

BVGer C-3475/2014 vom 13. September 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-09-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3475_2014

FR: TAF C-3475/2014 du 13 septembre 2016

IT: TAF C-3475/2014 del 13 settembre 2016

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG 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 VwVG 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 vom 20. Mai 2014 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.4

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (60 ATSG, Art. 52 VwVG und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG; Benjamin Schindler, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zürich 2008, Rz. 1 ff. zu Art. 49).

E. 2.2

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

einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212; vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2; BGE 127 II 264 E. 1b).

E. 2.3

Die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes hat nach dem Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen zu erfolgen (Art. 12 VwVG). Auch das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1).

E. 2.4

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin ist spanische Staatsangehörige und wohnt heute in Spanien. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA zur Anwendung. Der Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BVer C-33/2014 vom 20. April 2016 E. 3.1).

E. 3.2

In materiell-rechtlicher Hinsicht ist auf jene Bestimmungen des IVG und der IVV respektive des ATSG und der ATSV abzustellen, die für die Beurteilung eines Rentenanspruchs jeweils relevant waren und in Kraft standen. Vorliegend ist die Renteneinstellung ab dem 1. Juli 2014 strittig, weshalb das IVG und die IVV in den Fassungen der 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket (Revision 6a), anzuwenden sind (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], in Kraft seit 1. Januar 2012; die IVV in der entsprechenden Fassung).

E. 3.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn

sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 3.4

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. 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, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie - wie der Beschwerdeführer - in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

E. 3.5

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). Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 3.6

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 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

In materieller Hinsicht ergibt sich die Anwendbarkeit von Bst. a Schl-Best. IVG ausschliesslich aus der Natur des Gesundheitsschadens, auf dem die Rentenzusprechung beruht (vgl. Urteil des BGer 9C_379/2013 vom 13. November 2013 E. 3.2.3). Unklare Beschwerdebilder, wie sie in den SchlBest. IVG vorausgesetzt werden, charakterisieren sich durch den Umstand, dass mittels klinischer Untersuchungen weder Pathologie noch Ätiologie nachweisbar oder erklärbar sind (vgl. Urteil des BGer 8C_654/2014 vom 6. März

2015 mit Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 9.4), wobei es mit Blick auf die Zielsetzung von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG auf die Natur des Gesundheitsschadens und nicht auf eine präzise Diagnose ankommt (vgl. Urteil des BGer 9C_384/2014 vom 10. Juli 2014 E. 3.2).

E. 3.8

Nach BGE 140 V 197 E. 6.2.3 sind vom Anwendungsbereich von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG laufende Renten nur auszunehmen, wenn und so weit sie auf erklärbaren Beschwerden beruhen. Lassen sich unklare Beschwerden von erklärbaren Beschwerden trennen, können die SchlBest. IVG auf erstere Anwendung finden. Gemäss Urteil des BGer 8C_34/2014 vom 8. Juli 2014 E. 4.2 fällt eine Herabsetzung oder Aufhebung unter dem Titel von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG lediglich ausser Betracht, wenn unklare und erklärbare Beschwerden zwar diagnostisch unterscheidbar sind, aber bezüglich der darauf zurückführenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit keine exakte Abgrenzung erlauben (sogenannter "Mischsachverhalt").

E. 3.9

Laut BGE 140 V 514 E. 5.2 tritt die Revisionsverfügung an Stelle der rentenzusprechenden Verfügung, wenn in einem Revisionsverfahren die bisherige Rente nach materieller Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs bestätigt wird.

E. 4

Die Rentenaufhebung erfolgte explizit gestützt auf die SchlBest. IVG. Nachfolgend ist deshalb von Amtes wegen (vgl. oben E. 2.2) zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht - aufgrund der Natur des Gesundheitsschadens zum Zeitpunkt der letztmaligen Rentenbestätigung mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung (vorliegend die Mitteilung vom 29. Juni 2009) - ein Revisionsverfahren gestützt auf Bst. a Abs. 1 der SchlBest. IVG eingeleitet hat. Einleitend sind die formellen Ausschlussgründe zu prüfen.

E. 4.1

Zu den formellen Ausschlussgründen ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin seit dem 1. Januar 2002 eine Viertelsrente und ab dem 1. April 2002 eine halbe Invalidenrente bezieht (vgl. Verfügungen der IV-Stelle Bern vom 25. Juni und 13. August 2002). Seit dem 1. Januar 2004 bezieht sie - bei gleichbleibendem Invaliditätsgrad von 63% - eine Dreiviertelsrente (doc. 29). Im Zeitpunkt der Einleitung der Überprüfung lag somit noch kein über 15-jähriger Rentenbezug vor (vgl. dazu BGE 139 V 442 E. 4 und 5.1 und Urteil des BGer 8C_576/2014 vom 20. November 2014 E. 4). Bei Inkrafttreten der Änderung am 1. Januar 2012 war die Beschwerdeführerin zudem noch nicht 55 Jahre alt, weshalb keiner der Ausschlussgründe nach Bst. a Abs. 4 SchlBest. IVG gegeben ist. Da die Überprüfung der Rente innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Änderungen erfolgte, ist Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG in formeller Hinsicht anwendbar.

E. 4.2.1

Zur Beurteilung der Natur des Gesundheitsschaden bis zum Referenzzeitpunkt am 29. Juni 2009 finden sich in den Akten die folgenden wesentlichen medizinische Unterlagen: - Nach dem erlittenen Autounfall im Jahr 1987 stellte der behandelnde Arzt Dr. K. _____ ein Polytrauma mit leichter Schädelhirnverletzung (commotio cerebri), multiplen Rissquetschwunden, Kontusionen und einer Beckenfraktur links fest (Bericht vom 4. Mai 1987, SUVA-Akten 42). Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung am 2. Juni 1987

bestätigte der SUVA-Arzt, Dr. L. _____, diese Diagnosen und diagnostizierte ein leichtes linksbetontes Zervikalsyndrom mit Schmerzen im Hüftbereich links bei Extremlagen für die Rotation. Eine halbtägige Arbeitsaufnahme sei der Versicherten ab dem 9. Juni 1987 zumutbar (SUVA 40). Am 7. April 1987 äusserte der behandelnde Arzt den Verdacht auf ein chronisches Zervikalsyndrom. Die Versicherte sei ab dem 6. April 1988 wieder voll arbeitsfähig (SUVA 35). - Am 17. April 1997 hielt der behandelnde Arzt Dr. K. _____ anlässlich eines Rückfalls unter Hinweis auf das Polytrauma fest, die Versicherte leide seit März 1996 unter zunehmenden Nacken- und Rückenschmerzen. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule (LWS) sei stark schmerzhaft reduziert. Er hielt ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom fest, exacerbirt während der Schwangerschaft; die Versicherte sei zu 100% arbeitsunfähig (SUVA 21, 55). Nach Einsicht in den Befundbericht des Röntgeninstituts M. _____ (Dr. N. _____) hielt der SUVA-Arzt Dr. O. _____ am 18. Juni 1997 (SUVA 52) fest, einzig objektivierbare Unfallfolge sei die verheilte Fraktur des unteren Schambeins links. Es beständen keine strukturellen posttraumatischen Veränderungen der Wirbelsäulenabschnitte. Unfallbedingt bestehe volle Arbeitsfähigkeit. - Nach dem ersten Rentengesuch vom 30. April 1998 bei der IV-Stelle Bern bestätigte der behandelnde Arzt (Dr. K. _____) in seinem Bericht vom 16. Juli 1998 (BE-act. 23/24) die von ihm im SUVA-Verfahren bisher erhobenen Diagnosen. Zusätzlich erhob die psychosomatische Abteilung des Universitätsspitals Z. _____ in zwei Berichten (Dr. P. _____ vom 8. Juni 1998 [BE-act. 13 f.] und Dr. Q. _____ vom 22. Januar 1999 [BE-act. 54 f.]) folgende Diagnosen: chronisch multilaterale Schmerzstörung bei Status nach Autounfall mit unterer Schambeinfraktur, Commotio cerebri und möglicher HWS-Distorsion, Anpassungsstörungen nach belastenden Lebensereignissen, erheblichem sekundärem Krankheitsgewinn, sich zuspitzender psychosozialer Belastungssituation. Die Versicherte verweigere die Therapien. Die behandelnde Psychiaterin (Dr. R. _____) stellte am 22./28. Oktober 1998 (BE-act. 35 f.) fest, es beständen Schmerzen, Schon- und Fehlhaltung im Bereich des Beckens und der Lendenwirbelsäule. Bedingt durch die Chronifizierung der Schmerzen habe sich eine depressive Störung entwickelt. Die erfolgte antidepressive Behandlung, psychotherapeutisch und medikamentös, habe auch keine Linderung der Schmerzen gebracht. Die Versicherte verweigere die Therapien. Im Bericht vom 26. Oktober 1998 (BE-act. 27/28) stellte sie zusätzlich eine Angststörung fest. Die IV-Stelle Bern wies das Gesuch in der Folge hauptsächlich mit der Begründung ab, die Versicherte sei ausschliesslich im Haushalt tätig und dort betrage der IV-Grad laut Abklärungsbericht (BE-act. 41 f.) nur 19%. - Nach dem zweiten Gesuch vom 18. Mai 2001 an die IV-Stelle Bern erhob der behandelnde Facharzt für Innere Medizin, Dr. C. _____, in seinen Berichten vom 13. Mai 2001 und vom 25. August 2001 (BE-act. 84, 95 f.) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Chronisches Schmerzsyndrom nach schwerem Autounfall; St. nach Beckenfrakturen, multiple Insertionstendinosen im Bereich von Becken und Adduktoren, ISG-Dysfunktion, Fehlhaltung; St. nach Commotio cerebri; Status nach Distorsionstrauma der HWS; Osteochondrose C6/7, chronisches rezidivierendes Zervikalsyndrom; LWS-Skoliose. 2. Karpaltunnelsyndrom beidseits (elektroneurographisch nachgewiesen). 3. Rezidivierende Drehschwindelattacken; chronische Otitis/Mastoiditis links (DD Cholesteatom); hochgradige Transmissionsschwerhörigkeit links, mittelgradige Transmissionsschwerhörigkeit rechts; 4. Rezidivierende Oberbauchkoliken nicht sicher geklärt Ursache 5. Reaktive Depressionen. Weiter führte der behandelnde Arzt aus, die Beschwerdeführerin leide an chronischen Gesundheitsstörungen, welche zu einem grossen

Teil auf den schweren Autounfall mit Polytrauma zurückgingen. Ihr Zustand habe sich seit 1999 stets verschlechtert. Sie könne nur noch mit Mühe die leichtesten Haushaltsarbeiten ausführen. An eine Erwerbstätigkeit sei nicht zu denken. Die Schmerzen im Nacken-/Schulterbereich und im Hüft-/Beckenbereich verunmöglichten auch nur leicht belastende Tätigkeiten. Durch die langdauernde Krankheit sei die Versicherte erschöpft und demoralisiert und wäre so einer Erwerbstätigkeit, selbst wenn diese körperlich nicht belastend wäre, auch psychisch nicht mehr gewachsen. Nach erfolgter Haushaltabklärung, in welcher neu der Status 50% Haushalt und 50% Erwerbstätigkeit festgestellt wurde, legte die IV-Stelle Bern den Invaliditätsgrad auf 63% fest (Erwerbstätigkeit 100%, Haushalt 26% [BE-act. 110, 122]). - Anlässlich der Rentenrevision Ende 2004, neu durchgeführt durch die IVSTA, wiederholte die IV-Ärztin Dr. D. _____ am 10. Januar 2005 im Wesentlichen die von Dr. C. _____ gestellten Diagnosen (doc. 14, doc. 15 S. 4f.). Nach Eintreffen des Formulars CH/E 20 (doc. 24) stellte sie am 7. Februar 2006 fest, dass sich die Situation aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht nicht verändert habe. Die Arbeitsunfähigkeit bleibe ebenfalls unverändert (doc. 15 S. 1). Entsprechend setzte die Vorinstanz den IV-Grad wiederum auf 63% fest. - Anlässlich einer weiteren Rentenrevision im Jahr 2009 stellte der IV-Arzt, Dr. E. _____, am 25. Juni 2009 gestützt auf das aus Spanien eingegangene Formular E 213 vom 13. Mai 2009 ebenfalls fest, dass die Pathologie der Beschwerdeführerin keine Veränderung erfahren habe. Er hielt degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates (colonne vertèbrale) mit moderater funktionaler Beeinträchtigung sowie eine reaktive Depression fest. Die Arbeitsunfähigkeit bleibe unverändert (doc. 44). Im Arztbericht (Formular E 213) vom 13. Mai 2009, unterzeichnet von Dr. S. _____, wird in der Historie u.a. der Autounfall im Jahr 1988 (recte: 1987), eine Depression, eine Zervikalarthrose, eine Lumbalgie und Fibromyalgie erwähnt. Als aktuelle Diagnosen wurden u.a. die Zervikalarthrose, Lumbalgie, Fibromyalgie, ein Karpaltunnelsyndrom, Schwindel und Depression festgehalten. In der angestammten Tätigkeit könne die Versicherte nicht mehr arbeiten, in einer Verweistätigkeit sei sie vollzeitlich arbeitsfähig (doc. 39 S. 10). - In seiner Stellungnahme vom 1. Juli 2012 (doc. 47) führte Dr. F. _____ - mit Blick auf die frühere Rentengewährung und bisherigen Revisionen - aus, die Rente sei aufgrund somatoformer Schmerzstörungen und Fibromyalgie gewährt worden. "Cette assurée présente clairement un syndrome douloureux chronique non objectivable. Un diagnostic de fibromyalgie est clairement posé dans le rapport du 17.12.1997 par la Clinique et polyclinique de rhumatologie universitaire de Z. _____ (19.12.1997). Le diagnostic de trouble douloureux chronique multiloculaire est équivalent". Diese Einschätzung wurde von der IV-Psychiaterin Dr. T. _____ in ihrer Stellungnahme vom 10. Juli 2012 geteilt (act. 49).

E. 4.3

Damit werden seit 1987 bis zum Referenzzeitpunkt (2009) die chronischen Nacken- und Rückenschmerzen bzw. das panvertebrale Schmerzsyndrom in den meisten Arztberichten erwähnt. Ab 1998 kamen psychosomatische Beschwerden hinzu. In den beiden Berichten der psychosomatischen Abteilung der Universitätsklinik Z. _____ vom 8. Juni 1998 (BE 13 ff.) und vom 22. Januar 1999 (BE 54 ff.) werden die chronischen multilokulären Schmerzstörungen sowie Anpassungsstörungen nach belastenden Lebensereignissen festgehalten, im Bericht vom 22. Januar 1999 auch ein erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn sowie eine sich zuspitzende psychische Belastungssituation. Im Bericht vom 8. Juni 1998 wird ausgeführt, nach mehreren Jahren Schmerzfremheit sei 1996 infolge Schwangerschaft, dem Verlust der Mutter und Überforderung ein Schmerzrezidiv

aufgetreten und es habe sich eine Anpassungsstörung mit ausgeprägten depressiven Symptomen entwickelt. Inzwischen befände sich die Beschwerdeführerin in einem Teufelskreis aus Schmerzen, Schon- und Fehlhaltungen, Depression und weiteren Beschwerdeprognosen. Im Bericht von Dr. R. _____ vom 22./28. Oktober 1998 (BE 35 ff.) werden die chronisch multilokuläre Schmerzstörung sowie die Anpassungsstörung festgestellt; in ihrem Bericht vom 26. Oktober 1998 (BE 27,28) stellt sie zudem erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest; der Versicherten sei die Haushaltsführung und die Kinderbetreuung nur in beschränktem Masse, die Tätigkeit als Putzfrau nur bedingt zumutbar (BE-act. 35). Auch im Bericht von Dr. C. _____ vom 25. August 2001 (BE 95 ff.) wird das chronische Schmerzsyndrom als erste Diagnose genannt; daneben stellt er auch organisch erklärbare Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit (rezidivierende Drehschwindelattacken, Tendinose, Karpaltunnelsyndrom beidseits, chronische Otitis und Transmissionsschwerhörigkeit). Sein Bericht vom 20. Februar 2002 (BE 105 ff) hält in Bezug auf die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest, durch die langdauernde Krankheit und wegen der durch Schmerzen gestörten Nachtruhe sei die Patientin erschöpft und demoralisiert und wäre so einer Erwerbstätigkeit - selbst wenn diese körperlich nicht belastend wäre - auch psychisch nicht mehr gewachsen. Insgesamt ist aufgrund der gesamten medizinischen Akten davon auszugehen, dass die gesundheitlichen Einschränkungen und die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zur Zeit der Rentenzusprache mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus dem Formenkreis der pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage stammen. Einschränkungen im somatischen Bereich standen für die Rentenzusprache nicht im Vordergrund und führten nicht zu einer wesentlichen Arbeitsunfähigkeit, zumal die Beschwerdeführerin durchgehend über Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule klagte; im Vordergrund standen also die Schmerzen nach dem Autounfall. Dazu stellte aber der SUVA-Arzt nach Einsicht in die Röntgenbilder zweifelsfrei fest, einzig objektivierbare Unfallfolge sei die verheilte Fraktur des unteren Schambeins links; es beständen keine strukturellen posttraumatischen Veränderungen der Wirbelsäulenabschnitte; unfallbedingt bestehe volle Arbeitsfähigkeit (SUVA 52). Zu ergänzen bleibt, dass die reaktive Depression (F43.21) in die Jahre 1998 - 2000 fällt (vgl. S. 6 des Gutachtens von Dr. H. _____) und demnach für die Rentenzusprache im Jahr 2002 ebenfalls nicht ausschlaggebend war. Diese Ausführungen lassen einzig den Schluss zu, dass die Rente im Jahr 2002 aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen aus dem Formenkreis pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage zugesprochen worden ist.

E. 4.4.1

Anlässlich der Rentenrevisionen 2006 und 2009 stellten die IV-Ärzte fest, dass sich keine Veränderungen ergeben hätten, was ebenfalls nicht zu beanstanden ist, da die eingereichten Formulare und Arztberichte die Beschwerden jeweils bestätigten und darin keine Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführer seit 2002 erwähnt wurde.

E. 4.4.2

Im Sinne eines Zwischenfazit ist festzuhalten, dass zum Referenzzeitpunkt am 29. Juni 2009 die Rente überwiegend wegen Einschränkungen aus dem Formenkreis "PÄUSBONOG" gewährt wurde. Der Beurteilung von Dr. F. _____ vom 1. Juli 2012 und derjenigen von Dr. T. _____ vom 10. Juli 2012 ist zuzustimmen. Es liegt auch kein Misch-sachverhalt vor (vgl. vorne E. 3.8), welcher einer Revision nach SchlBest. IVG nicht

zugänglich wäre. Die Einleitung eines Revisionsverfahrens nach Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG war zulässig.

E. 4.4.3

Der Rentenanspruch ist in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig, das heisst mit Bezug auf jedes Sachverhaltssegment zu prüfen (Urteile des Bundesgerichts 9C_813/2008 vom 8. April 2009 E. 4.1 und 9C_206/2010 vom 8. Oktober 2010 E. 3.1 je mit Hinweisen; vgl. Urteil BVGer C-6321/2013 vom 4. Mai 2016 E. 5.8).

E. 5

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zu prüfen, ob die Vorinstanz die Rente der Beschwerdeführerin - gestützt auf die Gutachten der Dres. G._____ und H._____ - zurecht aufgehoben hat.

E. 5.1

Die Vorinstanz hob die laufende Rente mit der Begründung auf, dass den Akten keine objektivierbaren anatomischen Befunde zu entnehmen seien, welche aus versicherungstechnischer Sicht eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründeten (doc. 95 S. 3). Laut dem Gutachten des Rheumatologen (Dr. G._____) bestehe aus somatischer Sicht ein "PÄUSBONOG". Körperliche Beeinträchtigungen liessen sich nicht objektivieren. Laut dem Gutachten des Psychiaters (Dr. H._____) bestehe aus psychiatrischer Sicht eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung ohne psychiatrische Komorbidität und diese sei als überwindbar anzusehen. Die Schmerzproblematik sei progredient und chronifiziert, dies jedoch nicht in einem derartigen Ausmass, dass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Die soziale Integration sei nicht verloren gegangen.

E. 5.2

Gegen diese Beurteilung durch die Vorinstanz erhebt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen die Rüge, der Sachverhalt sei nicht vollständig bzw. falsch abgeklärt worden. Die Beschwerdeführerin leide unter somatischen, radiologisch nachweisbaren Befunden (lumbale Sklerose und Stenose). Dies habe das Universitätsspital von Y._____ in seinen zwei Berichten vom 13. November 2012 und 31. Januar 2013 festgestellt. Zudem bestehe eine lumbale Blockade, welche mit zahlreichen Medikamenten behandelt werden müsse (S. 5, unter Hinweis auf den Bericht des Universitätsspitals Y._____ vom 17. Juni 2014 [B-act. 1 Beilage 2]). Dr. F._____ als IV-Internist sei für die Beurteilung von rheumatologisch/neurologischen Fragen nicht kompetent. Der Schwindel der Beschwerdeführerin habe sich in den letzten Jahren akzentuiert; es bestehe eine Diskrepanz zwischen den Feststellungen von Dr. G._____ und dem Universitätsspital Y._____ (Ziff. 6). Das psychiatrische Gutachten sei deshalb fälschlicherweise von der Voraussetzung ausgegangen, die Beschwerden der Beschwerdeführerin wiesen kein somatisches Korrelat auf, was durch die Röntgenaufnahmen widerlegt sei.

E. 5.3

Damit macht die Beschwerdeführerin sinngemäss geltend, der somatische Gesundheitszustand zöge eine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit nach sich, was nachfolgend zu prüfen ist (nachfolgend E. 7). Weiter ist zu prüfen, ob die gesundheitlichen Einschränkungen aus dem Formenkreis "PÄUSBONOG" weiterhin vorliegen und ob die Vorinstanz die Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung rechtmässig abgeklärt hat (E. 8).

E. 6.1

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. 6.2

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungssträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Berichte (vgl. dazu das Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a).

E. 6.3

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen.

E. 6.4

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darstellung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen).

E. 6.5

Auf Stellungnahmen des RAD resp. der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts seit dem 1. Januar 2007: Bundesgericht I

694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten 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 (Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des Bundesgerichts 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3; I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und 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]).

E. 7

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin und zu deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit bis zur rentenbestätigenden Mitteilung vom 29. Juni 2009 wird auf die Ausführungen in den Erwägungen 4.2-4.4 verwiesen.

E. 7.1

Der aktuelle Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wird in den Gutachten von Dr. G. _____ (Rheumatologe) und Dr. H. _____ (Psychiater) wie folgt wiedergegeben.

E. 7.1.1

Dr. G. _____ (Spezialarzt FMH für Rheumatologie) kam in seinem Gutachten vom 20. Februar 2013 (doc. 63) zum Schluss, es liege ein generalisiertes, linksbetontes myo-fascio-kutanes Schmerzsyndrom ohne erkennbare, ursächliche, somatische Veränderungen mit linksseitiger Hemihypästhesie, eine linksseitige Periarthropathia, aktenanamnestisch ein chronisches Zervikalsyndrom (seit 1996), aktenanamnestisch ein bilaterales sensibles Karpaltunnelsyndrom (Diagnose 2000, mit aktuell unauffälliger Klinik), aktenanamnestisch ein unklarer Schwindel (seit Jahren, mit otogener und zervikogener Ursache), ein Zustand nach Verkehrsunfall im Jahre 1987 mit Schambeinfraktur, Commotio und eventuell einer HWS-Distorsion (für das aktuelle Beschwerdebild bedeutungslos), anamnestisch ein Diabetes mellitus (Diagnosen 2012, unter Behandlung mit oralen Antidiabetika), Adipositas und Dekonditionierung vor (S. 13). Aus Sicht des Rheumatologen seien die Beschwerden zum Teil im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung zu verstehen, soweit nicht eine Aggravationstendenz bestehe (die Versicherte sei extrem schmerzdemonstrativ und klaghaft, dies im Gegensatz zu den objektivierbaren Befunden); deren Beurteilung falle ins Fachgebiet des Psychiaters (S. 14 und 16). Bei der Versicherten bestehe aus somatischer Sicht ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage (S. 17). Der Versicherten seien aus somatischer Sicht heute alle leichten, wechselnd belastenden Tätigkeiten uneingeschränkt zumutbar (S. 16).

E. 7.1.2

Dr. H. _____ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH) diagnostizierte in seinem Gutachten vom 25. Februar 2013 (doc. 60) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) sowie eine zweimalige depressive Reaktion (1998 - 2000 / 2004 - 2005 [F43.21], S. 6). Es sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nachweisbar (S. 7). Der heutige Befund sei weitgehend unauffällig: Die Versicherte sei stimmungsmässig ausgeglichen, nicht suizidal, sie nehme einen guten affektiven Rapport auf, es bestehe eine herzliche Beziehung

zum Ehemann. Es könne darauf hingewiesen werden, dass sie selber ihre Arbeitsunfähigkeit ausschliesslich mit körperlichen Krankheiten begründe, vor allem mit dem Schwindel und den Schmerzen. Es gebe ungünstige krankheitsfremde Faktoren: Lange Phase von Arbeitsuntätigkeit, arbeitsloser Ehemann, fehlende Motivation zur Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit (S. 8). Die Prüfung der Kriterien nach BGE 131 V 49 und 130 V 352 habe ergeben, dass keine psychische Komorbidität bestehe. Anamnestisch seien zweimal depressive Reaktionen aufgetreten, welche sich zurückgebildet hätten. Dr. G._____ stelle keine Befunde für chronische körperliche Begleiterkrankungen fest, welche die Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten einschränkten. Die soziale Integration sei nicht verlorengegangen, und die Schmerzproblematik sei progredient und chronifiziert. Damit treffe zwar eines der verlangten Kriterien zu, dies jedoch nicht im die Arbeitsfähigkeit einschränkendem Ausmass. Die psychosomatischen Beschwerden seien überwindbar, da sie keine Beeinträchtigung darstellten (S. 9). Während den depressiven Reaktionen sei es zu einer vorübergehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 40% gekommen. Seit 2008 sei die Versicherte aus psychiatrischer Sicht voll arbeitsfähig. In der früher ausgeübten Tätigkeit sei sie nicht eingeschränkt (S. 9 f.).

E. 7.1.3

In der interdisziplinären Beurteilung hielten die beiden Ärzte fest, dass in somatisch-rheumatologischer Hinsicht bei der Versicherten ein diffuses, linksbetontes Schmerzsyndrom ohne erkennbare, relevante organische Ursachen weit im Vordergrund stehe. Es handle sich demnach um ein extrasomatisch begründetes Beschwerdebild. Aus rheumatologischer Sicht sei die Versicherte für eine ihrem Alter und ihrer Konstitution angepasste Tätigkeit arbeitsfähig, wobei initial der Dekonditionierung Rechnung getragen werden müsse. In psychiatrischer Hinsicht stehe die anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund. Diese überlagere die chronischen Schmerzen der Versicherten. Angesichts des Fehlens einer psychischen Komorbidität entstehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es zeige sich aus interdisziplinärer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (doc. 67).

E. 7.2

Der IV-Arzt Dr. F._____ (Allgemeinmediziner) schliesst sich in seiner Stellungnahme vom 15. Mai 2013 der Beurteilung der beiden Gutachter an. Er nennt als Hauptdiagnose eine somatoforme Schmerzstörung (F45.4). Die übrigen Diagnosen (reaktive Depression, myofascio-kutanes Schmerzsyndrom, Periarthropathie des Beckens links, Zervikalsyndrom, Karpaltunnelsyndrom, Schwindel unbekannter Ursache, Status nach Autounfall, Diabetes, Übergewicht) hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die eigenen Angaben der Beschwerdeführerin zur Haushaltsführung auf dem Fragebogen seien vor diesem Hintergrund nicht verwendbar. Die Schmerzstörung sei überwindbar, es lägen keine Komorbiditäten von erheblicher Schwere und Intensität vor (doc. 73). Nachdem der Vertreter des Beschwerdeführers im Einspracheverfahren geltend machte, beide Gutachter hätten mehrere Arztberichte nicht berücksichtigt (Berichte des Universitätsspitals Y._____ vom 19. Juli 2011, 13. November 2012 und 31. Januar 2013, zwei Berichte vom U._____ vom 29. April 2009 und vom 5. September 2012), und die dort festgestellten Beschwerden stimmten mit dem Fragebogen zur Haushaltstätigkeit der Beschwerdeführerin überein, führte Dr. F._____ in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 9. Februar 2014 aus, bei den Berichten des Spitals Y._____ vom 13. November 2012 und vom 31. Januar 2013 handle es sich um radiologische Befunde, welche von Dr. G._____ erwähnt und

berücksichtigt worden seien. Der radiologische Befund von November 2012 entspreche genau demjenigen von 1997. Der neu eingereichte CT-Scan von Januar 2013 lasse keine Schlussfolgerungen auf funktionelle Einschränkungen zu (doc. 87). Nachdem der Beschwerdeführer im Einspracheverfahren am 13. Februar 2014 zwei weitere Arztberichte einreichte (Elektromyographie des neurophysiologischen Dienstes des Spitals V._____, Y._____, vom 25. November 2013, Arztbericht von Dr. AA._____, Spital V._____, vom 8. Januar 2014), stellte Dr. F._____ in einer weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 5. März 2014 fest, dass diesen Berichten keine neuen Elemente zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu entnehmen seien (doc. 92)

E. 7.3

Der IV-Psychiater Dr. I._____ beurteilt das Gutachten von Dr. H._____ in seiner Stellungnahme vom 9. August 2013 (doc. 77) als schlüssig und nachvollziehbar. Der Gutachter lasse gelten, dass zwischen 1998-2000 und 2004-2005 eine depressive Reaktion bestanden habe, welche heute nicht mehr nachweisbar sei. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei ohne psychiatrische Komorbidität und als überwindbar anzusehen. Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit, in einer Verweistätigkeit und im Haushalt zu 100% arbeitsfähig.

E. 8.1

Den Schlussfolgerungen im psychiatrischen Gutachten von Dr. H._____ ist aus Sicht des Gerichts insoweit zuzustimmen, als er feststellt, dass keine rein psychiatrisch bedingten Gesundheitseinschränkungen der Arbeitsfähigkeit (mehr) vorliegen. Die beiden reaktiven Depressionen sind nicht mehr nachweisbar. Es liegen keine Arztberichte vor, welche rentenrelevanten Diagnosen in psychiatrischer Hinsicht stellten. Deshalb ist den Ausführungen des IV-Psychiaters Dr. I._____ zuzustimmen, wonach die Schlussfolgerungen im psychiatrischen Gutachten plausibel und nachvollziehbar seien. Die in der Replik geltend gemachte und von Dr. J._____ am 21. August 2014 bestätigte Angststörung enthält keine Angaben zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit; von der Beschwerdeführerin wird nicht geltend gemacht, die Angststörung sei invalidisierend, sondern diese sei im Zusammenhang mit der Komorbidität der chronischen Schmerzstörungen zu prüfen (vgl. B-act. 12 Ziff. 1).

E. 8.2

In somatischer Hinsicht werden im Gutachten von Dr. G._____ (doc. 63) und in den Stellungnahmen von Dr. F._____ zwar etliche gesundheitliche Einschränkungen dargestellt; beide Ärzte gelangen indes zum Schluss, dass alle Beschwerden keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hätten. Nachfolgend sind die einzelnen dazu erhobenen Rügen der Beschwerdeführerin zu prüfen.

E. 8.2.1

Die Beschwerdeführerin rügt, sie leide unter somatisch nachweisbaren Befunden (lumbale Sklerose und Stenose). Dies habe das Universitätsspital von Y._____ in seinen zwei Berichten vom 13. November 2012 und vom 31. Januar 2013 festgestellt. Das rheumatologische Gutachten gehe nicht darauf ein. Daran änderten auch die Ausführungen des IV-Arztes Dr. F._____ nichts, welcher nicht Rheumatologe, sondern Internist sei (B-act. 1 Ziff. 2, vgl. auch Einsprache vom 14. Januar 2014 [doc. 84]). Entgegen der Beurteilung von Dr. F._____, wonach zwar eine Verengung des Lumbalkanals sichtbar sei, jedoch keine entsprechende klinische Symptomatik bestehe, bestehe sogar eine lumbale

Blockade, welche mit zahlreichen Medikamenten behandelt werden müsse (Ziff. 5, unter Hinweis auf den Bericht des Universitätsspitals Y. _____ vom 17. Juni 2014 [B-act. 1 Beilage 2]).

E. 8.2.2

Diese Rüge ist unberechtigt. Zur Computertomographie der Lendenwirbelsäule vom 31. Januar 2013 (vgl. doc. 66) ist festzuhalten, dass diese im Gutachten mitberücksichtigt wurde (vgl. doc. 63 S. 9). Auch der Bericht vom 13. November 2012 (doc. 65) wurde berücksichtigt, Dr. G. _____ hat in seinem Gutachten irrtümlich das Datum vom 24. Oktober 2012 (Anmeldedatum) eingesetzt (vgl. doc. 63 S. 9, doc. 65). Dass Stenose und Sklerose im Gutachten nicht explizit als Diagnosen erwähnt werden, heisst nicht, dass der Gutachter sich nicht mit den erwähnten Berichten auseinandergesetzt hat. Er hat jedoch als Fachgutachter aufgrund eigener Untersuchungen (vgl. doc. 63 S. 7-8), der erwähnten Röntgenaufnahmen und der erwähnten Computertomographie eine rechtsseitige Torsionsskoliose der LWS und beginnende degenerative Veränderungen sowie einen Diskusprolaps L4/5 und L3/4 und eine Einengung des Spinalkanals der LWS zufolge Gelenkshypertonie diagnostiziert, ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, was nicht zu beanstanden ist (vgl. Gutachten S. 9, S. 13 ad Frage 4a). Die von der Beschwerdeführerin ins Recht gelegten Arztberichte vermögen die Schlussfolgerungen des Gutachters zu den Auswirkungen der orthopädischen Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht in Zweifel zu ziehen, da erstere sich nicht über die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin äussern. Die Schlussfolgerungen des Rheumatologen sind hier nachvollziehbar und schlüssig. Dafür spricht auch die von den Ärzten festgestellte Aggravationstendenz der Beschwerdeführerin. Soweit die Beschwerdeführerin eine lumbale Blockade geltend macht, bezieht sich der Bericht des Universitätsspitals Y. _____ vom 14. Juni 2014 auf einen Sachverhalt nach Erlass der Verfügung (20. März 2014) und ist deshalb nicht zu berücksichtigen.

E. 8.2.3

Richtig ist hingegen die Rüge, dass Dr. F. _____, welcher die Feststellung und Beurteilung von Dr. G. _____ bestätigt, nicht Rheumatologe, sondern Allgemeinmediziner ist. Dies erhöht zwar die Anforderungen an die Beweiskraft seiner Stellungnahme (vgl. E. 6.5); da aber das Gutachten von Dr. G. _____ in Bezug auf die orthopädischen Einschränkungen aus Sicht des Gerichts plausibel und nachvollziehbar ist, und zudem die eingereichten medizinischen Unterlagen die diesbezüglichen Schlussfolgerungen nicht umzustossen vermögen, ist dem rheumatologischen Gutachten in Bezug auf seine Feststellungen zu den aktuellen Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen (im orthopädischen Bereich) auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin volle Beweiskraft zuzusprechen.

E. 8.2.4

Die Beschwerdeführerin rügt weiter, der Bericht des Universitätsspitals Y. _____ vom 17. Juni 2014 zeige u.a. folgende weitere Beschwerden auf: Schwerhörigkeit, beidseitiges Karpaltunnelsyndrom, Diabetes Typ 2 (Ziff. 4). Hierzu ist festzuhalten, dass der angerufene Bericht nach Erlass der Verfügung verfasst wurde. Da jedoch die genannten Diagnosen schon vorher festgestellt wurden, ist trotzdem darauf einzugehen (vgl. Urteil des BVGer C-2788/2014 vom 17. September 2015 E. 10). Die Schwerhörigkeit wurde von der Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchungen nicht beklagt (vgl. doc. 63 S. 6, Ziff.

2.2; doc. 60 S. 3-5 "Anamnese/Subjektive Angaben der versicherten Person") und weder vom Psychiater noch vom Rheumatologen festgestellt, obwohl die Schwerhörigkeit in früheren Arztberichten teilweise erwähnt wurde. Da in diesen früheren Arztberichten keine Angaben zur Intensität und zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gemacht wurden, bestehen keine konkreten Anhaltspunkte, dass sich die Schwerhörigkeit in relevanter Weise auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Das Karpaltunnelsyndrom wurde von Dr. G. _____ festgehalten als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit. Diese Beurteilung ist ebenfalls nicht zu beanstanden, da er aufgrund der eigenen Befunderhebung diesbezüglich auf eine aktuell unauffällige Klinik schliessen konnte (doc. 63 S. 13) und sich mit einer Ausnahme (Bericht Dr. C. _____, datiert vom 25. August 2001, welcher damals eine Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit sah) ebenfalls kein Arztbericht in den Akten befindet, welche diese Beurteilung anzweifeln liesse. Der Diabetes ist laut eigenen Angaben der Beschwerdeführerin medikamentös behandelbar; er hat demnach keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit.

E. 8.2.5

Weiter rügt die Beschwerdeführerin, der Schwindel bestehe seit 2001 und habe sich in den letzten Jahren akzentuiert. Der Gutachter habe diesen nicht feststellen können und keine weiteren Abklärungen veranlasst (Ziff. 6). Der Rheumatologe führt auf Seite 14 Ziffer 5 die Diagnose "aktenanamnestisch unklarer Schwindel (seit Jahren)" auf, bei a) otogener und b) zervikogener Ursache. Auf Seite 15 legt er dar, im Jahr 2001 sei die Beschwerdeführerin als voll arbeitsunfähig beurteilt worden. Im Vordergrund habe ein multilokuläres Schmerzsyndrom gestanden; daneben seien, wie schon 1988, Schwindelerscheinungen beschrieben worden, die in der Folge entweder als zervikogen oder aber als otogen verursacht angenommen worden seien. Dr. H. _____ führt dazu aus, die Beschwerdeführerin habe im Jahr 2004 eine Mittelohrentzündung erlitten, welche zu Schwindel geführt habe. Damit stellen beide Gutachter den Schwindel fest. Der chronische Schwindel wird - nebst vielen anderen Diagnosen - auch in einem aktuellen Arztbericht des Hospitals V. _____ vom 8. Januar 2014 ausdrücklich festgehalten (Dr. AA. _____, doc. 89), dazu auch die möglicherweise den Schwindel mitverursachende wiederholte Otitis (Bericht vom 19. Juli 2011 [doc. 64]). Da diese Arztberichte keine Aussagen zu der Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit machen, vermögen sie die Schlussfolgerung der beiden Gutachter, wonach dadurch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert, nicht in Zweifel ziehen. Schwindel führt in der Regel nur zu einer Einschränkung in der Wahl der Verweistätigkeiten (Tätigkeiten ohne Steigen auf Stühle oder Leitern, kein Auto fahren etc), nicht aber zu einer zeitlichen Einschränkung.

E. 8.3

Zusammenfassend ist deshalb festzustellen, dass die Teilgutachten von Dr. H. _____ und von Dr. G. _____ sowie deren interdisziplinäres Gutachten vollen Beweiswert aufweisen. Sie berücksichtigen die umfangreichen Vorakten und die geklagten Beschwerden, sind vollständig, plausibel und nachvollziehbar. Die IV-Ärzte durften sich somit bei ihrer Beurteilung auf die Schlussfolgerungen der Gutachter verlassen, zumal keine medizinischen Unterlagen vorliegen, welche diese in Zweifel zu ziehen vermögen. Der Beurteilung, wonach weder somatische noch psychiatrische Einschränkungen zu einer invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin führen, ist zu folgen. Vorbehalten bleibt deren Beurteilung in Bezug auf die neuere Rechtsprechung des Bundesgerichts hinsichtlich der Anforderungen an Gutachten zu gesundheitlichen

Beeinträchtigungen aus dem Formenkreis der pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage.

E. 9.1

Im psychiatrischen Gutachten wird eine somatoforme Schmerzstörung ausgewiesen (doc. 60 S. 11). Auch der Rheumatologe situiert die Beschwerden der Beschwerdeführerin im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung (doc. 63 S. 14). In ihrem interdisziplinären Gutachten vom 6. März 2013 (doc. 61) halten die Gutachter eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung fest, welche die chronische Schmerzstörung überlagere. Das Vorliegen eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage ist also belegt. Beide Gutachter gehen davon aus, dass die anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht invalidisierend sei.

E. 9.2

Die Beschwerdeführerin macht geltend, das psychiatrische Gutachten sei fälschlicherweise von der Voraussetzung ausgegangen, die Beschwerden der Beschwerdeführerin wiesen kein somatisches Korrelat auf, was durch die Röntgenaufnahmen widerlegt sei; es sei deshalb (auch) ein psychiatrisches Gutachten zu erstellen (B-act. 1 Ziff. 8). Dr. I. _____ stelle zwar fest, dass sich die Versicherte in Spanien in psychiatrischer Behandlung befinde, übergehe diese Tatsache dann einfach. Die Beschwerdeführerin stehe in psychiatrischer Behandlung, werde medikamentös behandelt und neu liege eine Angststörung vor. Die Intensität der psychiatrischen Komorbidität sei den Arztberichten nicht zu entnehmen (B-act. 12 Ziff. 1).

E. 9.3

Gemäss bisheriger Rechtsprechung vermochten somatoforme Schmerzstörungen und ähnliche ätiologisch-pathogenetisch unklare syn-dromale Leidenszustände in der Regel keine lang dauernde, zu einer In-validität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Einschränkung der Ar-beitsfähigkeit 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 ei-nes Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzte das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhanden-sein 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 Krank-heitsgewinn) oder schliesslich unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen (auch mit un-terschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitati-onsmassnahmen 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 BVGer C-3507/2014 vom 25. Mai 2016 E. 4.3).

E. 9.4.1

Das Bundesgericht hat mit BGE 141 V 281 seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermögen, grundlegend überdacht und teilweise geändert. Weiterhin kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (BGE 130 V 396). Auch künftig wird der Rentenanspruch - in Nachachtung der verfassungs- und gesetzmässigen Vorgaben von Art. 8 und 29 BV (Rechtsgleichheit) und Art. 7 Abs. 2 ATSG (objektivierte Zumutbarkeitsbeurteilung) - anhand eines normativen Prüfrasters beurteilt (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.2; 139 V 547 E. 5.9), und es braucht medizinische Evidenz, dass die Erwerbsunfähigkeit aus objektiver Sicht eingeschränkt ist. Indes hält das Bundesgericht an der Überwindbarkeitsvermutung nicht länger fest (BGE 141 V 281 E. 3.5). Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells tritt ein strukturierter, normativer Prüfraster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (Urteil BGer 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 [SVR 2015 IV Nr. 38] E. 3.1; zum Ganzen: Urteil BGer 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2; Urteil BVGer C-3507/2014 vom 25. Mai 2016 E. 4.4).

E. 9.4.2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3) mit den Komplexen "Gesundheitsschädigung" (E. 4.3.1; Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome [E. 4.3.1.1]; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [E. 4.3.1.2]; Komorbiditäten [E. 4.3.1.3]), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und "sozialer Kontext" (E. 4.3.3) sowie Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Sie erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 in fine; zum Ganzen: 9C_534/2015 E. 2.2.1; BVGer C-3507/2014 vom 25. Mai 2016 E. 4.4.1).

E. 9.4.3

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 2.2; 9C_534/2015 E. 2.2.2 m.w.H.). Wie das

Bundesgericht im Urteil 9C_899/2014 festgehalten hat, ist aber die Grenzziehung zwischen einer anspruchsausschliessenden Aggravation und einer blossen Verdeutlichungstendenz - welche nicht gleichgesetzt werden dürfen - heikel. Vorliegend beschreiben die Gutachter zwar eine Verdeutlichungstendenz; zudem sei die Beschwerdeführerin klaghaft. Dennoch ist vorliegend nicht von einer Aggravation auszugehen; zu Recht macht die Vorinstanz dies nicht geltend.

E. 9.4.4

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

E. 9.5

Vorliegend weist der psychiatrische Gutachter zur Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung darauf hin, dass sich die zwei depressiven Reaktionen zurückgebildet hätten, keine chronische Begleiterkrankung vorliege, die soziale Integration nicht verlorengegangen und die Persönlichkeitsstruktur nicht auffällig gewesen sei. Einzig der Schmerzverlauf sei progredient und chronifiziert. Es bestehe keine psychische Komorbidität (doc. 60 S. 9). Der rheumatologische Gutachter bestätigt, dass keine körperliche Begleiterkrankung vorliege. Die Behandlung sei angemessen, aber erfolglos und die Mitarbeit der Versicherten sei ungenügend gewesen (doc. 63 S. 17). In ihrer interdisziplinären Beurteilung zur Zumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung stellen die Gutachter zusammenfassend fest, es bestehe angesichts des Fehlens einer psychischen Komorbidität keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (doc. 61). Der IV-Psychiater hat sich dieser Beurteilung angeschlossen und erwogen, dass die anhaltende somatoforme Schmerzstörung ohne psychiatrische Komorbidität und als überwindbar anzusehen sei (doc. 77 S. 3).

E. 9.6

Dr. H._____ und der IV-Psychiater haben sich bei ihrer Beurteilung der Zumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung an der ursprünglichen Rechtsprechung des Bundesgerichts (vgl. vorne E. 9.3, 9.4) orientiert (vgl. doc. 60 S. 9) und die Gutachten sind nicht mit Blick auf die vom Bundesgericht seit Juni 2015 (neu) festgehaltenen Standardindikatoren für Erkrankungen aus dem Formenkreis der pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage erfolgt, da den Gutachtern die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung noch nicht bekannt sein konnte.

E. 9.7

Vorliegend lässt sich das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin aufgrund der Akten nicht beurteilen. Der psychiatrische Gutachter hat seine Beurteilung in Kenntnis und mit Blick auf die nunmehr nicht mehr anwendbare Rechtsprechung der Überwindbarkeitsvermutung und der Prüfung nach den sogenannten "Förster-Kriterien" vorgenommen. Dabei hat er dem Kriterium psychiatrische Komorbidität (das früher vorrangig zu beachten war) erhebliche Bedeutung zugemessen; gemäss BGE

141 V 281 ist indessen die vorrangige Beachtlichkeit der psychischen Komorbidität aufzugeben (4.3.1.3). Im Fokus sollen hingegen vermehrt auch Ressourcen stehen, welche die schmerzbedingte Belastung kompensieren können und damit die Leistungsfähigkeit begünstigen (E. 4.1.1). Der psychiatrische Gutachter hat zwar festgestellt, dass die soziale Integration nicht verloren gegangen sei und dass eine herzliche Beziehung zum Ehemann bestehe. Er hat aber auch festgehalten, dass die Beschwerdeführerin lange ohne Arbeit war, der Ehemann arbeitslos sei und die Motivation für die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit fehle (doc. 60 S. 8). Er hat - ohne entsprechende Begründung - davon abgesehen, einen detaillierten Tagesablauf der Beschwerdeführerin zu erheben (vgl. Ziff. 3.2.8 der Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP] vom Februar 2012), was unter anderem für die Beurteilung der noch vorhandenen Ressourcen sowie die Kategorien "Konsistenz" und "sozialer Kontext" wesentlich wäre. Zudem hat der psychiatrische Gutachter festgestellt, dass die Schmerzproblematik progredient und chronifiziert sei (S. 9), was gegen die Überwindbarkeit der Schmerzproblematik spricht. Schliesslich enthält das Gutachten keine hinreichenden Angaben zum Komplex "Persönlichkeit", welcher mit dem stärkeren Einbezug der Ressourcenseite ebenfalls an Bedeutung gewinnt. Da die Persönlichkeitsdiagnostik mehr als andere Indikatoren untersucherabhängig ist, bestehen hier besonders hohe Begründungsanforderungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.2). Abschliessend ist festzuhalten, dass die erwähnten Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten, welche zwar nur - aber immerhin - die methodischen, formalen und inhaltlichen Grundanforderungen festlegen (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.1.2), als Standard für psychiatrische Gutachten zu beachten sind (BGE 140 V 260 E. 3.2.2; IV-Rundschreiben Nr. 313 vom 6. Juni 2012).

E. 9.8

Insgesamt ist der Sachverhalt in Bezug auf die Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung ungenügend abgeklärt. Da - wie nachfolgend darzulegen ist - auch die Frage der Wiedereingliederung nicht geprüft wurde, ist die Sache zu ergänzenden Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 10.1

Gemäss Bst. a Abs. 2 SchlBest. IVG hat die Bezügerin oder der Bezüger Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG, wenn die Rente gestützt auf Abs. 1 herabgesetzt oder aufgehoben wird. Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG sind: Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung nach Art. 14a Abs. 2, Massnahmen beruflicher Art nach Art. 15-18c, die Abgabe von Hilfsmitteln nach Art. 21-21quater und die Beratung und Begleitung der Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger und ihrer Arbeitgeber (Art. 8a Abs. 2 Bst. a-d IVG). Werden Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG durchgeführt, so wird die Rente bis zum Abschluss der Massnahmen weiter ausgerichtet, längstens aber während zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung (Bst. a Abs. 3 SchlBest. IVG).

E. 10.2

Rz. 1004.2 des Kreisschreibens über die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (KSSB) bestimmt: "Ist eine Rentenherabsetzung / -aufhebung absehbar, so ist in jedem Fall ein persönliches Gespräch mit der versicherten Person zu

führen. Allfällige Wiedereingliederungsmassnahmen sind ihr aufzuzeigen und im Weiteren mit ihr zu planen."

E. 10.3

Ob, beziehungsweise auf welche Massnahmen zur Wiedereingliederung eine im Ausland wohnende Rentenbezügerin, die weder obligatorisch noch freiwillig AHV/IV-versichert ist, allenfalls Anspruch hat, ist vorliegend nicht zu entscheiden. Selbst wenn schliesslich kein Anspruch auf von der Invalidenversicherung finanzierte Massnahmen bestehen sollte, hat das durch Rz. 1004.2 KSSB vorgeschriebene persönliche Gespräch zu erfolgen. Der in Rz. 1004.2 KSSB benutzte Terminus "versicherte Person" kann - auch mit Blick auf den Wortlaut von Bst. a Abs. 2 SchlBest. IVG - nicht dahingehend interpretiert werden, dass nur mit Bezügerinnen und Bezüger einer Rente, welche im Zeitpunkt der allfälligen Rentenaufhebung oder -herabsetzung noch versichert sind, zwingend ein Gespräch betreffend Wiedereingliederung zu führen ist. Wie das Bundesgericht in BGE 141 V 385 festgehalten hat, war sich der Gesetzgeber der grossen Härte bewusst, welche sich aufgrund der (für einen bestimmten Kreis von Rentenbezügerinnen und -bezüger) eingeführten voraussetzungslosen Neuprüfung der Anspruchsberechtigung ergeben kann (vgl. auch Urteil BGer 8C_773/2013 vom 6. März 2014 [SVR 2014 IV Nr. 17] E. 4.1 mit Hinweisen) und hat daher verschiedene Abfederungsmechanismen eingebaut (vgl. BGE 141 V 385 E. 5.4 mit Hinweisen). Mit dem akzessorischen (zu den Massnahmen zur Wiedereingliederung) Anspruch auf die Weiterausrichtung der bisherigen Invalidenrente werde den (eingliederungswilligen) Betroffenen nach erfolgter Rentenrevision gleichsam eine maximal zweijährige Anpassungsfrist zugestanden (BGE 141 V 385 E. 5.4 mit Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 9.3). Dass den im Ausland wohnenden Rentenbezügerinnen und Rentenbezügerinnen grundsätzlich keine solche Anpassungsfrist zugestanden werden soll, lässt sich weder dem Gesetz noch den Materialien (vgl. AB 2010 S 642 ff.; AB 2010 N 2116 ff.; vgl. auch betreffend Art. 8a AB 2010 N 2027 ff.) entnehmen. Selbst wenn für Wiedereingliederungsmassnahmen nach Art. 8a IVG die versicherungsmässigen Voraussetzungen gemäss Art. 9 Abs. 1bis IVG gelten sollten, wäre eine Weiterausrichtung der Rente gemäss Bst. a Abs. 3 SchlBest. IVG nicht in jedem Fall ausgeschlossen. Dies würde beispielsweise dann gelten, wenn im Land, in welchem der Rentenbezüger oder die Rentenbezügerin ihren Wohnsitz hat, geeignete Massnahmen zur Wiedereingliederung (analog Art. 8a IVG) zur Verfügung stehen (vgl. auch [betreffend Übergangsleistung nach Art. 32 IVG] Botschaft des Bundesrates zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 24. Februar 2010 [6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; BBl 2010 1817 ff.] S. 1935). Weiter ist zu bedenken, dass die betreffende Person ihren Wohnsitz allenfalls wieder in die Schweiz verlegen könnte (sofern ihr die entsprechende Aufenthaltsbewilligung erteilt wird) und die versicherungsmässigen Voraussetzungen nach Art. 9 Abs. 1bis IVG im massgebenden Zeitpunkt (d.h. während den Eingliederungsmassnahmen) erfüllt wären (vgl. MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 9, Rz. 8; vgl. auch Urteil de BVGer C-3507/2014 vom 25. Mai 2016, E. 5).

E. 10.4

Die Vorinstanz hat im vorinstanzlichen Verfahren nicht festgehalten und macht im vorliegenden Verfahren auch nicht geltend, die Beschwerdeführerin sei nicht eingliederungswillig, weshalb Wiedereingliederungsmassnahmen nicht sinnvoll und nutzbringend wären (vgl. dazu Rz. 1007 Abs. 2 KSSB; BGE 141 V 385 E. 5.3). Die

Unterlassung der Vorinstanz, das gemäss Rz. 1004.2 KSSB vorgeschriebene persönliche Gespräch zu führen, ist als Verfahrensfehler zu qualifizieren, der nicht im Beschwerdeverfahren nachgeholt werden kann. Auch dies führt zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Rückweisung an die Vorinstanz.

E. 10.5

Bei diesem Ausgang des Verfahrens kann hier offen bleiben, ob die Beschwerdeführerin im Rahmen einer Revision nach Art. 6a SchlBest. IVG auch Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen nach Art. 8 IVG hat.

E. 11

Zusammenfassend ergibt sich, dass die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur Neuurteilung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Die Vorinstanz ist anzuweisen, ein ergänzendes bi-disziplinäres (psychiatrisch/rheumatologisch) Gutachten einzuholen, welches eine Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers im Lichte der geänderten Rechtsprechung (BGE 141 V 281) ermöglicht. Zeichnet sich eine Rentenherabsetzung oder -aufhebung ab, hat sie mit der Beschwerdeführerin das persönliche Gespräch im Sinne von Rz. 1004.2 KSSB zu führen. In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Der Antrag auf Anordnung eines gerichtlichen Gutachtens ist deshalb abzuweisen.

E. 12

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 12.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Weil die Beschwerdeführerin obsiegt (teilweise), sind ihr keine Kosten aufzuerlegen. Ihr ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 12.2

Die durch einen Anwalt vertretene Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. VGKE). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.- (inklusive Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. Urteil des BVGer C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) gerechtfertigt.

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