gemäss Art. 17 ATSG.

E. 8.3.8.3

Hinzu kommt, dass das hier in Frage stehende, vom Psychiater Dr. N. _____ verfasste psychiatrische PMEDA-Teilgutachten nach altem Verfahrensstandard bzw. vor Änderung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu den somatoformen und übrigen psychischen Leiden (vgl. dazu E. 8.3.7 vorne) verfasst wurde. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (E. 8.3.7.3) kann vorliegend von der Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster nicht abgesehen werden, da eine entsprechende Notwendigkeit zu bejahen ist: Zum einen stehen keine Störungsbilder (wie

Schizophrenie, Zwangs-, Ess- und Panikstörungen) zur Diskussion, die sich aufgrund klinischer psychiatrischer Untersuchung bezüglich ihrer Überprüf- und Objektivierbarkeit mit somatischen Erkrankungen vergleichen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1 m.H.a. 139 V 547 E. 7.1.4). Zum anderen fehlen beweismässige fachärztliche Berichte, welche die Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneinen. Auf das PMEDA-Gutachten kann - wie oben dargelegt - nicht abgestellt werden. Ebenso wenig können folglich die psychiatrischen Stellungnahmen des medizinischen Dienstes herangezogen werden, welche sich einzig auf das PMEDA-Gutachten stützen. Schliesslich besteht aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten insgesamt nicht hinreichende Klarheit darüber, dass die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind. Anzeichen für eine Aggravation finden sich nämlich nicht in den gesamten Akten; sie werden nur von den PMEDA-Gutachtern beschrieben (vgl. Urteil des BGE 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.3). Die IV-Stellenärztin nahm nachträglich nochmals Stellung anhand der Standardindikatoren (Vorakten 184). Allerdings erfolgte ihre Stellungnahme vom 22. Dezember 2015 vor Fällung der hier ebenfalls massgeblichen bundesgerichtlichen Urteile vom 30. November 2017 (BGE 143 V 409 und 143 V 418). Entgegen der Ansicht der IV-Stellenärztin sind im psychiatrischen PMEDA-Teilgutachten weder die leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits noch die Kompensationspotentiale (Ressourcen) andererseits hinreichend abgeklärt, um die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin richtig einzuschätzen. Namentlich wird im Gutachten nicht diskutiert, ob bei der Beschwerdeführerin, welche mit antidepressiver Medikation behandelt wird, allenfalls eine depressive Störung leicht- bis mittelgradiger Natur vorliegt. Das Gutachten begnügt sich damit, eine höhergradige Depressivität als nicht wahrscheinlich zu bezeichnen (Vorakten 139/27) und psychiatrischerseits das Vorliegen einer gravierenden Störung zu verneinen (Vorakten 139/28). Es fehlt auch eine ergebnisoffene Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen sämtlicher (psychischer und somatischer) Leiden. Dem Gutachten sind schliesslich auch keine hinreichenden Angaben zur Persönlichkeit und den psychischen Funktionen der Beschwerdeführerin zu entnehmen, welche mit dem stärkeren Einbezug der Ressourcenseite an Bedeutung gewinnen.

E. 8.3.8.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es dem vorliegenden PMEDA-Gutachten für eine Revision gemäss Art. 17 ATSG am rechtlich erforderlichen Beweiswert mangelt. Gestützt auf dieses Gutachten kann nicht mit überzeugender Wahrscheinlichkeit von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin im Zeitraum 2006-2016 ausgegangen werden. Dem vorliegenden Gutachten lässt sich zudem - insbesondere im Lichte der geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. E. 8.3.7) - keine schlüssige Einschätzung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens der Beschwerdeführerin entnehmen.

E. 8.3.9

Nach dem Gesagten vermag die Wertung des medizinischen Dienstes der Vorinstanz, wonach das PMEDA-Gutachten beweiskräftig ist, nicht zu überzeugen. Die angefochtene Rentenaufhebung kann deshalb auf der Grundlage dieses Gutachtens nicht mit der substituierten Begründung der Revision gemäss Art. 17 ATSG geschützt werden.

E. 8.3.10

Auch aus den übrigen aktenkundigen medizinischen Unterlagen lässt sich im Übrigen nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit August 2006 oder anderer revisionsbegründender Tatsachen ableiten. Der medizinische Dienst der Vorinstanz nahm für den massgeblichen Referenzzeitraum keine gesundheitliche Veränderung an (E. 8.3.4.2). Die aktenkundigen medizinischen Dokumente aus Portugal, welche die beweisrechtlichen Anforderungen an einen Arztbericht zwar nicht ohne Weiteres erfüllen (E. 4.4), liefern ebenfalls keine Hinweise dafür, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert hat (E. 8.3.4.3). Gestützt auf die vorliegenden Akten kann folglich keine Rentenrevision gemäss Art. 17 ATSG erfolgen.

E. 8.4

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass der angefochtenen Verfügung in medizinischer Hinsicht ein nicht rechtsgenügend abgeklärter Sachverhalt zugrunde liegt (vgl. Art. 12 und Art. 49 Bst. b VwVG sowie Art. 43 ATSG), weshalb hier über eine Rentenrevision gemäss Art. 17 ATSG nicht entschieden werden kann und die angefochtene Verfügung aufzuheben ist. In den Akten fehlen umfassende, schlüssige und nachvollziehbare medizinische Angaben zur Frage, wie sich der Gesundheitszustand und die Funktionseinschränkungen der Beschwerdeführerin im Referenzzeitraum entwickelt haben. Erforderlich sind entsprechende medizinische Angaben zum Verlauf der Krankheit(en) und der damit einhergehenden Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit (als Näherin) und in einer leidensangepassten Tätigkeit. Zu diesem Zweck ist ein interdisziplinäres Gutachten, welches die bisher involvierten Fachrichtungen (insbesondere Rheumatologie und Psychiatrie) umfassen soll, bei mit der Sache nicht vorbefassten Facharztpersonen in der Schweiz einzuholen. Die bisherigen Gutachter der PMEDA kommen nicht mehr in Frage, da sie anlässlich der neuen Begutachtung ihre frühere Expertise hinsichtlich Zuverlässigkeit und Schlussigkeit unberufen mussten. Unter diesen Umständen wäre das Ergebnis einer weiteren Begutachtung nicht mehr offen (vgl. dazu BGE 117 Ia 182 E. 3b mit Hinweis; Urteil des BGER 8C_89/2007 vom 20. August 2008 E. 6). Das neue interdisziplinäre Gutachten hat insbesondere aufzuzeigen, ob und allenfalls in welchem Umfang sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit August 2006 verändert hat und wie sich die allfällige Veränderung auf ihre Arbeitsunfähigkeit auswirkt. Das neu zu erstellende Gutachten hat sich mit den für den Vergleichszeitraum massgeblichen medizinischen Vorakten hinreichend auseinanderzusetzen und eine allfällige seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung genügend zu untermauern. Sodann ist bei der Begutachtung insbesondere die dargelegte neue Rechtsprechung des Bundesgerichts zu beachten (vgl. E. 8.3.7), damit eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren möglich ist.

E. 8.5

Anzufügen bleibt, dass die angefochtene Verfügung selbst dann aufzuheben wäre, wenn auf das im Revisionsverfahren eingeholte PMEDA-Gutachten abgestellt werden könnte. Nach der Rechtsprechung können Personen, deren Rente revisions- oder wiedererwägungsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens 15 Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, nicht ohne Weiteres auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen werden (SVR 2011 IV Nr. 73 [9C_228/2010] E. 3 mit Hinweisen). Vielmehr sind in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung

durchzuführen, bis die Betroffenen in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (Urteile des BGer 8C_855/2013 vom 30. April 2014 E. 2.2 und 9C_816/2013 vom 20. Februar 2014 E. 2.2, je mit Hinweisen). Dies bedeutet nicht, dass im revisions- oder wiedererwägungsrechtlichen Kontext ein Besitzstandsanspruch geltend gemacht werden könnte. Den Betroffenen wird lediglich zugestanden, dass - von Ausnahmen abgesehen - aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder einer langen Rentendauer die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist (Urteil des BGer 9C_367/2011 vom 10. August 2011 E. 3.3; vgl. auch Petra Fleischanderl, Behandlung der Eingliederungsfrage im Falle der Revision einer langjährig ausgerichteten Invalidenrente, in: SZS 2012 S. 360 ff.). Da die Beschwerdeführerin bei Erlass der rentenaufhebenden Verfügung vom 28. Januar 2016 (vgl. zum massgebenden Zeitpunkt BGE 141 V 5 E. 4.2.1) das 55. Altersjahr zurückgelegt hatte, wäre zuerst die Eingliederungsfrage zu prüfen gewesen. Eine solche Prüfung fand vorliegend aber nicht statt. Erst nach der eingehenden Prüfung der zumutbaren Selbsteingliederung bzw. der Durchführung von geeigneten Eingliederungsmassnahmen kann über eine Rentenrevision gemäss Art. 17 ATSG neu verfügt werden (vgl. Urteil des BGer 9C_524/2015 vom 30. November 2015 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen). Grundlage wird das neu zu erstellende Gutachten bilden. Es geht hier im Übrigen nicht um die im Beschwerdeverfahren streitigen Wiedereingliederungsmassnahmen gemäss Art. 8a IVG, weshalb sich diesbezüglich Weiterungen erübrigen.

E. 8.6

Die Sache ist folglich gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG zur weiteren Abklärung bzw. Vervollständigung der Akten in medizinischer Hinsicht (E. 8.4) und betreffend die Eingliederungsfrage (E. 8.5) sowie zur anschliessenden Neu Beurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. In Anbetracht dieses Ergebnisses konnte auf die vorgängige Einholung der Stellungnahmen der Parteien hinsichtlich der Anwendung von Art. 17 ATSG verzichtet werden. Das entsprechende rechtliche Gehör ist im Rückweisungsverfahren zu gewähren. Die Rückweisung an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung ist hier rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; 141 V 281 E. 6.4) ausnahmsweise möglich, da im vorliegenden Gutachten relevante Fragen (wie die Entwicklung des Gesundheitszustandes im Referenzzeitraum, die Anwendung des neuen Prüfungsrasters gemäss der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung sowie die Frage der zumutbaren Selbsteingliederung) bisher vollständig ungeklärt blieben. Würde diese mangelhafte Sachverhaltsabklärung bzw. -vurteilung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären (Art. 43 Abs. 1 ATSG), auf das Gericht (vgl. Urteil des BVGer C-6529/2014 vom 4. Juli 2016 E. 7.4).

E. 8.7

Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung dauert der Entzug der aufschiebenden Wirkung einer Beschwerde, welche gegen eine anpassungsweise verfügte Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung erhoben wird, bei Rückweisung der Sache an den Versicherungsstrahler auch für den Zeitraum des anschliessenden Abklärungsverfahrens bis zum Erlass einer neuen Verfügung an (BGE 129 V 370 E. 4 mit Hinweis auf BGE 106 V 18; Kieser, a.a.O., Art. 54 Rz. 14). Der mit der angefochtenen Verfügung angeordnete

Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde fällt daher gemäss der genannten Praxis des Bundesgerichts mit der vorliegenden Rückweisung nicht dahin. Die streitige IV-Rente gelangt somit auch weiterhin nicht zur Auszahlung.

E. 8.8

Die Beschwerde ist somit insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben ist und die Akten an die Vorinstanz zurückzuweisen sind, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen (vgl. insb. E. 8.4 und 8.5) über die Rentenrevision neu verfahren.

E. 9

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 9.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Vorschuss von Fr. 800.- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 9.2

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, Art. 7 Abs. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE], SR 173.320.2). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen; Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.-]) gerechtfertigt. Als Bundesbehörde hat die unterliegende Vorinstanz keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.