

# **BVGer C-3008/2016 vom 10. April 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-04-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3008\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3008_2016)

FR: TAF C-3008/2016 du 10 avril 2018

IT: TAF C-3008/2016 del 10 aprile 2018

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

### **E. 1.2**

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

### **E. 1.3**

Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; sie ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Sie hat am 18. August 2015 rechtsgültig lic. iur. Thomas Tribolet, Fürsprecher, mit ihrer Interessenswahrung mandatiert (B-act. 1 Beilage 1). Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert. Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss am 23. Mai 2016 fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 und 63 Abs. 4 VwVG).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige mit Wohnsitz in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der

Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

### **E. 2.2**

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitglied-staat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

### **E. 2.3**

Laut Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz nicht der Fall. Eine entsprechende Regelung sah bereits Art. 40 Abs. 4 und Anhang V der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vor.

### **E. 2.4**

Der Träger eines Mitgliedstaats hat jedoch gemäss Art. 49 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 bzw. nach Art. 40 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 die von den Trägern der anderen Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie die verwaltungsmässigen Auskünfte ebenso zu berücksichtigen, als wären sie in seinem eigenen Mitgliedstaat erstellt worden. Jeder Träger behält indessen die Möglichkeit, die antragstellende Person durch einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl untersuchen zu lassen. Es besteht hingegen keine Pflicht zur Durchführung einer solchen Untersuchung (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1-2.4).

### **E. 3.1**

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechts-sätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 8. April 2016) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Nach Verfügungserlass verfasste ärztliche Berichte können berücksichtigt werden, wenn sie (rückwirkend) Bezug auf den - bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorliegenden - gesundheitlichen Zustand der Beschwerdeführerin nehmen, somit mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und allenfalls geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl.

BGE 116 V 80 E. 6b).

### **E. 3.2**

Vorliegend ist das IVG und die IVV in den Fassungen der 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket (Revision 6a) anzuwenden (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], in Kraft seit 1. Januar 2012; die IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679], in Kraft seit 1. Januar 2012). Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) zu beachten. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) sowie der Revision der Invalidenrente und anderer Dauerleistungen (Art. 17) entsprechen den von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1-3.3).

### **E. 3.3**

Die Revision einer gesprochenen Rente kann auf Begehren des Rentenempfängers oder von Amtes wegen erfolgen (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Eine Anpassung des Invaliditätsgrades im Revisionsverfahren setzt eine erhebliche und anhaltende Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus. Zeitlicher Ausgangspunkt dieser Beurteilung ist der Sachverhalt 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 (BGE 130 V 71 E. 3.2.3). Ferner muss die Veränderung der Verhältnisse erheblich, das heisst hinsichtlich des resultierenden Invaliditätsgrad geeignet sein, Auswirkungen auf die Rente zu zeitigen. Diese Änderung kann den Gesundheitszustand, erwerbliche Auswirkungen oder auch die anwendbare Methode betreffen (BGE 130 V 343 E. 3.5). Unter revisionsrechtlicher Perspektive ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts allerdings unerheblich (BGE 112 V 371 E. 2b m.w.H.; Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a). Ebenfalls unbeachtlich bleiben nicht genügend fassbare oder lediglich vorübergehende Sachverhaltsänderungen (Kieser, Die Erheblichkeit der Invaliditätsgradänderung als Rentenanpassungsvoraussetzung nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2007, S. 159).

### **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**

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. 4.3**

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе 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 Beweiswürdigung 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 Beweiswürdigung; 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. 4.4**

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. 4.5**

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 8. 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). Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG nicht erfasst werden, weshalb die in dieser Norm enthaltenen Verfahrensregeln bei der Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung entfalten (BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258 ff.; Urteil des BGer 8C\_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist nach der Rechtsprechung mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219 f.). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit nicht abgestellt werden (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; Urteil 8C\_385/2014 E. 4.2.2). Dies gilt gleichermassen für Berichte des medizinischen Dienstes der IV-Stelle (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 8C\_348/2011 vom 17. August 2011 E. 5.3).

## **E. 5.1**

Die Beschwerdeführerin bestreitet eine erhebliche Verbesserung ihres Gesundheitszustandes seit der letzten, in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 6. November 2013, mit welcher die bisherige ganze Rente durch eine Dreiviertelrente ersetzt wurde. Vorliegend ist daher zu prüfen, ob zwischen der Verfügung vom 6. November 2013 (Referenzzeitpunkt) und der vorliegend angefochtenen Revisionsverfügung vom 8. April 2016 (Revisionszeitpunkt) eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet war bzw. ist, den bisherigen IV-Grad (60.5%) der Beschwerdeführerin in rentenrelevanter Weise zu beeinflussen (vgl. E. 3.3 m.w.H., s. aber auch E. 6.3).

### **E. 5.2.1**

Der Revisionsverfügung vom 6. November 2013 liegt in medizinischer Hinsicht folgende Beurteilung zugrunde: Auf der Grundlage einer gutachtlichen Stellungnahme von Dr. H.\_\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2011 (IV 45), eines Arztberichts des behandelnden Facharztes für Neurologie und Psychiatrie, Dr. I.\_\_\_\_\_, vom 21. Mai 2012 (IV 46), einer ersten kurzen Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_\_ des RAD Rhone vom 28. September 2012 (IV 52), eines Gutachtens von Dr. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11. Januar 2013 (IV 58 S. 4) und zweier Stellungnahmen von Dr. D.\_\_\_\_\_ des RAD Rhone vom 13. März und 17. April 2013 zum vorgenannten Gutachten (IV 60, 64) hielt der RAD-Arzt (in Übereinstimmung mit dem Gutachter) als

Hauptdiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine längere depressive Reaktion mit Verbitterung (F43.21), ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychologischen (recte: psychischen) Anteilen (F45.21: "Hypochondriasis") sowie eine Migräne (G43.0) fest. Als Nebendiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Status nach schwerer Prellung des rechten Handgelenks mit undislozierter Fraktur des Os triquetrum und Bandläsion (S62.1), ein chronisches Panvertebralsyndrom bei muskulärer Dysbalance (M54.9) sowie multiple Arthrosen (M15.9). Gestützt auf die gutachterliche Beurteilung erachtete er die Versicherte als zu 100% arbeitsunfähig in ihrer bisherigen Tätigkeit seit 9. Januar 2008, jedoch zu 100% arbeitsfähig in angepasster Verweistätigkeit ab 22. Oktober 2009 (Datum der Rentenanmeldung [vgl. Stellungnahme vom 13. März 2013]) bzw. 10. Januar 2013 (Datum der Begutachtung [vgl. korrigierte Stellungnahme vom 17. April 2013]) und nannte als funktionelle Einschränkungen: Arbeitsposition sitzend/wechselnd, Heben von Gewichten zu maximal 10 kg, keine schweren Arbeiten, keine Stressarbeit, kein Publikumsverkehr, keine andauernde Vorbeugung und Zwangshaltung. In seinen Erläuterungen führte er aus, die Beurteilung des Gutachters sei medizinisch gut nachvollziehbar; zudem verweigere die Patientin eine stationäre Rehabilitation (IV 60, 64).

### **E. 5.2.2**

In der Begründung ihrer Verfügung vom 8. April 2016 führte die Vorinstanz aus, gemäss Gutachten habe sich Gesundheitszustand seit Begutachtung verbessert. Die Ausübung leichter angepasster Tätigkeit sei unter Berücksichtigung folgender Funktionseinschränkungen zumutbar: nur leichte Tätigkeit wie z.B. nicht qualifizierte Arbeiterin, Hilfsarbeiterin in Werk/Fabrik/Produktionsstätte, oder Magazinerin, Lageristin, Reparatur von Kleingeräten/Haushaltsartikel, Registrieren, Klassieren, Archivieren, Datenerfassung/Scannage (IV 77).

### **E. 5.3.1**

Im zweiten Revisionsverfahren sind folgende Dokumente aktenkundig: ein weiterer Arztbericht des behandelnden Facharztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. I. \_\_\_\_\_, vom 19. März 2014 (IV 83), ein neurologisches/psychiatrisches Fachgutachten vom 20. Juli 2014 (Name des Gutachters nicht genannt bzw. unleserlich), gestützt auf eine persönliche Untersuchung am 3. Juli 2014 (IV 85), eine Stellungnahme von Dr. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, des medizinischen Dienstes der IVSTA vom 28. Januar 2015 (IV 88), eine Stellungnahme von Dr. F. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes vom 13. Februar 2015 (IV 90), ein Fragebogen für die Rentenrevision vom 10. Mai 2015 (IV 93), eine Stellungnahme von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2015 zum eingereichten Einwand (108), ein orthopädisches Gutachten von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 5. Januar 2016 (IV 113 f.), eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung desselben Gutachters vom 28. Januar 2015 (IV 113 S. 2) sowie zwei Stellungnahmen des medizinischen Dienstes vom 26. Februar 2016 (Dr. F. \_\_\_\_\_ [IV 118]) und 27. März 2016 (Dr. E. \_\_\_\_\_ [IV 120]) zur ergänzten Aktenlage.

### **E. 5.3.2**

In seinem Bericht vom 19. März 2014 nannte der behandelnde Dr. I. \_\_\_\_\_ als psychiatrische Diagnosen eine schwere Depression (F32.2), Angst & Depression, gemischt (F41.2) sowie eine Migräne ohne Aura (G43.0). Er wies daraufhin, dass in den letzten 12 Monaten keine Befundänderung erfolgt sei; die Patientin habe sich sozial weiter

zurückgezogen (IV 83). Im neurologisch/psychiatrischen Fachgutachten vom 20. Juli 2014 wies der (namentlich nicht lesbare) Gutachter der Deutschen Rentenversicherung in der Anamnese auf Alpträume der Beschwerdeführerin wegen Vergewaltigungen durch ihren Schwager im 11.-15. Altersjahr hin; nachts beschäftige sie zudem der im Spital zunächst erhobene Vorwurf, sie sei eine Simulantin. Es lägen seit dem Unfall im Januar 2008 zutiefst kränkende, entwertende, niederdrückende Erlebnisse vor. Als Diagnosen hielt er fest: posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), somatoforme Partial-Genese (F45.41 [anhaltende somatoforme Schmerzstörung]) der Schmerzen, generalisierte Angststörung (F41.1), Neigung zu Dissoziationen (F44.7 [dissoziative Störungen, gemischt]), rezidivierende depressive Störung, mittelgradig-schwere Episoden (F33.1), Dysthymia (F34.1), narzisstisch-strukturierte, zu wesentlich perfektionistischem Verhalten neigende Persönlichkeit (F60.8), Verdacht auf Analgetika-induzierten Spannungskopfschmerz, anamnestischer Hinweis auf Migräne mit Aura (G43.1), Neigung zu Cystitis (N30.9), Colitis (A09.9) bei dringendem anamnestischem Hinweis auf somatoforme (Partial-) Genese (F45.32). In seiner Beurteilung führte er aus, es lägen frei flottierende Ängste vor, die Patientin sei nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt einsetzbar. Sie sei seit 2014 erneut in therapeutischer Behandlung, um traumatische Erfahrungen als Jugendliche zu verarbeiten. Belastbarkeit und Durchhaltevermögen der Patientin seien wesentlich reduziert. Im Rahmen des Unfallgeschehens habe sich eine somatoforme, intermittierende Colitis herausgebildet. Die Traumatisierung würde bei Unstimmigkeiten mit einem zukünftigen Chef aktualisiert. In der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung führte er aus, ein positives Leistungsbild sei nicht formulierbar (IV 85). Dr. E. \_\_\_\_\_ nannte in ihrer Stellungnahme vom 28. Januar 2015 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: depressive Reaktion mit Verbitterung (F43.21), chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). In ihrer Beurteilung hielt sie fest, die von Gutachter Dr. C. \_\_\_\_\_ im Januar 2013 empfohlene stationäre Behandlung lehne die Versicherte ab. Die Diagnose der schweren depressiven Episode lasse sich weder aus dessen (Erhebung des) Psychostatus, noch aus den Befunden, die bei den Begutachtungen aufgeführt worden seien, noch aus den eingeleiteten Behandlungsmassnahmen ableiten. Berichte des behandelnden Psychiaters seien wegen ihrer Kürze und fehlenden Nachvollziehbarkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht verwertbar. Das Gutachten vom 3. Juli 2014 enthalte bei gleichen anamnestischen Angaben und deutlich weniger ausgeprägten psychopathologischen Befunden (als der behandelnde Arzt) eine Vielzahl sich überschneidender Diagnosen. An erster Stelle stünden die Kränkungen, die Verbitterung der Versicherten und deren hohe moralische Ansprüche. Das posttraumatische Belastungssyndrom (PTBS) sei bis zum Unfallereignis kein Problem gewesen; die Kriterien für ein PTBS seien zudem nicht erfüllt. Eine Retraumatisierung daraus, dass ihre Beschwerden zuerst nicht erkannt worden seien, könne nicht angenommen werden. Dagegen sprächen Vorgeschichte, Darstellung und der bisherige Verlauf. Bei den Träumen liege das Schwergewicht auf dem kränkenden Erleben. Die Diagnose sei (zudem) weder von Dr. C. \_\_\_\_\_ noch dem behandelnden Psychiater gestellt worden. Im Gutachten seien die Schmerzen nicht mehr prominent gewesen. Obwohl das Handgelenk geschont werde, erledige die Versicherte den Haushalt. Auch das Zusammenleben seit 2011 mit ihrem ehemaligen Freund aus Griechenland spreche gegen eine ausgeprägte depressive Erkrankung mit relevanter Antriebsstörung. Die Beziehung zum Sohn sei gut, ein sozialer Rückzug werde nicht beschrieben. Für die vom Arzt diagnostizierte Dysthymie (neurotische Depression) fehle in den Akten die entsprechende Vorgeschichte. Die narzisstisch

strukturierte Persönlichkeit möge die schnelle Kränkbarkeit verursachen und erklären, daraus könne aber keine Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden. Zudem existiere diese Problematik seit der Adoleszenz und habe (sinngemäss) einer Berufsausübung nicht entgegengestanden. Die Dissoziation sei nicht IV-relevant. Es sei auf das 2003 in (...) von Prof. J. \_\_\_\_\_ entwickelte Konzept einer posttraumatischen Verbitterungsstörung hinzuweisen; dieses Konzept (Beschwerden werden durch kränkendes Ereignis ausgelöst) passe gut zu den angegebenen Klagen, Beschwerden und Befunden. Diese psychische Störung habe keine Versicherungsrelevanz. Im Leistungskalkül halte der Gutachter die Versicherte in der bisherigen Tätigkeit als zu über sechs Stunden arbeitsfähig. Zur somatoformen Schmerzstörung ergänzte sie, es liege keine schwere psychische Komorbidität vor: es gebe keine Anzeichen einer primären Konfliktbewältigung und eines sozialen Rückzugs. Die Versicherte zeige in erster Linie eine hohe Verbitterung. Von psychiatrischer Seite sei es zu einer Stabilisierung gekommen, verbunden mit hohen regressiven Anteilen. Gemäss Leistungskalkül werde die bisherige Tätigkeit weiterhin zugemutet. Aus psychiatrischer Sicht liessen sich keine Einschränkungen formulieren. Zur Arbeitsfähigkeit hielt sie fest: es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% seit dem 9. Januar 2008 in bisheriger Tätigkeit, jedoch zu 0% in angepasster Tätigkeit seit dem 10. Januar 2013 (Datum der Begutachtung bei Dr. C. \_\_\_\_\_), ganztags. Funktionelle Einschränkungen gebe es keine (IV 88). Dr. F. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes ergänzte in seiner Stellungnahme vom 13. Februar 2015, die im Gutachten vom 3. Juli 2014 formulierten Diagnosen eines Verdachts auf analgetica-induzierte Spannungskopfschmerzen, Hinweis auf Migräne, Neigung zu Cystitis und anamnestisch Colitis mit dringendem Hinweis auf somatoforme Genese seien nicht invalidisierend. Im Gutachten sei festgehalten, dass die Diadochokinese rechte Hand (Funktionstest für schnelle Pronation und Supination im Handgelenk) nicht möglich sei, da sonst wesentliche Schmerzen auftreten würden; es würden Sensibilitätsstörungen am Handrücken umschrieben, jedoch keine Paresen. Er schloss, aus somatischer Sicht bestünden keine wesentlichen Einschränkungen als Narkoseschwester. Die Diadochokinese sei für die Greiffunktion der Hand nicht von Bedeutung und die rohe Kraft der Hand sei nicht vermindert. Somit könne die Versicherte Infusionen mit der dominanten rechten Hand legen. Als Hauptdiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (gleich wie Dr. E. \_\_\_\_\_) die depressive Reaktion mit Verbitterung (F43.21) sowie ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). Zur Arbeitsfähigkeit hielt er ebenfalls eine volle Arbeitsunfähigkeit ab 9. Januar 2008 und eine solche zu 0% ab 10. Januar 2013 in der bisherigen Tätigkeit sowie eine volle Arbeitsfähigkeit ab 10. Januar 2013 in angepasster Verweistätigkeit fest (IV 90). Im orthopädischen Gutachten vom 5. Januar 2016 hielt Dr. G. \_\_\_\_\_ folgende Diagnosen fest: 1) degenerative Bandscheibenschäden mit chronischem Schmerzsyndrom der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule bei Bandscheibenprotrusion C5 beidseits mit chronischer Wurzelirritation C6/7 (M51.9), Bandscheibenprotrusion BWK 5/6, 9/10 (M54.85), Bandscheibenprotrusion L3/4, L4/5, Bandscheibenvorfall L5/S1 (M51.2), 2) Daumensattelgelenksarthrose beidseits mit degenerativen Veränderungen im Bereich der Handwurzelknochen mit allgemeinen Gelenksbeschwerden (M18.9, M19.84), Zustand nach Fraktur bzw. Infraktion des Os triquetrum mit ausgeprägtem Bone Bruise rechts (S62.8), 3) Zustand nach Arthroskopie linkes Knie bei 2.-3.gradigem Knorpelschaden (M23.4), 4) Impingementsyndrom rechte Schulter, Tendinitis rechte Schulter (M75.4, M77.9), 5) beginnende Osteoporose (M81.98); auf nicht orthopädischem Fachgebiet: posttraumatische

Belastungsstörung (F43.1), depressive Störung (N33.1 [recte: F33.1]). Bezüglich der Arbeitsfähigkeit schloss er, aufgrund aller orthopädischen Gesundheitsstörungen sei die Versicherte als Krankenschwester noch zu sechs Stunden und mehr einsetzbar. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt halte er sie jedoch nur für leichte körperliche Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von schweren Lasten, ohne Besteigen von Leitern oder Regalleitern, ohne Tätigkeiten, die die Feinmotorik beider Hände erforderten, in geschlossenen Räumen zeitweise im Gehen, Stehen oder Sitzen, in Tag-, Früh-, Spätschicht, zu acht Stunden und mehr einsetzbar. Die gravierenden Gesundheitsstörungen lägen auf neurologischem Fachgebiet; hier sollte ein neurologisches Gutachten angestrebt werden (IV 113). In seiner sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung vom 28. Januar 2016 (IV 113 S. 2) hielt er die Beschwerdeführerin als Krankenschwester zu unter drei Stunden arbeitsfähig. Als positives Leistungsbild hielt er fest: leichte Arbeiten, zeitweise im Stehen/Gehen/Sitzen. Es seien jedoch Einschränkungen beim Bewegungsapparat/Haltungsapparat zu beachten. Diese angepasste Tätigkeit könne zu 6 Stunden und mehr ausgeübt werden; dies gelte seit dem 18. Dezember 2016. In seiner weiteren Stellungnahme vom 26. Februar 2016 listete Dr. F.\_\_\_\_\_ dieselben Diagnosen wie im Gutachten G.\_\_\_\_\_ auf. In seiner Beurteilung hielt er fest: als Krankenschwester sei die Versicherte zu 6 Std. und mehr einsetzbar, in leichter angepasster Tätigkeit vollzeitlich. Unter Berücksichtigung der Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_\_ vom 28. Januar 2015 bestehe seit 3. Juli 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 0% im angestammten Beruf (IV 118). In ihrer Stellungnahme vom 27. März 2016 analysierte Dr. E.\_\_\_\_\_ das Gutachten vom 18. Dezember 2015 und hielt fest, dass die Eingangskriterien eines PTBS nicht erfüllt seien. Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen sei seit dem 10. Januar 2013 (Untersuchung durch Dr. C.\_\_\_\_\_) gegeben. Die Muskelumfänge seien seitengleich und nicht atroph. Zudem sei aufgrund der Kränkung von einer Aggravation der Schmerzen auszugehen. Die Schlüsse des Gutachters würden durch die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. G.\_\_\_\_\_ auf S. 21 des Gutachtens bestätigt.

### **E. 5.3.3**

In der angefochtenen Rentenverfügung hielt die Vorinstanz fest, im vorliegenden Revisionsverfahren hätten der Bescheid der Deutschen Rentenversicherung vom 13. August 2014, ein psychiatrischer Befundbericht von Dr. I.\_\_\_\_\_ vom 19. März 2014, ein ärztliches Gutachten für die Deutsche Rentenversicherung vom 3. Juli 2014, eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung der Deutschen Rentenversicherung vom 20. Juli 2014 sowie der Fragebogen für die Rentenrevision vom 10. Mai 2015 vorgelegen. Daraus ergebe sich, dass der Gesundheitszustand seit dem 3. Juli 2014 (Zeitpunkt der Begutachtung) sich verbessert habe. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Narkoseschwester sei wieder voll zumutbar. Aus somatischer Sicht bestünden keine wesentlichen Einschränkungen für diese Tätigkeit. Die nicht mögliche Diadochokinese der rechten Hand (schnell aufeinanderfolgende Handbewegungen zur Prüfung der Kleinhirnfunktion) habe keinen Einfluss auf das Legen von Infusionen mit dieser Hand, da die Diadochokinese für die Greiffunktion nicht von Bedeutung und die rohe Kraft der Hand nicht vermindert sei. Aus psychiatrischer Sicht sei es zudem zu einer Stabilisierung gekommen, die mit hohen regressiven Anteilen (unbewusster Rückzug auf eine frühere Entwicklungsstufe) verbunden sei. Sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht liessen sich damit keine Einschränkungen mehr bezüglich der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Narkoseschwester herleiten, die Ausübung dieser Tätigkeit sei wieder möglich und voll zumutbar. Es könne deshalb auf eine Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit von 0% geschlossen werden. Zum Einwand vom 20. August 2015 führte sie aus, die Invalidenrente sei früher

hauptsächlich aus psychiatrischen Gründen bewilligt worden. Dr. E. \_\_\_\_\_ habe eine vollzeitige Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf festgestellt; dies sei im Anhörungsverfahren nicht bestritten worden. Auch Dr. G. \_\_\_\_\_ habe in seinem orthopädischen Gutachten vom 5. Januar 2016 bestätigt, dass aus orthopädischer Sicht die Versicherte zu 6 Stunden und mehr einsetzbar sei und leichte Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von schweren Lasten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch möglich und zumutbar seien. Dr. E. \_\_\_\_\_ habe den Zeitpunkt der Arbeitsfähigkeit auf den 10. Januar 2013 (Zeitpunkt der psychiatrisch/neurologischen Untersuchung) gelegt. Zur somatoformen Schmerzstörung habe sie zudem festgehalten, dass die Muskelumfänge der oberen und unteren Extremitätenmuskulatur seitengleich und nicht atroph (geschrumpft) seien. Somit könne die Beschwerdeführerin ihre Muskulatur trotz der beklagten Schmerzen regelmässig einsetzen (IV 121a).

### **E. 6.1**

Gemäss Vernehmlassung der Vorinstanz vom 16. August 2016 hatten vordergründig die gesundheitlichen Einschränkungen in psychiatrischer Hinsicht zur Gewährung einer Rente geführt (B-act. 6). Bei der erstmaligen Rentengewährung vom 30. März 2011 hielt Dr. D. \_\_\_\_\_ des RAD Rhone am 1. Januar 2011 als Hauptdiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) sowie eine depressive Störung (F33.1: "Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode") fest. Als Nebendiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er die (aktenkundigen) Folgen aus dem Arbeitsunfall vom 8. Januar 2008 (Verletzungen an der rechten Hand) sowie ein chronisches Schmerzsyndrom am Rücken und multiple Arthrosen. In seiner Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit verwies er auf das Gutachten von Dr. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 15. Dezember 2009, der die Beschwerdeführerin sowohl in ihrer bisherigen Tätigkeit als auch in angepasster Verweistätigkeit seit dem 10. Dezember 2009 als arbeitsunfähig (Leistungen für das Erwerbsleben seien zum jetzigen Zeitpunkt aufgehoben) erachtete (IV 36).

### **E. 6.2**

Im Rahmen des ersten Revisionsverfahren änderte diese Beurteilung insofern, als - gestützt auf das Gutachten von Dr. C. \_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2013 - in psychiatrischer Hinsicht festgehalten wurde, es habe nach dem Unfall zunächst eine langanhaltende depressive Reaktion bestanden; diese habe sich zwischenzeitlich zu einem chronifizierten Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Anteilen gewandelt. Als Hauptdiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sowohl der Gutachter als auch Dr. D. \_\_\_\_\_ (anstelle der mittelgradig depressiven Störung [F33.1]) eine längere depressive Reaktion mit Verbitterung (F43.21) sowie ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Anteilen (F45.21); ergänzend wurde eine Migräne festgehalten. Der Gutachter wies in seiner Beurteilung darauf hin, dass über das Leistungsvermögen nach stationärer Reha mit psychosomatischer und schmerztherapeutischer Kompetenz entschieden werden müsste. Gleichzeitig hielt er fest, dass eine volle Erwerbsunfähigkeit nicht nachvollzogen werden könne. Er schloss in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung - trotz erneutem (handschriftlichem) Hinweis darauf, dass die Arbeitsfähigkeit nach stationärer Rehabilitation entschieden (beurteilt) werden müsste -, dass eine leichte bis mittelschwere Arbeit, zeitweise im Stehen und Gehen, überwiegend im Sitzen, Tagesschicht, ohne geistig/psychische Belastbarkeit, ab dem Zeitpunkt der Antragstellung zumutbar sei. Als Einschränkungen nannte er einen

unzureichend konstruktiven Umgang mit Stress, Frustration und Schmerzzuständen sowie mangelndes Selbstwirksamkeitserleben (IV 58, 60). Unter dem Hinweis darauf, dass die Beurteilung des Gutachters medizinisch gut nachvollziehbar sei und die Patientin zudem eine stationäre Rehabilitation verweigere, schloss Dr. D. \_\_\_\_\_, dass in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100% ab 9. Januar 2008 bestehe, jedoch eine solche von 0% in angepasster Tätigkeit ab 22. Oktober 2009 (ab Rentenantrag; IV 60). Mit ergänzender Stellungnahme vom 17. April 2013 korrigierte Dr. D. \_\_\_\_\_ seine Beurteilung insoweit, als die volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Verweistätigkeit in Anbetracht des laufenden Revisionsverfahrens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung (10. Januar 2013) gelte (IV 64). In der Rentenverfügung vom 6. November 2013 hielt die IVSTA fest, gemäss Gutachten habe sich der Gesundheitszustand seit der Begutachtung verbessert. Die Ausübung leichter angepasster Tätigkeit sei unter Berücksichtigung folgender Funktionseinschränkungen zumutbar: nur leichte Tätigkeit wie z.B. nicht qualifizierte Arbeiterin, Hilfsarbeiterin in Werk/Fabrik/Produktionsstätte, oder Magazinerin, Lageristin, Reparatur von Kleingeräten/Haushaltsartikel, Registrieren, Klassieren, Archivieren, Datenerfassung/Scannage (IV 77).

### **E. 6.3**

Daraus kann - zum einen - geschlossen werden, dass mit der Revisionsverfügung vom 6. November 2013 nach wie vor die psychische Erkrankung bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit im Vordergrund stand und die vielfältigen Einschränkungen im Bereich der Wirbelsäule, der rechten Hand und des linken Knies (meist vorbestehende Arthrosen) zur (blossen) Bezeichnung verschiedener funktioneller Einschränkungen (s. E. 6.2) führten. Anzumerken ist, dass die Revisionsverfügung fraglich auf einer ungenügenden Sachverhaltsermittlung beruhte, da Gutachter Dr. C. \_\_\_\_\_ festhielt, eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei ohne stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin nicht möglich, diese Aussage die Vorinstanz jedoch nicht veranlasste, weitere Abklärungen vorzunehmen. Da in der angefochtenen Verfügung vom 8. April 2016 jedenfalls davon ausgegangen wird, dass in psychischer Hinsicht per April 2016 eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist beziehungsweise keine relevante Erkrankung mehr vorliegt, kann letztlich offen gelassen werden, ob die unangefochten in Rechtskraft erwachsene Revisionsverfügung vom 6. November 2013 wegen grober Mängel in der Sachverhaltsermittlung beziehungsweise wegen zweifelloser Unrichtigkeit (vgl. Urteil des BVerfG C-4032/2014 vom 13. März 2018 E. 6.2.1 f. m.w.H.) in Anwendung von Art. 53 Abs. 2 ATSG aufzuheben wäre und der Vergleich im Sinne von E. 3.3 zweiter Abschnitt mit der rentenzusprechenden Verfügung zu erfolgen hätte, zumal auch dann - im Vergleich mit der rentenzusprechenden Verfügung vom 30. März 2011 - eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes in psychischer Hinsicht zu überprüfen wäre. Bei dieser Sachlage sei nur am Rande erwähnt, dass die Revisionsverfügung vom 6. November 2013 über die fraglich mit deutlichen Mängeln behaftete Begründung hinaus Textbausteine mit Würdigungen betreffend eine andere versicherte Person enthält ("Geigerin in Orchester", "100% Arbeitsfähigkeit im Aufgabenbereich").

### **E. 6.4.1**

Bezüglich der von der Vorinstanz genannten Verbesserung des gesundheitlichen Zustands in psychischer Hinsicht ist - zum anderen - festzuhalten, dass die vom behandelnden Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Dr. I. \_\_\_\_\_, mit Arztbericht vom 19. März 2014 diagnostizierte schwere Depression (F32.2) nicht nachvollzogen werden kann, zumal

er als einziger für den Zeitraum 2013 bis April 2016 eine Depression als gegeben erachtet und sich diese Diagnose auch nicht mit den von ihm erhobenen Befunden (Versicherte ist wach und voll orientiert, in der Stimmung gedrückt, affektiv eingeschränkt schwingungsfähig, im Antrieb leicht gemindert, Konzentration und Merkfähigkeit leicht gemindert, übrige mnestiche Funktion intakt, im formalen Gedankengang etwas eingeeengt, keine inhaltlichen Denkstörungen, keine Ich-Störung, keine akute oder latente Suizidalität; der Befund habe sich in den letzten 12 Monaten nicht geändert) vereinbaren lässt: Die ICD-10 charakterisiert die Diagnose F32.2 wie folgt: Eine depressive Episode mit mehreren oben angegebenen, quälenden Symptomen (gedrückte Stimmung, Verminderung von Antrieb und Aktivität, verminderte Fähigkeit zur Freude, vermindertes Interesse und Konzentration, ausgeprägte Müdigkeit, meist gestörter Schlaf, verminderter Appetit, beeinträchtigt Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit). Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig, und meist liegen einige somatische Symptome vor. Diesbezüglich klaffen die erhobenen Befunde und die Beschreibungen gemäss ICD-10 weit auseinander. Insofern ist Dr. E. \_\_\_\_\_ beizupflichten (IV 88). Im Gutachten auf dem Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie vom 20. Juli 2014 hält der (namentlich nicht lesbare) deutsche Gutachter neurologisch unauffällige Befunde fest (klinisch neurologischer Befund ist unauffällig, EEG-Befund ohne Pathologie, kein Hinweis auf Polyneuropathie, kein pathologisches Hirnstrombild, kein pathologischer Nervus tibialis-SEP-Befund), führt jedoch danach in seiner Beurteilung an, die Beschwerdeführerin leide an frei flottierenden Ängsten, sie sei seit 2014 erneut in psychiatrischer Behandlung, um traumatische Erfahrungen als Jugendliche zu verarbeiten. Belastbarkeit und Durchhaltevermögen der Patientin seien wesentlich reduziert. Danach nennt er die Diagnosen Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), somatoforme Partial-Genese (F45.41 [anhaltende somatoforme Schmerzstörung]) der Schmerzen, generalisierte Angststörung (F41.1), Neigung zu Dissoziationen (F44.7 [dissoziative Störungen, gemischt]), rezidivierende depressive Störung, mittelgradig-schwere Episoden (F33.1), Dysthymia (F34.1), narzisstisch-strukturierte, zu wesentlich perfektionistischem Verhalten neigende Persönlichkeit (F60.8), Verdacht auf Analgetika-induzierten Spannungskopfschmerz, anamnestischer Hinweis auf Migräne mit Aura (G43.1), Neigung zu Cystitis (N30.9) und Colitis (A09.9) bei dringendem anamnestischem Hinweis auf somatoforme (Partial-) Genese (F45.32). Hierbei bleibt unklar, wie die Diagnose PTBS hergeleitet wird, zumal Anamnese und Befundung keine Hinweise auf Flashbacks enthalten und auch fraglich bleibt, ob ein simpler Unfall mit ursprünglich herablassender und ungläubiger Haltung des diensttuenden Oberarztes eine derart schwerwiegende Traumatisierung habe auslösen können. Dies gilt auch in Anbetracht dessen, dass die nachfolgenden Befundungen und Bilderhebungen im selben Spital (B. \_\_\_\_\_-Hospital in [...]) erfolgt sind und eine zuerst mangelhafte Würdigung mit einer Kernspintomographie rechtes Handgelenk vom 21. Januar 2008 und einer weiteren Kernspintomographie des linken Kniegelenks vom 11. August 2008 (IV 5 f.) korrigiert werden konnte. Unstimmig erscheint in diesem Gutachten zudem (worauf die Beschwerdeführerin hinweist), dass der Gutachter in der sozialmedizinischen Beurteilung eine Berufsausübung zu über sechs Stunden pro Tag bejaht, gleichzeitig jedoch ausführt, ein positives Leistungsbild könne nicht formuliert werden, die Patientin sei auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht einsetzbar. Begründete Zweifel an der Qualität der Beurteilung entstehen auch dadurch, dass der Gutachter sozusagen im gleichen Atemzug eine

rezidivierende depressive Störung, mittelgradig-schwere Episoden (F33.1) und eine sich damit nicht vereinbare Dysthymia (F34.1) nennt. Auch bestehe (sic: aktuell) eine (schwere) posttraumatische Belastungsstörung wegen mehrfacher Vergewaltigung durch den Schwager im 11. bis 16. Altersjahr mit Retraumatisierung ab Januar 2008; gleichzeitig ist aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin im Jahre 2011 ihre Beziehung zu ihrem früheren Lebenspartner auf Griechenland/(...) wieder aufgenommen und diesen auch im Jahre 2013 besucht hat (IV 62, 85, 95, 98).

#### **E. 6.4.2**

Jedoch ist festzuhalten, dass sich Dr. E.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes in ihrer für das vorliegende Beschwerdeverfahren zentralen Stellungnahme vom 28. Januar 2015 von den Ergebnissen des deutschen Gutachtens ohne weitere Abklärungen oder Rückfragen distanziert, eine (blosse) Würdigung der Akten vornimmt und ohne eigene Begutachtung beziehungsweise ohne Anordnung einer solchen auf die Ergebnisse des früheren psychiatrischen Gutachtens vom 11. Januar 2013 abstellt, welches auf das Vorliegen einer posttraumatischen Verbitterungsstörung schliesst (einer Diagnose, die noch nicht in der ICD-10-Liste Eingang gefunden habe), und eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht verneint. Diese Vorgehensweise vermag im Lichte der bundesgerichtlichen Praxis zur Beweiswürdigung von Berichten der Versicherungsärzte (vgl. E. 4.5) nicht zu überzeugen beziehungsweise weckt Zweifel an ihrer Würdigung. Im Weiteren fehlt eine Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_\_ dazu, ob die hinsichtlich Diagnosen und Arbeitsfähigkeitsbeurteilung auseinanderklaffenden gutachterlichen Beurteilungen in einem wechselnden Verlauf der psychischen Erkrankung begründet liegt. Bei dieser Sachlage kann der Stellungnahme vom 28. Januar 2015 nicht voller Beweiswert zukommen und erweist sich der Gesundheitszustand in psychiatrischer Hinsicht als unvollständig erhoben.

#### **E. 6.4.3**

Hinzu kommt, dass auch in somatischer Hinsicht die Sachlage als ungenügend geklärt erscheint: Dr. F.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes ersuchte die Vorinstanz am 7. Oktober 2015 um ergänzende Abklärungen in orthopädischer Hinsicht (IV 108). Diesem Anliegen entsprach die Deutsche Rentenversicherung mit der Veranlassung des orthopädischen Gutachtens von Dr. G.\_\_\_\_\_ vom 5. Januar 2016 (IV 113). Letztgenanntem Gutachten ist bezüglich der Arbeitsfähigkeitsschätzung einleitend zu entnehmen, die Beschwerdeführerin sei in ihrer letzten Arbeitstätigkeit als Krankenschwester noch zu sechs Stunden und mehr einsetzbar. In der Beurteilung und in den späteren Angaben zur Arbeitsfähigkeit schliesst der Gutachter jedoch auf eine vollzeitliche Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt nur noch in leichten Tätigkeiten. In der 23 Tage später erstellten sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung wiederum erachtete derselbe Gutachter die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit als Krankenschwester als zu unter drei Stunden arbeitsfähig (IV 113). Dr. F.\_\_\_\_\_ "übernahm" diese Beurteilung in seiner späteren Stellungnahme vom 26. Februar 2016 dahingehend, dass die Beschwerdeführerin als Krankenschwester zu sechs Stunden und mehr, in leichter angepasster Tätigkeit vollzeitlich einsetzbar sei. Damit sei ihr aus Sicht des medizinischen Dienstes eine leichte Arbeit vollzeitlich zumutbar. Eine Diskussion der erwähnten Widersprüche erfolgte nicht (IV 118). Die IVSTA übernahm diese Beurteilung und führte in der Begründung der angefochtenen Verfügung aus, aus den zitierten Berichten sei zu entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand seit 3. Juli 2014 (ärztliche Begutachtung) verbessert habe; dies werde durch die neu zugestellten medizinischen

Unterlagen bestätigt. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Narkoseschwester sei wieder voll zumutbar; es bestünden keine wesentlichen Einschränkungen aus somatischer Sicht mehr, aus psychiatrischer Sicht sei es zu einer Stabilisierung gekommen, mit hohen regressiven Anteilen. Ungeachtet der Widersprüchlichkeit der gutachterlichen Aussage, die eher den Schluss zulässt, der Gutachter habe die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit als Narkoseschwester als arbeitsunfähig erachtet, trägt die Würdigung des medizinischen Dienstes zudem dem Umstand nicht Rechnung, dass die bisherige Tätigkeit als Narkoseschwester nicht als leichte Tätigkeit erachtet werden kann (s. dazu bereits die Beurteilung von Dr. L. \_\_\_\_\_ in seinem fachorthopädischen Gutachten vom 8. Februar 2010 ["Tätigkeit insbesondere als Anästhesieschwester nicht mehr dauerhaft und eine solche im Bereich der Intensivstation aufgrund der erheblichen körperlichen Belastung überhaupt nicht mehr durchführbar"; IV 18 S. 10]). Damit hätte - bei ersatzweisem Abstellen auf eine angepasste Verweistätigkeit - ein neuer Einkommensvergleich erstellt werden müssen, was nicht geschehen ist.

#### **E. 6.5**

Aus den genannten Gründen bestehen begründete Zweifel an der vorinstanzlichen Würdigung der Arbeitsfähigkeit und der Schlussfolgerung, es liege eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation vor, und weist - im Sinne der zitierten Rechtsprechung (E. 4.5 letzter Abschnitt) und unter Berücksichtigung dessen, dass die Begründung des medizinischen Dienstes einerseits nicht überzeugt und andererseits nicht auf einer eigenen Begutachtung beziehungsweise einer angeordneten polydisziplinären Begutachtung der Beschwerdeführerin in der Schweiz beruht - die Beurteilung des medizinischen Dienstes der Vorinstanz sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht keine rechtsgenügende Beweiskraft auf. Hinzu kommt, dass der angefochtene Revisionsentscheid auf einer altrechtlichen Würdigung der hier im Vordergrund stehenden psychischen Erkrankung beruht und der neuesten bundesgerichtlichen Praxis zu Erkrankungen aus dem gesamten psychiatrischen Formenkreis nicht Rechnung trägt (vgl. dazu Urteil des BGer 8C\_130/2017 vom 30. November 2017). Darin hat das Bundesgericht ausgeführt, die Auswirkungen einer psychischen Störung auf die Funktionalität beziehungsweise die Arbeitsfähigkeit seien in einem indikatorengeliteten Beweisverfahren zu ermitteln, dies gelte auch für im Zeitpunkt des ergangenen Urteils noch hängige Verfahren. Eine solche Beurteilung ist hier nicht erfolgt. Zudem sind die vom Bundesgericht genannten Kriterien für einen Verzicht auf eine eingehende Erhebung des Indikatorenkomplexes (a. bei prägnanten Befunden und übereinstimmender gutachterlicher Würdigung der Funktionseinbussen, b. bei beweiswertiger fachärztlicher Verneinung einer Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise, c. bei klar ausgewiesener Aggravation [E 7.1]) vorliegend nicht gegeben. Das Verfahren ist deshalb zur tridisziplinären Begutachtung in den Fachgebieten Innere Medizin, Orthopädie/Rheumatologie und Psychiatrie an die Vorinstanz zurückzuweisen.

#### **E. 6.6**

Bei diesem Ergebnis ist auf weitere Rügen der Beschwerdeführerin nicht einzugehen.

#### **E. 7.1**

Damit ist die Beschwerde vom 12. Mai 2016 in ihrem Eventualantrag gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 8. April 2016 aufzuheben und die Sache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägung 6 und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz

zurückzuweisen.

## **E. 8**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

### **E. 8.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihr zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 8.2**

Die ganz oder teilweise obsiegende Partei hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei (Art. 8 Abs. 1 VGKE). Die Beschwerdeführerin hat am 6. März 2018 eine Kostennote eingereicht, in welcher sie Aufwendungen von Fr. 1'576.45 (Anwaltsgebühren von insgesamt Fr. 1'375.-, Auslagen von Fr. 85.- sowie Mehrwertsteuer von Fr. 116.45) geltend macht (B-act. 12). In Berücksichtigung des geltend gemachten Aufwands und der Auslagen ist ihr zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 1'460.- (inkl. Auslagen; ohne Mehrwertsteuer, die bei Versicherten im Ausland nicht geschuldet ist [vgl. bspw. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]) auszurichten. Die unterliegende Vorinstanz hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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