

# **BVGer C-2787/2015 vom 12. Juli 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-07-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2787\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2787_2015)

FR: TAF C-2787/2015 du 12 juillet 2018

IT: TAF C-2787/2015 del 12 luglio 2018

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Zu beurteilen ist die Beschwerde vom 1. Mai 2015 gegen die Verfügung vom 11. März 2015, mit welcher die Vorinstanz einen (weiteren) Rentenanspruch ab 1. Mai 2015 verneint hat.

#### **E. 1.1**

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich im Wesentlichen nach den Vorschriften des Bundesgesetzes über das Bundesverwaltungsgericht vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (VwVG, SR 172.021, vgl. auch Art. 37 VGG) sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1, vgl. auch Art. 3 lit. dbis VwVG).

#### **E. 1.2**

Das Bundesverwaltungsgericht beurteilt Beschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 5 VwVG von gesetzlich definierten Vorinstanzen, sofern kein Ausnahmesachverhalt gegeben ist (Art. 31, 33, 32 VGG).

#### **E. 1.3**

Zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht ist legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung besonders berührt ist, ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung und am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen hat (Art. 59 ATSG, Art. 48 Abs. 1 VwVG).

#### **E. 1.4**

Eine Beschwerde muss schriftlich, unterschrieben sowie unter Angabe von Begehren und Begründung (Art. 52 Abs.1 VwVG) innert einer Frist von 30 Tagen eingereicht werden (Art. 60 Abs. 1 ATSG; Fristenstillstand gemäss Art. 38 Abs. 3 ATSG). Bei kostenpflichtigen Verfahren ist zudem ein Vorschuss in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (Art. 63 Abs. 4 VwVG).

### **E. 2.1**

Bei Versicherten mit ausländischem Wohnsitz ist die IVSTA für die Verfügung von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) zuständig (Art. 40 Abs. 1 lit. b der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV, SR 831.201]). Die Beschwerdeführerin ist in Serbien domiziliert. Die angefochtene Verfügung vom 11. März

2015 wurde also zu Recht von der IVSTA erlassen.

### **E. 2.2**

Die Vorinstanz gehört zum gesetzlichen Kreis derjenigen, deren Entscheide an das Bundesverwaltungsgericht weitergezogen werden können (Art. 33 lit. d VGG, explizit auch Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Es liegt auch kein gesetzlich der Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts entzogener Sachverhalt vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist demzufolge zur Beurteilung der Beschwerde zuständig.

### **E. 2.3**

Als Adressatin ist die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse; sie hat auch am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen (Art. 59 ATSG, Art. 48 Abs. 1 VwVG). Ihre Rechtsinteressen werden vom bevollmächtigten Rechtsanwalt lic. iur. Armin Durrer vertreten (Vollmacht: s. B-act. 1 Beilage 4). Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert.

### **E. 2.4**

Da die Beschwerde im Übrigen form- und - in Berücksichtigung der Gerichtsferien - fristgerecht eingereicht und auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden ist, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 Bst. c ATSG, Art. 52 VwVG und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

### **E. 3.1**

Die Beschwerdeführerin ist Staatsangehörige der Republik Serbien und hat seit Juli 2003 ihren Wohnsitz in Serbien (IV 4/1). Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben die Bestimmungen des Abkommens vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen YU-CH) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 198 E. 2b; 122 V 381 E. 1 m.w.H.). Die Schweiz hat mit Serbien bisher kein neues Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen, weshalb für Bürger von Serbien weiterhin das Sozialversicherungsabkommen YU-CH zur Anwendung kommt. Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens YU-CH stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach ist die Frage, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente hat, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften zu beantworten (vgl. Art. 4 des Sozialversicherungsabkommens YU-CH).

### **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). Tatsachen, die diesen Sachverhalt seither

verändert haben, sollen grundsätzlich Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

### **E. 3.3**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts-folgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Deshalb finden jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 11. März 2015 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); weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

### **E. 3.4**

Invaldität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invaldität 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. 3.5**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invaldität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

### **E. 3.6**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von

sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben; eine gleichlautende Bestimmung sieht Art. 8 Bst. e des Sozialversicherungsabkommens vor.

### **E. 3.7.1**

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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5; 117 V 198 E. 3b; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.1). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b; SVR 2014 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.2). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 135 V 201 E. 6.4; 115 V 308 E. 4a bb S. 313). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

### **E. 3.7.2**

Gemäss Bst. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung (am 1. Januar 2012) 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. 3.7.3**

Gemäss bisheriger Rechtsprechung vermochten somatoforme Schmerzstörungen und ähnliche ätiologisch-pathogenetisch unklare syndromale Leidenszustände in der Regel keine lang dauernde, zu einer In-validität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken (vgl. Urteil des BGer 8C\_689/2014 vom 19. Januar 2015 E. 2.1 mit Hinweisen auf BGE 136 V 279 E. 3, BGE 130 V 352 E. 2.2.2 und 2.2.3, BGE 132 V 65, BGE 131 V 49 und BGE 130 V 396). Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzte das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) oder schliesslich unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person voraus (BGE 130 V 352 E. 2.2.3). Je mehr dieser Kriterien zutrafen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellten, desto eher waren die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 139 V 547 E. 9; BGE 137 V 64 E. 4.1; BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen, Urteil BGer C-1413/2013 vom 3. November 2015 E. 4.3.2).

#### **E. 3.7.4**

Die vorstehend zusammengefasst wiedergegebene Rechtsprechung erfuhr durch BGE 141 V 281 eine Praxisänderung. Zusammenfassend erwog das Bundesgericht (E. 6), dass die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen, die sich aus denjenigen Befunden ergäben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend seien, zu berücksichtigen habe, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen müsse (E. 2). Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit (E. 3) habe die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges (E. 3.4.1.1) mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe bzw. (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung (E. 3.1 und 3.2) bezweckt. Deren Rechtsnatur könne offenbleiben (E. 3.3), denn an dieser Rechtsprechung sei nicht festzuhalten (E. 3.4 und 3.5). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell werde durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt (E. 3.6). An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) - ändere sich dadurch nichts (E. 3.7). An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) würden im Regelfall beachtliche Standardindikatoren treten (E. 4). Diese liessen sich in die Kategorien Schweregrad (E. 4.3) und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen (E. 4.4). Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes (E. 4.3.1.1) und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität (E. 4.3.1.3) sei zu verzichten. Der Prüfungsraster sei rechtlicher Natur (E. 5 Ingress). Recht und Medizin wirkten sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren (E. 5.1) wie auch bei deren - rechtlich gebotener - Anwendung im Einzelfall zusammen (E. 5.2). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades sei nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen

Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen seien. Fehle es daran, habe die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (Urteil BGer C-1413/2013 vom 3. November 2015 E. 4.3.3).

#### **E. 4.1**

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens können die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids gerügt werden (Art. 49 Abs. 1 VwVG).

#### **E. 4.2**

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 dabei, 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen).

#### **E. 4.3**

Auch das Beschwerdeverfahren ist von der Untersuchungsmaxime beherrscht, weshalb das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2 und BGE 122 V 158 E. 1a, je m.w.H.) und der Rügemaxime, wonach der angefochtene Akt nicht auf sämtliche denkbaren Mängel hin zu untersuchen ist, sondern das Gericht sich nur mit jenen Einwänden auseinandersetzen muss, die in der Beschwerde thematisiert wurden (vgl. Auer, in: Auer/Müller/ Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], Zürich 2008, Art. 12 Rz. 12).

#### **E. 4.4**

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt dieser Anforderung nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b und BGE 125 V 195 E. 2, je m.w.H.). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweismasswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweismasswürdigung; UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b). Diese Praxis wurde vom Bundesgericht bestätigt (vgl. z.B. Urteil des BGer 8C\_671/2014 vom 19. März 2015 E. 2 m.w.H.).

#### **E. 4.5**

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie einzelne Beweismittel zu würdigen sind; für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach hat die Behörde Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, sind objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a).

#### **E. 4.6**

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3.a). Die fachliche Qualifikation des Experten spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle, denn bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf seine Fachkenntnisse verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteile BGer 9C\_410/2008 vom 08. September 2009 E. 3.3.1 in fine, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und EVG I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]). Das Bundesgericht hat zudem Richtlinien zur Würdigung bestimmter Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufgestellt (vgl. BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b). Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist demnach volle Beweiskraft zuzuerkennen - solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3.b.bb m.w.H.). Berichte behandelnder Haus- und Spezialärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten hingegen mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3.b.cc, Urteil EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.w.H.), aber auch nicht von vornherein unbeachtlich (Urteil BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

#### **E. 4.7**

Nach der Rechtsprechung bestimmt sich der Beweiswert prognostischer Angaben zur Arbeitsfähigkeit im rechtlich massgebenden Beurteilungszeitpunkt danach, ob sie im Lichte der erhobenen medizinischen Befunde und Diagnosen sowie der vorher oder später erstatteten, beweiskräftigen Arztberichte nachvollziehbar, einleuchtend und konkret überzeugend sind und namentlich nichts für eine seitherige, objektive Verschlechterung des Gesundheitszustands spricht, welche ernsthafte Zweifel an der Richtigkeit der früheren Prognose respektive der ursprünglich zugemuteten Restarbeitsfähigkeit begründet (vgl. unveröffentlichtes Urteil des BGer I 783/06 vom 6. September 2007 E. 4 mit Hinweisen; Urteil des BVGer C-2573/2006 vom 8. Juli 2008 E. 8.1).

### **E. 5.1**

Einleitend ist festzuhalten, dass zwischen den Parteien unbestritten ist, dass seit der Rentenzusprache per 1. Januar 2000 keine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, womit eine revisionsweise Rentenaufhebung nach Art. 17 ATSG ausscheidet (vgl. Urteil des BGer 9C\_558/2015 vom 4. April 2016 E. 3).

### **E. 5.2**

Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass im Rahmen dieser Revision 6a die Schlussbestimmungen keine Hand böten für eine nochmalige Überprüfung des Rentenanspruchs.

### **E. 5.3**

Die Vorinstanz stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2015 auf die Schlussbestimmungen zur IV-Revision 6a. Diese sind nur anwendbar, wenn die betreffende Rente im Zusammenhang mit pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurde (vgl. E. 3.7.2). Das Bundesgericht verlangt diesbezüglich, dass die Gesundheitsbeeinträchtigung fachlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1).

### **E. 5.4**

Der rentenbegründende Beschluss vom 1. September 2000 (IV 5) sowie die mit Abschluss der ersten beiden Revisionsverfahren verfassten zwei Mitteilungen vom 22. Januar 2004 und 7. Juli 2009 (IV 15, 27) nennen den genauen Grund der Invalidität nicht ("langdauernde Krankheit). Den diesen zugrunde liegenden ärztlichen Beurteilungen sind jedoch übereinstimmend die Diagnosen (mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) einer Fibromyalgie und unspezifische, nicht klassifizierbare Polyarthralgien zu entnehmen. Die ursprüngliche Rente wurde demnach im Zusammenhang mit einem den Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision unterliegenden Beschwerdebild zugesprochen (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3).

### **E. 5.5**

Im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Schlussbestimmungen (am 1. Januar 2012) war die am (...) 1960 geborene Beschwerdeführerin 51 Jahre alt. Die Verfahrenseinleitung (zu deren Zeitpunkt siehe sogleich) erfolgte innerhalb des dreijährigen Zeitraums seit Inkrafttreten der Gesetzesänderung per 1. Januar 2012 (Urteil BGer 9C\_558/2015 vom 4. April 2016 E. 2, 2. Abschnitt). Im Zeitpunkt der Einleitung des dritten Revisionsverfahrens, welche der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 24. Oktober 2012 zur Kenntnis gebracht worden ist (IV 34; die IVSTA stellt demgegenüber in der Vernehmlassung darauf ab, dass die Kenntnissgabe mit weiterem Schreiben vom 31. Mai 2013 [IV 48] erfolgt sei), bezog die Beschwerdeführerin bereits seit gut zwölfjährig (bzw. bei Abstellen auf das spätere Datum während rund dreizehneinhalb Jahren) eine Rente. Die in Bst. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen genannten Sachverhalte, die ein ausnahmsweises Absehen von der Revision vorsehen (vollendetes 55. Altersjahr, Rentenbezug seit über 15 Jahren [vgl. E. 3.7.2]), finden hier deshalb keine Anwendung. Die Revision der Invalidenrente wurde somit korrekterweise aufgrund der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision eingeleitet.

### **E. 6.1**

In einem weiteren Schritt ist zu prüfen, ob das rheumatologische Gutachten vom 19. Dezember 2013 und das psychiatrische Gutachten vom 8. Februar 2014, auf welche sich die

Vorinstanz zur Begründung der Rentenaufhebung gestützt hat, die formellen und materiellen Anforderungen an Gutachten erfüllen und ihnen volle Beweiskraft zuzusprechen ist (vgl. E. 4.6), wovon die Vorinstanz ausgeht.

## **E. 6.2**

Die Beschwerdeführerin zieht insbesondere die Beweiskraft des psychiatrischen Gutachtens (IV 88) in Zweifel. Sie rügt, dass eine eingehende Prüfung des Sachverhalts unterblieben sei, weitere Nebendiagnosen aus den serbischen Arztberichten nicht geprüft/berücksichtigt worden seien, über die Fachrichtungen Rheumatologie und Psychiatrie hinaus keine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag gegeben worden sei, beide Gutachten zum Zeitpunkt des Ergehens der angefochtenen Verfügung bereits über ein Jahr alt gewesen seien, im psychiatrischen Gutachten die Foerster-Kriterien nicht geprüft worden seien und schliesslich keine Güterabwägung betreffend die Zumutbarkeit der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit erfolgt sei (B-act. 1).

### **E. 6.3.1**

Das rheumatologische Gutachten vom 19. Dezember 2013 (IV 58) erfolgte aufgrund einer persönlichen Exploration der Beschwerdeführerin am 13. November 2013, berücksichtigt die Vorakten (vgl. deren Auflistung und Zusammenfassung in Ziffer 1.1 "Aktenauszug" [S. 2-13]), erhebt eine eingehende Anamnese in persönlicher, beruflicher und medizinischer Hinsicht (Ziff. 1.2; S. 13-17), führt eingehend die klinischen Untersuchungsbefunde (Allgemeines - Rumpf und Wirbelsäule - Gelenkstatus und Extremitäten - Neurostatus) sowie die Zusatzuntersuchungen (Bildgebende Untersuchungen) auf (S. 18-21), nennt die Diagnosen aus rheumatologischer Sicht (mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit [S. 22]), setzt sich in einer eingehenden Beurteilung mit den Vorakten, den Anamnesen, den Befunden, der Bildgebung und abweichenden ärztlichen Beurteilungen auseinander (S. 22-24), nimmt schliesslich eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht vor (S. 24 f.) und beantwortet zum Ende den Fragenkatalog gemäss Auftrag (S. 25-29). Das Gutachten erscheint umfassend, nachvollziehbar und eingehend begründet und weist damit im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. E. 4.6) volle Beweiskraft auf.

### **E. 6.3.2**

Das psychiatrische Gutachten von Dr. H. \_\_\_\_\_ (IV 88) umfasst zehn (in kleiner Schrift verfasste) Seiten, wurde von einem Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie erstellt, fusst auf einer persönlichen Exploration der Beschwerdeführerin am 13. November 2013 (S. 1), enthält eine Zusammenfassung sowie ausführliche Diskussion der Vorakten (Ziff. 1, S. 1-3), eine detaillierte Anamnese (Ziff. 2, S. 3-6), einen Befund (Ziff. 3, S. 6), die Diagnosen (Ziff. 4, S. 6), eine ausführliche Beurteilung inkl. Auseinandersetzung mit abweichenden ärztlichen Beurteilungen (Ziff. 5, S. 7-8), Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit (Ziff. 7, S. 8-9) sowie zum Schluss eine Beantwortung des Fragenkatalogs (Ziff. 7 [recte: 8], S. 9-10). Auch dieses Gutachten erscheint umfassend, nachvollziehbar und eingehend begründet, weshalb ihm im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung volle Beweiskraft zuzumessen ist.

### **E. 6.3.3**

Nicht zu hören ist die Rüge, dass die beiden Gutachten etwas mehr als ein Jahr vor angefochtener Verfügung erstellt worden sind. Das Bundesgericht hat in seinen Urteilen 8C\_1024/2010 vom 3. März 2011 E. 2.1 und 9C\_744/2009 vom 15. Dezember 2009 E. 6

festgehalten, dass der Zeitablauf die Beweiskraft nicht schmälere, sofern sich nicht zwischenzeitlich neue Erkenntnisse ergeben hätten, die im Gutachten nicht hätten berücksichtigt werden können. Solches ist den Akten nicht zu entnehmen, weshalb auch diesbezüglich volle Beweiskraft vorliegt.

#### **E. 6.4**

Nachfolgend ist auf den Inhalt der beiden Gutachten einzugehen.

##### **E. 6.4.1**

In seinem rheumatologischen Gutachten erhob Dr. G. \_\_\_\_\_ insbesondere folgende Befunde: Die Explorandin sei eine Stunde ruhig gesessen, ohne schmerzbedingtes Aufstehen; sie habe den Kopf ungehindert nach rechts zum Dolmetscher drehen können. Ent- und Ankleiden seien ohne Einschränkung oder erkennbare Behinderung möglich. Festzustellen sei ein dysfunktional anmutendes Schmerzverhalten in der klinischen Untersuchung mit Stöhnen, Grimassieren und Abwehrspannen. Er hielt eine Malkooperation mit Gegenspannen bei der Untersuchung der Wirbelsäule und der peripheren Gelenke fest. Alle Waddell-Tests seien positiv ausgefallen. Beim Aufrichten seien keine Angabe von Schmerzen erfolgt und kein Aufrichtephänomen erkennbar geworden, die Explorandin habe sich voll vorgeneigt der Schuhe entledigen können. Bezüglich der Hand könne keine palpable Synovialitis (Gelenk-Innenhautentzündung) festgestellt werden. Es bestehe eine erheblich eingeschränkte Kraft des Faustschlusses, was dem ersichtlichen einhändigen Heben und Tragen einer mitgebrachten Tasche widerspreche. Die unteren Extremitäten seien inspektorisch bland, es lägen ergussfreie Knie- und Sprunggelenke vor, die Füße seien inspektorisch und palpatorisch unauffällig. Im Neurostatus erwähnte er verschiedene Schmerzäusserungen der Explorandin, negative Lasègue- und Pyramidenzeichen sowie symmetrische Muskeleigenreflexe an den oberen und unteren Extremitäten. Es bestünden eine normale muskuläre Trophik an Stamm und Extremitäten und keine relevanten Umfangsdifferenzen an Armen und Beinen. Aus der Bildgebung sei zu entnehmen, dass eine mässige Verschmälerung des Intervertebralraumes L3/4 mit deutlicher, ventro-rechtslateral betonter Spondylose, eine leichte Osteochondrose C4/5, eine diskrete Unkose C4/5 links akzentuiert vorlägen. Sonst bestünden unauffällige Röntgenbilder im Bereich Lenden-, Brust- und Halswirbelsäule sowie Knie beidseits. Der Gutachter hielt keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er ein chronifiziertes, therapierefraktäres fibromyalgieformes Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organisch-strukturelles Korrelat am Bewegungsapparat sowie radio-morphologisch altersentsprechend degenerative Veränderungen mit mässiger Osteochondrose L3/4, leichter Osteochondrose C4/5 mit diskreter, degenerativ bedingter segmentaler Gefügelockerung. In seiner Beurteilung hielt er fest, dass anlässlich der eingehenden rheumatologischen Abklärung am Kantonsspital (B. \_\_\_\_\_) am 14. Dezember 1998 ein lokalisiertes myofasiales Schmerzsyndrom im Schultergürtelbereich ohne Hinweis für beginnende rheumatische Systemerkrankung festgestellt worden sei. Nach der Rückreise nach Serbien (2004) hätten wiederholte Berichte insbesondere in der Bildgebung durchaus normale, altersentsprechende Befunde ergeben. Die eingehende rheumatologische Untersuchung führe zum Befund eines fibromyalgieformen Ganzkörperschmerzsyndroms ohne hierfür adäquates organisches Korrelat am Bewegungsapparat. Insbesondere gezeigte Funktionseinschränkungen auf Niveau der Halswirbelsäule und periphere Gelenke seien als schmerzbedingte Selbstlimitierung zu interpretieren. Klinisch gebe es keine Hinweise für

eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik weder auf zervikalem noch lumbalem Niveau und ebenfalls keine Anhaltspunkte für eine Segmentinstabilität. Eine Erkrankung aus dem entzündlich-rheumatischen Formenkreis könne aufgrund der Anamnese und Befunde ausgeschlossen werden. Eine aktuelle radiologische Standortbestimmung habe im Bereich der Wirbelsäule altersentsprechende Segmentdegenerationen im Sinne einer Osteochondrose L3/4 und einer leichten Osteochondrose C4/5 mit diskreter degenerativ bedingter segmentaler Gefügelockerung ergeben. Die Kniegelenke präsentierten sich nativ-radiologisch unauffällig. In erster Linie liege ein organisch-strukturell nicht begründbares, fibromyalgieformes Ganzkörperschmerzsyndrom vor mit stark dysfunktionalem Schmerzverhalten und deutlichen Inkonsistenzen und Diskrepanzen. Bei der Versicherten bestehe eine Intoxikation mittels Psychopharmaka insbesondere der Benzodiazepinklasse, womit eine Vielzahl der angegebenen Beschwerden wie Müdigkeit, Adynamie und Schlafstörungen sowie Nervosität erklärt werden könnten. Bezüglich der Medikation bestehe eine unkritische Polypragmasie (sinn- und konzeptlose Diagnostik und Behandlung mit zahlreichen Arznei- und Heilmitteln sowie anderen therapeutischen Massnahmen), die zu einer Verschlechterung des Zustandes auf der Beschwerdeebene führe. Von rheumatologischer Seite her könne der Gutachter allein von Seiten des Bewegungsapparates keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes objektivieren. Die erwähnten degenerativen Veränderungen seien weitgehend altersgerecht zu interpretieren und erklärten das Beschwerdebild in keiner Art und Weise. Zur Arbeitsfähigkeit hielt er fest, dass keine Einschränkung aus rheumatologischer Sicht bestehe, ohne zeitliche oder leistungsmässige Einschränkungen. Im zeitlichen Verlauf sei keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes festzustellen. Die Explorandin habe eine kontinuierliche Zunahme der Schmerzintensität mit ebenfalls kontinuierlicher Schmerzausweitung auf mittlerweile den ganzen Körper angegeben. Im Verlaufe der Jahre sei es (aber) nicht zu einem relevanten Fortschreiten der radiomorphologisch erkennbaren, leicht- bis mässiggradigen Segmentdegenerationen gekommen. Diese verhielten sich weitgehend altersentsprechend. Von rheumatologischer Seite her habe nie eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit bestanden, die durch organisch-strukturelle Befunde am Bewegungsapparat hätten erklärt werden können.

#### **E. 6.4.2**

Der psychiatrische Gutachter nannte in seiner Begutachtung folgende Feststellungen und/oder Befunde: Die Explorandin sei zweieinhalb Stunden im Sessel gesessen, ohne schmerzbedingte Bewegungen. Sie sei allseits orientiert, bezüglich Konzentration und Auffassungsgabe nicht auffällig. Die Sprache wirke etwas schwerfällig und manchmal etwas schleppend (infolge hohen Benzodiazepingebrauchs). Es liege ein verminderter Antrieb vor, der Gesichtsausdruck sei mässig moduliert, sie sei im Gedankengang höchstens leicht verlangsamt, kohärent, ohne inhaltliche Auffälligkeiten. Affektiv wirke sie einigermaßen schwingungsfähig, affektiv stabil, es bestünden keine affektiven Einbrüche, keine Tränen, sie mache einen wenig kreativen, lustlosen und recht unmotivierten Eindruck, wirke aber weder verzweifelt noch schwer depressiv. Vereinzelt gelinge es ihr, zu bestimmten Themen etwas aufgehellter zu wirken. Sie wirke beim Gespräch nicht verstimmt, mache nach dem zweieinhalb-stündigen Gespräch keinen übermüdeten und erschöpften Eindruck. Es bestünden keine Hinweise für aktuell relevante Ängste oder Panik. Als Diagnosen nannte er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4; differenzialdiagnostisch: Symptomausweitung), sowie einen Benzodiazepinabusus (F13.1). In seiner Beurteilung hielt der Gutachter fest, dass die Explorandin keine primär

psychischen Gründe für die ab 1998 akuten Beschwerden nenne, sie aber in Zusammenhang mit ihrer Kinderlosigkeit bringe. Offenbar habe die Explorandin ohne Kinder keine Lebensperspektive zu entwickeln vermocht. Der Weg von der Krankschreibung bis zur Invalidisierung sei ohne ausführliches rheumatologisches Gutachten und insbesondere ohne Einbezug eines Psychiaters erfolgt. Zu keiner Zeit sei die psychische Befindlichkeit exploriert worden. In den Akten seien bis 2013 ausschliesslich körperliche Befunde erhoben worden, insbesondere Befunde bezüglich der Gelenke, Augenbefunde (Katarakt, Iritis), Befunde bezüglich Gallenblase und Magen, erwähnt werde eine Hysterektomie. Die Explorandin nehme gemäss Bericht von 2013 seit Jahren Benzodiazepine zu sich. Es erscheine etwas eigenartig, dass die Explorandin erst vor zwei Wochen ihrem behandelnden Psychiater ihre früheren Suizidabsichten mitgeteilt habe. Neben der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung bestünden auch Anteile einer Symptomausweitung. Es bestehe ein Wunsch nach Abklärung der Erkrankungen in psychischer Hinsicht, die Explorandin lasse aber eine Willensanstrengung weitgehend vermissen. Sie habe Anteile, die für eine Symptomausweitung sprechen und auch solche, die die Diagnose einer somatoformen Störung in den Vordergrund stellten. Eine depressive Störung sei weder in den Akten plausibel belegt noch zeige die Explorandin bei der Untersuchung einen entsprechenden psychopathologischen Befund. Die subjektiv empfundenen depressiven Gefühle seien im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu verstehen. Zudem besteht eine psychologische Verhaltensauffälligkeit aufgrund der chronischen Einnahme von Benzodiazepinen, dies möge die Antriebsminderung und subjektiv wahrgenommene Erschöpfung erklären. Es sei der Explorandin zuzumuten, dass sie unter ärztlicher, vor allem psychiatrischer Führung innerhalb von drei Monaten ihren Benzodiazepinkonsum reduziere, bei gleichzeitiger Gabe des Antidepressivums, mit welchem vor 14 Tagen begonnen worden sei zur nachhaltigen Verbesserung des Schlafes. Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus, es bestünden aus psychiatrischer Sicht keine Gründe, weiterhin eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Aufgrund ihres Alters, der bereits beruflichen Untätigkeit seit 13 Jahren und der Tatsache, dass sie in Serbien beruflich kaum wieder eingegliedert werden könne, sei eine volle berufliche Wiedereingliederung hingegen nicht zumutbar und realisierbar. Eine 50%-ige berufliche Tätigkeit sei der Explorandin zumutbar. Dazu sollte im Sinne der Schadenminderungspflicht die Benzodiazepin-Abhängigkeit unter psychiatrischer Begleitung überwunden werden, um von ihrem subjektiven Antriebsmangel wegzukommen. Dafür sei eine Zeitspanne von drei Monaten einzuräumen.

### **E. 6.4.3**

Entgegen der Rüge der Beschwerdeführerin erweisen sich die gutachterlichen Erhebungen (insb. Befunde und Diagnosen) als vollständig und ist nicht zu erkennen, inwiefern der Sachverhalt unvollständig erhoben worden sein soll. Zu ergänzen bleibt, dass Dr. D.\_\_\_\_\_ bereits in ihrer Stellungnahme vom 2. Juli 2009 im Rahmen des zweiten Revisionsgesuchs die weiteren Diagnosen Status nach Katarakt-Operation mit Linsenimplantation links (24.11.2004), Hyperlaxizität, Genua valga (Achsenfehlstellung des Kniegelenks), fibromatöse Mamma-Dysplasie, Uveitis (Entzündung der mittleren Augenhaut) / Iritis (Entzündung der Regenbogenhaut) links als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit klassierte (vgl. auch Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 11. Juni 2013). Das noch mit Austrittsbericht des Spitals (...) vom 25. November 2003 diagnostizierte Uterusmyom (gutartige Knoten in der Muskulatur der Gebärmutter) sowie die chronische Cervicitis (Gebärmutterhals-Entzündung) erweisen sich

aufgrund der am 20. Januar 2006 vorgenommenen totalen Hysterektomie (IV 39 S. 11, 45, 20 S. 3) als nicht mehr relevant. Dr. D.\_\_\_\_\_ hielt denn auch in vorerwähnter Stellungnahme den "Status nach Hysterektomie (01/2006) bei Myom" als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest. Anamnestisch erwähnte die Beschwerdeführerin den Gutachtern gegenüber keine Folgeprobleme aufgrund dieser Diagnosen. Sie nennt denn auch in Beschwerde und Replik keine konkreten Elemente, die bei der Erhebung des persönlichen und medizinischen Sachverhalts unberücksichtigt geblieben seien.

#### **E. 6.4.4**

Im Weiteren sind die gutachterlichen Beurteilungen schlüssig, in sich stimmig und werden - mit einer Ausnahme - vom medizinischen Dienst und/oder RAD bestätigt. Sowohl Dr. D.\_\_\_\_\_ des RAD als auch Dr. I.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der IVSTA stützen in ihren Stellungnahmen vom 24. März und 29. Juni 2014 (IV 91, 94) sowohl die gutachterlichen Befunderhebungen, deren Diagnosestellung als auch deren Beurteilung. Eine Ausnahme ergibt sich einzig in der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit. Wie oben dargelegt, erachtete Dr. G.\_\_\_\_\_ eine volle berufliche Wiedereingliederung der Beschwerdeführerin nicht zumutbar und realisierbar aufgrund ihres Alters, der bereits beruflichen Untätigkeit seit 13 Jahren und der Tatsache, dass sie in Serbien beruflich kaum wieder eingegliedert werden könne. Es sei deshalb von einer Restarbeitsfähigkeit von 50% auszugehen. Dr. D.\_\_\_\_\_ hielt dazu in ihrer Stellungnahme fest, dass die Argumente, nach 14 Jahren Rente und unter den Bedingungen in Serbien könne von der Patientin keine volle Arbeitsfähigkeit verlangt werden, seien nicht medizinischer Natur, weshalb eine Arbeitsfähigkeit von 50% nicht postuliert werden könne. Ausserdem liege eine iatrogene Benzodiazepinabhängigkeit vor. Diese sei Grund für zusätzliche Symptome wie Antriebslosigkeit, Erschöpfbarkeit und Schlafstörungen. Suchterkrankungen seien aber nicht IVG-versichert; ein Entzug sei gemäss psychiatrischem Experten zumutbar. Das Bundesgericht hat wiederholt festgehalten, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit letztlich in die Zuständigkeit der Verwaltung falle und entsprechende Abweichungen zu begründen seien (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.3; Urteil des BGer 8C\_142/2014 vom 22. Oktober 2014 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b.aa). Der Gesetzgeber hat dem langjährigen Rentenbezug im Rahmen der Rentenrevision 6a insoweit Rechnung getragen, als bei Rentenbezug über 15 Jahren von einer Rentenherabsetzung oder -aufhebung abzusehen ist (Abs. 4 SchlBest.; vgl. E. 3.7.2 und 5.5), dieser nicht jedoch bei der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit zu berücksichtigen ist. Dasselbe gilt für den Faktor Alter, insoweit als Abs. 4 SchlBest. von einer Rentenherabsetzung oder -aufhebung Personen ausnimmt, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben. Diese beiden Aspekte haben daher bei der Begründung der Arbeits(un)fähigkeit unberücksichtigt zu bleiben. Schliesslich ist auch die konkrete Arbeitsmarktsituation in Serbien kein Grund, auf eine herabgesetzte Arbeitsfähigkeit zu schliessen: Zum einen sind die Arbeitsfähigkeitsschätzungen der Gutachter medizinischer Natur, die Frage der Eingliederungsmöglichkeit auf dem Arbeitsmarkt jedoch erwerblicher Natur (und sind damit der Beurteilung des medizinischen Gutachters entzogen). Zum anderen erfolgen Aussagen zur Wiedereingliederungsfähigkeit mit Blick auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt und nicht konkret auf die Erwerbslage im Heimatland einer versicherten Person (vgl. dazu Urteil des BVerfG C-6191/2007 vom 3. November 2009 E. 6.5 m.w.H.). Daher ist die Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_\_, wonach vorliegend - unter Vorbehalt des vom Gutachter in ärztlicher Begleitung als zumutbar erachteten Entzugs von

Benzodiazepinen - von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, zutreffend und zu bestätigen.

#### **E. 6.4.5**

Die Beschwerdeführerin rügt weiter, der psychiatrische Gutachter habe die Foerster-Kriterien nicht geprüft, weshalb (sinngemäss) nicht von einer bestehenden Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne. Das Bundesgericht hat in seiner altrechtlichen Praxis folgende Prüfkriterien genannt (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3): erhebliche Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer des psychischen Leidens (Komorbidität) chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person. Hierzu hatte die Vorinstanz bereits in der angefochtenen Verfügung Stellung genommen und darauf hingewiesen, dass Dr. H.\_\_\_\_\_ in seiner Begutachtung zu den Kriterien Stellung genommen habe (IV 108 S. 3). In Übereinstimmung mit der vorinstanzlichen Würdigung (vgl. dazu auch die ergänzende Stellungnahme von Dr. I.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes vom 26. Januar 2015 [IV 103]) ist zu bestätigen, dass der psychiatrische Gutachter zu den Foerster-Kriterien Stellung genommen hat: Dem Gutachten ist zu entnehmen, dass keine psychiatrische Komorbidität vorliege (im Sinne einer eigenständigen Depression, Angststörung oder Persönlichkeitsstörung). Es liege auch kein psychisch verfestigter Zustand vor, dazu fehlten Berichte und die Explorandin sei während längerer Zeit bloss alle drei Monate beim Psychiater in der Kontrolle gewesen, was gegen eine schwerwiegende Erkrankung spreche. Damit liege keine ausgewiesene psychiatrische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vor. Dr. H.\_\_\_\_\_ hielt als Diagnosen in psychiatrischer Hinsicht eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie den Benzodiazepinabusus fest, der rheumatologische Gutachter Dr. G.\_\_\_\_\_ klassierte die aus rheumatologischer Sicht relevanten Diagnosen (chronifiziertes, therapierefraktäres fibromyalgiefomes Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organisch-strukturelles Korrelat am Bewegungsapparat sowie radio-morphologisch altersentsprechend degenerative Veränderungen mit mässiger Osteochondrose L3/4, leichter Osteochondrose C4/5 mit diskreter, degenerativ bedingter segmentaler Gefügelockerung) allesamt unter Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Damit kann nicht von einer für die Arbeitsfähigkeit relevanten chronischen körperlichen Begleiterkrankung mit mehrjährigem Krankheitsverlauf ausgegangen werden, weshalb auch dieses Kriterium nicht gegen eine Überwindbarkeit der Schmerzen spricht. Des Weiteren erscheine die Explorandin im Rahmen ihrer Familie einigermaßen aufgehoben (IV 85 S. 17 Ziff. 1.2.7, IV 88 S. 3-5 ["Familie der Explorandin", "Ehe", "Aktuelle Situation"]), sodass keine Isolation in allen Lebensbereichen und damit kein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens bestehe. Es sei auch kein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf ersichtlich: es liege kein ausführlicher psychiatrischer Bericht vor, Sitzungen beim Facharzt seien in grossen zeitlichen Abständen erfolgt; eine antidepressive Behandlung finde erst seit 14 Tagen statt. Die Explorandin erwähne die Kinderlosigkeit als

Grund für ihre psychischen Beschwerden. Die Rückkehr nach Serbien sei erst durch die Rentengewährung ermöglicht worden. Die erwähnte Verschlechterung seit den letzten zwei Jahren sei zudem aus den Akten kaum zu entnehmen, der geschilderte Verlauf nach der Ausreise nach Serbien sei aufgrund der Akten nicht nachvollziehbar. In Anbetracht der mangelnden konsequent durchgeführten ambulanten und/oder stationären Behandlungsbemühungen in Serbien in psychiatrischer Hinsicht kann auch nicht von unbefriedigenden Handlungsergebnissen gesprochen werden. Damit deuten alle Foerster-Kriterien auf die Überwindbarkeit der von der Beschwerdeführerin genannten Schmerzen hin, weshalb die Vorinstanz aus altrechtlicher Sicht zu Recht auf die Zumutbarkeit der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit geschlossen hat.

#### **E. 6.5.1**

Der Beschwerdeführer rügte mit Replik, eine eventuelle Rückweisung zu weiteren Abklärungen habe auch deshalb zu erfolgen, weil mit den beiden Gutachten und dem angefochtenen Entscheid der Vorinstanz der neuesten Praxis des Bundesgerichts nicht Rechnung getragen und keine Prüfung der Standardindikatoren erfolgt sei (B-act. 8). Die Vorinstanz hat ihrerseits mit Blick auf den Ausschlussgrund Aggravation auf eine explizite Stellungnahme zu den Standardindikatoren verzichtet (vgl. ergänzende Stellungnahme vom 22. September 2015 [B-act. 17]). Bezüglich der Aggravation ist auf die Ausführungen in E. 6.6 zu verweisen.

#### **E. 6.5.2**

Das Bundesgericht hat in BGE 141 V 281 unter Hinweis auf seine frühere Rechtsprechung in BGE 137 V 210 festgehalten, dass ein gemäss altem Verfahrensstandard eingeholtes Gutachten nicht per se seinen Beweiswert verliere. Vielmehr sei im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhalte. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen sei 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 erlaubten oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte könne zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (E. 8). Das Bundesgericht hat in BGE 141 V 281 folgende Prüfkriterien genannt: 1) Kategorie "funktioneller Schweregrad" Komplex "Gesundheitsschädigung" Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz Komorbiditäten Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) Komplex "sozialer Kontext" 2) Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens) gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck.

#### **E. 6.5.3**

Vorliegend ist festzuhalten, dass die beiden Gutachten auch unter dem Aspekt der Standardindikatoren zu bestätigen sind. Unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung" kann festgehalten werden, dass - worauf bereits hingewiesen wurde - in Anbetracht der nur in grossen zeitlichen Abständen erfolgten psychiatrischen Kontrollen keine schwere Erkrankung vorliegt und der psychiatrische Gutachter auch keinen andauernden, schweren

und quälenden Schmerz (BGE 141 V 281 E. 2.1.1) erkennen konnte. Die vom psychiatrischen Gutachter festgehaltenen Befunde (vgl. oben E. 6.4.2) erweisen sich als nicht ausgeprägt, da die Beschwerdeführerin keine gravierenden Anzeichen einer Erkrankung aus dem psychiatrischen Formenkreis zeigte, in der Begutachtung auch weder verzweifelt noch schwer depressiv wirkte und der Gutachter Einschränkungen im Affekt und der Sprache vor allem auf die jahrelange Einnahme von Benzodiazepinen zurückführte und entsprechend einen Benzodiazepinabusus (F13.1) diagnostizierte. Zum Indikator Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz hat der Gutachter auf eine mangelnde engmaschige psychiatrische Behandlung der Beschwerdeführerin hingewiesen, weshalb dieser Indikator nicht gegen die Arbeitsfähigkeit spricht. Betreffend den Indikator Komorbiditäten ist auf das in E. 6.4.5 Gesagte zu verweisen; auch hieraus ergibt sich kein Hinweis auf funktionelle Einschränkungen. Zum Komplex "Persönlichkeit" hielt der Gutachter fest, dass die Explorandin keine primär psychischen Gründe für die ab 1998 akuten Beschwerden nenne, sie aber in Zusammenhang mit ihrer Kinderlosigkeit bringe. Offenbar habe die Explorandin ohne Kinder keine Lebensperspektive zu entwickeln vermocht. Der Weg von der Krankschreibung bis zur Invalidisierung sei ohne ausführliches rheumatologisches Gutachten und insbesondere ohne Einbezug eines Psychiaters erfolgt. Es bestehe ein Wunsch nach Abklärung der Erkrankungen in psychischer Hinsicht, die Explorandin lasse aber eine Willensanstrengung weitgehend vermissen. Sie habe Anteile, die für eine Symptomausweitung sprechen würden und auch solche, die die Diagnose einer somatoformen Störung in den Vordergrund stellten. Zu berücksichtigen bleibt unter dem Persönlichkeitsaspekt, dass sich gemäss Gutachter auch Einschränkungen im persönlichen Antrieb durch den übermässigen Benzodiazepingebrauch ergeben, dessen Einstellung unter ärztlicher Begleitung zumutbar sei. Hinsichtlich des Komplexes "sozialer Kontext" und der Frage nach einem sozialen Rückzug ist ebenfalls auf das bereits in E. 6.4.5 Gesagte zu verweisen. Auch diesbezüglich ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine relevante Einschränkung. In der Kategorie "Konsistenz" ist zum einen festzuhalten, dass von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen nicht auszugehen ist, zumal die Beschwerdeführerin weiterhin gewisse Arbeiten im Haushalt ausübe (vgl. Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten vom 24. Juni 2013 [IV 50 S. 3], wonach die Beschwerdeführerin auch Mahlzeiten zubereiten, manchmal Einkäufe mache und die Wäsche besorge; s. auch Anamnese im rheumatologischen Gutachten vom 19. Dezember 2013, wonach die Beschwerdeführerin noch gewisse Arbeiten ausführe wie Abstauben, Rüsten und ähnliches mehr [IV 85 S. 17]). Der psychiatrische Gutachter hat auch einen behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck der Beschwerdeführerin verneint (s. E. 6.4.2). Schliesslich bleibt im Rahmen der Kategorie "Konsistenz" auch darauf hinzuweisen, dass die Gutachter in ihrer Untersuchung ein dysfunktional anmutendes Schmerzverhalten sowie Anteile einer Selbstlimitierung erwähnt haben (vgl. E. 6.6), was ebenfalls gegen eine relevante funktionelle Einschränkung spricht. Relevante funktionelle Einschränkungen der Beschwerdeführerin ergeben sich somit auch nicht aus der Prüfung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung in BGE 141 V 281, weshalb die Beschwerdeführerin aus der - aus dem zeitlichen Ablauf heraus - unterbliebenen Prüfung derselben nichts zu ihren Gunsten ableiten kann.

## **E. 6.6**

In Anbetracht der sowohl unter Prüfung der Foerster-Kriterien als auch der Standardindikatoren gemäss neuerer Rechtsprechung des Bundesgerichts zu bejahenden

Voraussetzungen für eine Wiederaufnahme sowohl der bisherigen Tätigkeit als Hausdame/Reinigungsangestellte als auch einer - den altersentsprechend degenerativ bedingten Veränderungen der Wirbelsäule angepassten - Verweistätigkeit kann offenbleiben, ob vorliegend eine Aggravation (s. ergänzende Stellungnahme der Vorinstanz vom 16. September 2015) zu bejahen ist. Diesbezüglich ist zumindest festzuhalten, dass die Gutachter nicht auf eine Aggravation als solche geschlossen haben: Dr. G. \_\_\_\_\_ konstatierte in der klinischen Untersuchung ein dysfunktional anmutendes Schmerzverhalten mit Stöhnen, Grimassieren und Abwehrspannen sowie eine Malkooperation mit Gegenspannen bei der Untersuchung der Wirbelsäule und der peripheren Gelenke; die Waddell-Tests (als Hinweis auf nicht-organische Beschwerden) seien sämtliche positiv. Er hielt fest, dass insbesondere gezeigte Funktionseinschränkungen auf Niveau der Halswirbelsäule und der peripheren Gelenke als schmerzbedingte Selbstlimitierung zu interpretieren seien. Die Explorandin weise ein stark dysfunktionales, übertrieben anmutendes Schmerzverhalten auf sowie Zeichen einer ausgeprägten muskulären Dysbalance und Dekonditionierung. In erster Linie liege ein organisch-strukturell nicht begründbares, fibromyalgieformes Ganzkörperschmerzsyndrom vor mit stark dysfunktionalem Schmerzverhalten und deutlichen Inkonsistenzen und Diskrepanzen. Bei der Explorandin bestehe (zudem) eine Intoxikation mittels Psychopharmaka insbesondere der Benzodiazepinklasse (IV 85). Der psychiatrische Gutachter hielt seinerseits in der Beurteilung fest, dass neben der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung auch Anteile einer Symptomausweitung bestünden. Es bestehe der Wunsch der Explorandin nach Abklärung, sie lasse aber eine Willensanstrengung weitgehend vermissen. Sie habe Anteile, die für eine Symptomausweitung sprächen und auch solche, die die Diagnose einer somatoformen Störung in den Vordergrund stellten. Die subjektiv empfundenen depressiven Gefühle seien im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu verstehen. Zudem bestehe eine psychologische Verhaltensauffälligkeit aufgrund der chronischen Einnahme von Benzodiazepinen. Als Diagnose hielt er (neben der Benzodiazepinabhängigkeit) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4; differenzialdiagnostisch: Symptomausweitung) fest. Eine klar ausgewiesene Aggravation scheint damit nicht vorzuliegen. Die Vorinstanz hat damit zu Recht geschlossen, aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht sei von keiner Arbeitsunfähigkeit auszugehen; jede vollschichtige Tätigkeit, in wechselnden Arbeitspositionen, ohne verschiedenen Einflüssen wie Kälte, Hitze, Feuchtigkeit und Schlechtwetter ausgesetzt zu sein, sei zumutbar.

#### **E. 6.7**

Abschliessend bleibt zu prüfen, ob die bei einer Revision nach den Schlussbestimmungen spezifischen Wiedereingliederungsvorschriften (hier lit. a Abs. 2 SchlBest. IVG) beachtet worden sind. Die Vorinstanz hat es vorliegend unterlassen, ein Eingliederungsgespräch gemäss Art. 8a IVG zu führen. Die Durchführung eines gemäss Rz. 1004.2 KSSB vorgeschriebenen persönlichen Gesprächs hat gemäss Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts in Verfahren gemäss den Schlussbestimmungen 6a immer zu erfolgen, selbst wenn kein Anspruch auf von der Invalidenversicherung finanzierte Massnahmen bestehen sollte (Urteile BVGer C-3475/2014 vom 13. September 2016 E. 10.3 und C-3507/2014 vom 25. Mai 2016 E. 5.4; Rechtsprechung bestätigt in C-2858/2015 vom 11. Mai 2017 E. 6.6). Die Vorinstanz hat im vorinstanzlichen Verfahren nicht festgehalten und macht auch nicht geltend, die Beschwerdeführerin sei nicht eingliederungswillig, weshalb Wiedereingliederungsmassnahmen nicht sinnvoll und nutzbringend wären (vgl.

dazu Rz. 1007 Abs. 2 KSSB und zum Ganzen: BGE 141 V 385 E. 5.3; Urteil BGer 9C\_64/2015 vom 27. April 2015 E. 4.1). Die Unterlassung, das gemäss Rz. 1004.2 KSSB vorgeschriebene persönliche Gespräch zu führen, ist als Verfahrensfehler zu qualifizieren, der nicht im Beschwerdeverfahren nachgeholt werden kann. Dies führt zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur Sachverhaltsergänzung in diesem Punkt und zu neuem Entscheid.

#### **E. 7**

Aufgrund dessen, dass vorliegend der relevante Sachverhalt vollständig erhoben wurde, die beiden Gutachter keine relevanten Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten haben und der Beschwerdeführerin eine Wiederaufnahme der bisherigen oder einer angepassten Verweistätigkeit vollzeitlich zuzumuten ist, die Vorinstanz jedoch die zwingende Durchführung eines Wiedereingliederungsgesprächs unterlassen hat, ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die angefochtene Verfügung, mit welcher die gewährte Rente per 1. Mai 2015 eingestellt wurde, aufzuheben und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Der Eventualantrag auf polydisziplinäre Begutachtung ist in Anbetracht der in medizinischer Hinsicht umfassend erfolgten Abklärungen abzuweisen.

#### **E. 8**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

##### **E. 8.1**

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die teilweise obsiegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten hälftig zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 200.- festzusetzen und aus dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- zu entnehmen. Die Restanz von Fr. 200.- ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteil auf ein von ihr zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten.

##### **E. 8.2**

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Der teilweise obsiegenden, vorliegend anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin ist entsprechend dem Verfahrensausgang eine hälftige Parteientschädigung zulasten der Vorinstanz zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG); diese ist vorliegend auf Fr. 1'400.- festzusetzen. Als Bundesbehörde hat die teilweise obsiegende Vorinstanz keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). (Dispositiv auf der nächsten Seite)

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