

BVGer C-34/2015 vom 11. Juli 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-07-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-34_2015

FR: TAF C-34/2015 du 11 juillet 2016

IT: TAF C-34/2015 del 11 luglio 2016

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 IVG [SR 831.20]) und die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die - unter Berücksichtigung des Fristenstillstands vom 18. Dezember bis 2. Januar (vgl. Art. 38 Abs. 4 Bst. c ATSG) - frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 5. Januar 2015 einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

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

Es 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; 127 II 264 E. 1b).

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin ist portugiesische Staatsangehörige und war in der Schweiz wohnhaft und erwerbstätig bevor sie nach Liechtenstein zog, wo sie aktuell ihren Wohnsitz hat. 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).

E. 3.2

Die Sache beurteilt sich - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - nach denjenigen materiellen Rechtssätzen, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. BGE 130 V 329). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445).

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 4.2

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. Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG), soweit nicht völkerrechtliche Bestimmungen eine abweichende Regelung vorsehen.

E. 4.3

Nach Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung findet laut Bst. a Abs. 4 SchlBest. IVG keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen.

E. 4.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 4.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

E. 5

Die Vorinstanz hat die halbe Rente der Beschwerdeführerin im Rahmen einer Überprüfung nach Bst. a Schl.Best. IVG aufgehoben. In der entsprechenden Verfügung vom 17. November 2014 wurde ausgeführt, die Diagnosen, welche zur Rentenzusprache geführt hätten, würden zu den ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare Grundlage gehören. Ferner sei festgestellt worden, dass die Beschwerdeführerin an keinem Fibromyalgiesyndrom gelitten habe, sondern an einem wenig ausgeprägten myofacialen Triggerpunktsyndrom der Schultergürtelregion rechts. Im Zusammenhang mit dem lokalisierten weichteilrheumatischen Beschwerdebild sei in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar. Schliesslich würden aufgrund der medizinischen Unterlagen keine erhebliche psychiatrische Komorbidität, signifikante Funktionseinschränkung oder weitere Kriterien in erheblichem Ausmass vorliegen, die eine Schmerzüberwindbarkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Frage stellen würden (vgl. act. 147). Von Seiten der Beschwerdeführerin wird geltend gemacht, es würden offensichtlich objektivierbare Beschwerdebilder mit nachweisbarer organischer Grundlage vorliegen. Sie verweist dabei auf die ärztlichen Berichte von Dr. med. D. _____ vom 2. und 9. September 2013, vom 20. Dezember 2013 und vom 27. Januar 2014, in welchen unter anderem eine Diskushernie und ein Bandscheibenvorfall jeweils mit Kompression von Nervenwurzeln festgestellt wurden. Sodann wird beanstandet, die Beschwerdeführerin sei im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung weder in neurologischer noch in neurochirurgischer Hinsicht untersucht worden. Die Beschwerdeführerin habe nicht bzw. nicht ausschliesslich an pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gelitten, sodass die Aufhebung der halben Rente im Zuge der 6. IV-Revision unzulässig sei (vgl. BVGer act. 1). Strittig und zu prüfen ist demnach, ob die Vorinstanz den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin mit der angefochtenen Verfügung zu Recht gestützt auf die Bst. a SchlBest. IVG aufgehoben hat.

E. 5.1

In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob dem Vorgehen der Vorinstanz eine der in Bst. a Abs. 4 SchlBest. IVG genannten Ausnahmesituationen entgegensteht und ob die Zusprechung der Invalidenrente gestützt auf einer von Bst. a SchlBest. IVG erfassten gesundheitlichen Beeinträchtigung erfolgte.

E. 5.2

Die Beschwerdeführerin bezog seit dem 1. Februar 2003 eine halbe Invalidenrente. Im Zeitpunkt der Einleitung der Überprüfung, d.h. am 18. Oktober 2012, lag somit noch kein über 15-jähriger Rentenbezug vor (vgl. dazu Urteile des BGer 8C_286/2015 vom 26.

Oktober 2015 E. 3.2.2 und 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 Änderung erfolgte, ist Bst. a SchlBest. IVG in formeller Hinsicht anwendbar.

E. 5.3

In materieller Hinsicht ergibt sich die Anwendbarkeit von Bst. a SchlBest. IVG ausschliesslich aus der Natur des Gesundheitsschadens, auf dem die Rentenzusprechung beruhte (vgl. Urteil des BGer 9C_379/2013 vom 13. November 2013 E. 3.2.3). Unklare Beschwerdebilder, wie sie in den SchlBest. IVG vorausgesetzt werden, charakterisieren sich durch den Umstand, dass mittels klinischer Untersuchungen weder Pathologie noch Ätiologie nachweisbar oder erklärbar sind (vgl. Urteil des BGer 8C_654/2014 vom 6. März 2015 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 9.4), wobei es mit Blick auf die Zielsetzung von Bst. a SchlBest. IVG auf die Natur des Gesundheitsschadens ankommt und nicht auf eine präzise Diagnose (vgl. Urteil des BGer 9C_384/2014 vom 10. Juli 2014 E. 3.2). Nach BGE 140 V 197 E. 6 sind vom Anwendungsbereich von Bst. a SchlBest. IVG laufende Renten nur auszunehmen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden beruhen. Lassen sich unklare Beschwerden von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf erstere Anwendung finden. Eine Herabsetzung oder Aufhebung unter dem Titel von Bst. a SchlBest. IVG fällt lediglich dann ausser Betracht, wenn unklare und erklärbare Beschwerden zwar diagnostisch unterscheidbar sind, aber bezüglich der darauf zurückzuführenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit keine exakte Abgrenzung erlauben (sogenannter "Mischsachverhalt"; vgl. Urteil des BGer 9C_106/2015 vom 1. April 2015 E. 2.2).

E. 5.4

Die relevante Aktenlage im Zeitpunkt der Rentenzusprache im März 2007 präsentiert sich wie folgt:

E. 5.4.1

Dr. E._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, stellte in seinem Bericht vom 5. März 2002 hinsichtlich eines Karpaltunnelsyndroms elektrophysiologisch linksseitig einen eindeutigen, wenn auch nicht sehr ausgeprägten, rechts einen allenfalls grenzwertigen Befund fest. Es erschien ihm aber sehr fraglich, ob dieser Befund für die cervicalen Schmerzen und die rechtsbetonten Schmerzen in beiden oberen Extremitäten überhaupt verantwortlich sei (act. 37-31 f.).

E. 5.4.2

Gemäss Bericht vom 20. August 2002 erhob Dr. med. F._____, Leitender Arzt Nuklearmedizin, einen pathologischen Befund mit Hyperämie und mässiger Mehranreicherung der injizierten radioaktiven Substanz in der Projektion auf das rechte Schultergelenk. Hingegen sei ein Befund bezüglich des linken Schultergelenks fraglich. Sodann seien die Mehranreicherungen jeweils rechts im Iliosakral- und im Handgelenk nicht sicher pathologisch. Hinweise auf eine Pathologie der Wirbelsäule stellte er keine fest (act. 37-29).

E. 5.4.3

Dr. med. G._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt in ihrem Bericht vom 24. Oktober 2002 fest, die Beschwerdeführerin leide an einer unklaren Oligoarthritis mit Befall vor allem beider Schultergelenke. Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit führte sie aus, dass die gröberen Putzarbeiten, welche die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsstelle in der Schule verrichten müsse, aufgrund der Beschwerden nicht möglich seien. Im privaten Haushalt müsse sie zu 50 % ihre Arbeit machen, wobei ihr lediglich das Bügeln Beschwerden verursache. Die Beschwerdeführerin könne sich jedoch die Arbeit einteilen und dadurch den Schmerz "steuern" (act. 12-5).

E. 5.4.4

In ihrem Bericht vom 11. März 2003 stellte Dr. med. G._____ die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Diagnose einer Nacken-/Schulterkettentendinose rechts mehr als links, differentialdiagnostisch eine Fibromyalgie, zudem sei eine entzündliche Komponente der Erkrankung nicht ausgeschlossen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie ein Lumbovertebralsyndrom. Im Beiblatt zum Arztbericht erklärte sie zudem, die Beschwerdeführerin bekomme intensive Schmerzen in beiden Schultern weswegen sie die bisherige Tätigkeit nicht ausüben könne, jedoch sei ihr eine leichtere Arbeit zu 50 % zumutbar (act. 37-22 ff.).

E. 5.4.5

Mit Bericht vom 20. März 2003 diagnostizierte Dr. med. H._____, Fachärztin für Innere Medizin, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Oligoarthritis mit stark ausgeprägtem Befall der rechten und leichtem Befall der linken Schulter sowie Arthritis jeweils rechts im Iliosakral- und im Handgelenk. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie ein Karpaltunnelsyndrom links und ein HWS-Syndrom. Im Beiblatt zum Arztbericht wurde zudem festgehalten, die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nur noch im Umfang von 50 % zumutbar, wobei schwere körperliche Arbeiten nicht in Frage kämen. Hingegen könne sie zu 50 % eine leichte körperliche Arbeit ausüben (act. 37-18 ff.).

E. 5.4.6

Gemäss Verlaufsbericht von Dr. med. H._____ vom 22. November 2004 bestand weiterhin eine Tendinose der Supraspinatus- und der langen Bizepssehne rechts bei Schulterprotraktion und Innenrotation sowie bei "muskulärer Dysbalance chronische Zervikobrachialgie". Der Zustand der Beschwerdeführerin habe sich nicht wesentlich geändert (act. 27-9 f.).

E. 5.4.7

Dem Verlaufsbericht von Dr. med. G._____ vom 3. Dezember 2004 sowie dem zugehörigem Beiblatt ist zu entnehmen, dass sich der Zustand der Beschwerdeführerin seit März 2003 deutlich verschlechtert habe und ihr eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit habe attestiert werden müssen (act. 25).

E. 5.4.8

Auch Dr. med. H._____ hielt in ihrem Verlaufsbericht samt Beiblatt vom 19. Dezember 2005 eine Verschlechterung des Zustands der Beschwerdeführerin sowie eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit fest (act. 38).

E. 5.4.9

Im Rahmen der multidisziplinären Begutachtung in der Klinik Q._____ gab die Beschwerdeführerin an, einerseits im Schultergürtelbereich konstante Schmerzen von der Muskulatur bis in die Endglieder der Finger, im Bereich des Nackens sowie der oberen Brustwirbelsäule zu haben. Andererseits habe sie Schmerzen im Beckengürtel mit Ausstrahlung ins rechte Bein (act. 29-25). Im entsprechenden Gutachten vom 30. März 2005 stellten Dr. med. I._____, Facharzt FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation und Facharzt FMH Rheumatologie und Sportmedizin (SGSM), sowie Dr. med. J._____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: "Repetitive Strain-Syndrome" der oberen Extremität (ICD-10 M79.9), mässiges lumbospondylogenes Syndrom bei Osteochondrose L5/S1 und Spondylarthrosen der unteren Lendenwirbelsäule ohne radikuläre Symptomatik sowie Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden leichte spezifische (isolierte) Phobien im Sinne von Angst vor der Höhe und geringgradiger Klaustrophobie (ICD-10 F40.2) genannt (act. 29-27). In objektiver Hinsicht wurden im Gutachten folgende Befunde von Wichtigkeit genannt: Die Beschwerdeführerin wirke in der Grundstimmung sehr bedrückt, verlangsamt und gedämpft. Die Wirbelsäule zeige in der Sagittale eine deutlich verlängerte und verstärkte Brustkyphose mit Kopfprotraktion und Schulterprotraktion sowie Hyperlordose der Hals- und Lendenwirbelsäule, in der Dorsalansicht ferner eine lang gezogene rechtskonvexe Skoliose bei Beckengeradstand, wobei die Beweglichkeit altersentsprechend gut sei. Im Gelenkstatus wurden diffuse schmerzhaft Tenderpoints im Bereich der chronischen Muskulatur im gesamten Schultergürtelbereich und mässig auch im Bereich der unteren Extremitäten erhoben (act. 29-25). Im aktuellen bildgebenden Verfahren wurden neben einer erheblichen Osteochondrose L5/S1 sowie einer Spondylarthrose L4 bis S1 lediglich sehr diskrete degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule festgestellt (act. 29-26). Betreffend die körperlichen Beschwerden wurde in der Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) sodann festgestellt, dass die Beschwerdeführerin eine allgemein verminderte Belastbarkeit zeige, die aufgrund der Funktionsstörung des Schultergürtels und des Rückens nur unzureichend erklärt werden könne. Beim Vergleich der beobachteten Leistungsfähigkeit mit den Belastungsanforderungen der bisherigen Arbeit als Raumpflegerin sei zu berücksichtigen, dass die Konsistenz bei den Tests auffallend schlecht gewesen sei, weshalb davon auszugehen sei, dass die von der Beschwerdeführerin präsentierte mangelnde Leistungsfähigkeit nicht körperlich plausiblen Einschränkungen entsprechen würden. Die schlechten Testresultate seien somit in quantitativer Hinsicht nicht direkt verwertbar. Insgesamt wurde schliesslich von einer Halbtagszumutbarkeit in der letzten beruflichen Tätigkeit als Raumpflegerin in einem Privathaushalt ausgegangen, wobei dasselbe auch für eine leichte Halbtags­tätigkeit mit gewissen Belastungsreduktionen gelte (act. 29-19 ff., 29-26). In psychiatrischer Hinsicht wurde ausgeführt, die Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion habe unter adäquater antidepressiver Behandlung verbessert und weitgehend aufgelöst werden können, sodass aus rein psychiatrischen Gründen nicht mehr von einer Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden könne (act. 29-26). Schliesslich wurde auch festgehalten, dass weder aus somatischer noch psychiatrischer Sicht ein Verdacht auf Aggravation und/oder Symptomerweiterung bestehe (act. 29-27).

E. 5.4.10

Dr. med. C._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erklärte in seinem medizinisch-psychiatrischen Gutachten vom 14. Juni 2006, dass ein depressives Syndrom

mit Sicherheit ausgeschlossen werden könne und davon auszugehen sei, dass die früher bestehende Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion remittiert sei (act. 50-21 f.). Aus medizinisch-psychiatrischer Sicht könne der Beschwerdeführerin seit ca. Mitte 2005 keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (act. 50-24).

E. 5.5

Die ursprüngliche Zusprache einer halben Rente mit Wirkung ab dem 1. Februar 2003 (Verfügung vom 13. März 2007) beruhte auf einer Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50 % sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit (act. 53-1, 61-1). Diese Einschätzung basierte im Wesentlichen auf dem multidisziplinären Gutachten in der Klinik Q. _____ vom 30. März 2005 sowie dem medizinisch-psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 14. Juni 2006, wobei, nachdem sich die anfangs diagnostizierte Anpassungsstörung stabilisiert hatte und nicht mehr auf die Arbeitsfähigkeit auswirkte, nur noch die körperlichen Beschwerden aufgrund des "Repetitive Strain-Syndromes" der oberen Extremität und des mässigen lumbospondylogenen Syndroms bei Osteochondrose L5/S1 und Spondylarthrosen der unteren Lendenwirbelsäule ohne radikuläre Symptomatik massgebend waren (vgl. dazu auch die Stellungnahme des medizinischen Dienstes der Vorinstanz vom 13. September 2006 act. 53-1).

E. 5.5.1

Das "Repetitive Strain-Syndrom" (auch "Repetitive Strain Injury", RSI) ist kein medizinisch klar definierter Begriff, sondern eine Sammelbezeichnung für verschiedenartige Schmerzen in Muskeln, Sehnen und Nerven. Es besteht primär aus Mikroverletzungen des Unterarmgewebes und umfasst Krankheitsbilder wie z.B. Kompressionssyndrome (Nerven und Blutgefässe), Sehnen(scheiden)entzündungen und myofasziale Triggerpunkte. Eine genaue Diagnose ist schwierig, da Betroffene zum einen oft nicht nur von einem einzigen Krankheitsbild betroffen sind, sondern gleich von mehreren. Zum anderen lassen sich Mikroverletzungen mit bildgebenden Verfahren wie Röntgen- oder MRT-Aufnahmen nicht nachweisen. Die einzelnen Probleme sind dann häufig auch nicht besonders ausgeprägt, sondern ergeben erst in ihrer Gesamtheit die Schmerzen. Hinzu kommt, dass sich bei langanhaltenden Schmerzen die Nervenzellen verändern und fortan schon bei geringen Belastungen Schmerzsignale aussenden. Das ursprünglich schmerzauslösende Problem ist dann beim Arztbesuch unter Umständen gar nicht mehr vorhanden, auch wenn sich die Schmerzen des Betroffenen überhaupt nicht verringert haben (vgl. Clemens Conrad, Was ist das RSI-Syndrom, <http://www.repetitive-strain-injury.de/was-ist-rsi-syndrom.php> >, abgerufen am 02.06.2016). Im vorliegenden Fall widerspiegelt sich dies auch in den erheblichen Schwierigkeiten der behandelnden Ärzte, eine klare Diagnose zu stellen (siehe insbesondere die in E. 5.4.1 bis 5.4.3 vorstehend genannten Berichte mit unterschiedlichen Diagnosen hinsichtlich des Gesundheitsschadens). Murer vertritt die Meinung, dass die RSI, obwohl mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden, keine genügende Ursache für dauernde Invalidität bzw. Erwerbsunfähigkeit bilde und insofern mit dem "Schleudertrauma" vergleichbar sei als beide Phänomene als Produkte von Medikalisierungsprozessen zu betrachten seien (vgl. Erwin Murer, Medikalisierendes Recht, gezeigt an der "Repetitive Strain Injury" (RSI) und am sog. "Schleudertrauma", in: Murer (Hrsg.), Gesellschaft und Krankheit: Medikalisierung im Spannungsfeld von Recht und Medizin, Freiburger Sozialrechtstage 2012, S. 5 m. H.; vgl. dazu auch Roberto/Reichle,

Haftung für "Phantom-Beschwerden"?, in: HAVE 2013, S. 3 ff.). Ob das "Repetitive Strain-Syndrome" letztendlich den unklaren Beschwerdebildern zuzuordnen ist, kann im vorliegenden Fall aus den nachfolgenden Gründen offen gelassen werden.

E. 5.5.2

Neben dem "Repetitive Strain-Syndrome" wurden bei der Beschwerdeführerin im Gutachten vom 30. März 2005 auch organisch nachweisbare Befunde erhoben, namentlich eine erhebliche Osteochondrose im LWK5/S1 sowie eine deutliche, nach kaudal zunehmende Spondylarthrose im LWK4 bis S1, woraus die Diagnose eines mässigen lumbospondylogenen Syndroms resultierte (act. 29-23). Ausserdem erwähnte Dr. med. H. _____ in ihrem Bericht vom 20. März 2003 eine Oligoarthritis mit stark ausgeprägtem Befall der rechten und leichtem Befall der linken Schulter sowie Arthritis jeweils rechts im Iliosakral- und im Handgelenk (vgl. E. 5.4.5 vorstehend). Aus ärztlicher Sicht wirkten sich all diese organisch nachweisbaren Befunde auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus. Die EFL ergab denn auch eine allgemein verminderte Belastbarkeit, die jedoch aufgrund der Funktionsstörungen des Schultergürtels und des Rückens nur unzureichend erklärt werden konnte. Die Beobachtungen bei den Tests wiesen zudem auf eine deutliche Selbstlimitierung hin. Auch war die Konsistenz bei den Tests auffallend schlecht, sodass die Testresultate in quantitativer Hinsicht nicht direkt verwertbar waren (act. 29-19 ff.). Dennoch wurde im Gutachten vom 30. März 2005 bei Ausschluss eines Verdachts auf Aggravation und/oder Symptomerweiterung die Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in anderen Tätigkeit ausdrücklich auch gestützt auf die durchgeführte EFL mit 50 % bewertet (act. 29-27 ff. insbesondere Ziff. 4.3 und 5.3). Schliesslich hielt auch Dr. K. _____ vom medizinischen Dienst der Vorinstanz in ihrer Stellungnahme vom 6. Juni 2014 fest, dass eine organische Ursache der Schmerzen eindeutig nachgewiesen sei (act. 137-3).

E. 5.5.3

Nach dem Gesagten waren die Beschwerden und Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Rentenzuspache zwar nur unzureichend, aber immerhin teilweise durch organische Befunde erklärbar. Soweit die laufende Rente auf das organisch nachgewiesene mässige lumbospondylogene Syndrom beruhte, ist sie vom Anwendungsbereich von Bst. a SchlBest. IVG auszunehmen. Den der Rentenzuspache zugrunde liegenden Akten insgesamt und dem multidisziplinären Gutachten vom 30. März 2005 insbesondere lässt sich jedoch nicht entnehmen, in welchem Ausmass die Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit auf die einzelnen Beschwerden zurückzuführen war. Ebenso listete Dr. L. _____ vom medizinischen Dienst in ihrer Stellungnahme vom 13. September 2006 sowohl somatische als auch psychiatrische Diagnosen, namentlich "Repetitive Strain Syndrome" der oberen Extremität (ICD-10 M79.9), mässiges lumbospondylogenes Syndrom mit Osteochondrose L5/S1 und Spondylarthrosen (ICD-10 M54.9) und Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) als Hauptdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit auf und schätzte die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auf insgesamt 50 % (act. 53). Selbst wenn also die RSI den unklaren Beschwerdebildern zugeordnet werden könnte, wäre eine exakte Abgrenzung der auf die unklaren und erklärbaren Beschwerden zurückzuführende Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit dennoch nicht möglich und es wäre von einem Mischsachverhalt auszugehen, der ebensowenig unter den Anwendungsbericht von Bst. a SchlBest. IVG fällt.

E. 5.6

Anlässlich der im Jahre 2009 eingeleiteten Revision von Amtes wegen wurde gestützt auf die Verlaufsberichte von Dr. H. _____ festgestellt, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin unverändert war und sich entsprechend keine anspruchsbeeinflussenden Änderungen ergeben hatten (vgl. act. 81, 88-1, 89). Eine eigentliche Neuurteilung des Rentenanspruchs fand nicht statt. Im Übrigen ergeben sich aus diesem Revisionsverfahren keine Anhaltspunkte, die eine Abgrenzung der auf das lumbospondylogene Syndrom bzw. die RSI zurückzuführenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit ermöglichen würden.

E. 5.7

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die vorliegend zu beurteilende Revision des Rentenanspruchs gestützt auf Bst. a SchlBest. IVG als unzulässig erweist, da, selbst wenn die ursprüngliche Rentenzusprache wie auch die Rentenbestätigung im Jahr 2009 teilweise auf einer auf unklare Beschwerden zurückzuführenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit beruhten, sich diese nicht von der auf erklärbare Beschwerden zurückzuführenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit exakt trennen lässt, weshalb von einem sogenannten "Mischsachverhalt" auszugehen wäre.

E. 6

Anzufügen ist, dass eine Rentenaufhebung gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten des MZP. _____ vom 13. September 2013 (act. 111) auch ausserhalb der Überprüfung der Rente nach Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG ausser Betracht fallen würde.

E. 6.1

Voraussetzung für eine Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades des Rentenbezügers. Für eine Rentenanpassung genügt daher nicht bereits "irgendeine" Veränderung im Sachverhalt. Eine hinzugetretene oder weggefallene Diagnose stellt somit nicht per se einen Revisionsgrund dar, da damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverbesserung oder -verschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist. Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren. Mit Blick auf die erwerblichen Auswirkungen eines an sich gleich gebliebenen Gesundheitsschadens hat das höchste Gericht dementsprechend festgehalten, dass es an einem Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG mangelt, wenn die Sachverhaltsänderung lediglich in einer Reduktion oder Erhöhung des erwerblichen Arbeitspensums liegt und dieser Umstand für sich allein nicht anspruchrelevant ist (BGE 141 V 9 E. 5.2 m.H. auf Urteil des BGer 9C_223/2011 E. 3.2 vom 3. Juni 2011, in: SVR 2011 IV Nr. 81 S. 245).

E. 6.2

In der rheumatologischen Begutachtung im MZP. _____ wurde als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein wenig ausgeprägtes myofasciales Triggerpunktsyndrom in der Schultergürtelregion rechts genannt. Der Rheumatologe führte aus, die Beschwerdeführerin leide seit 2002 an bisher therapieresistenten Weichteilmissempfindungen im Bereich der rechten Schulter mit zeitweise fortgeleiteten Missempfindungen bis in die distale Vorderarmregion rechts. Radiologisch seien eine AC-Gelenksarthrose rechts und eine Diskushernie C6/C7 rechts dokumentiert. Entsprechend würden sich reflektorisch myofasciale Dysbalancen im Bereiche des rechten Schultergürtels bilden, die aber zurzeit

wenig ausgeprägt seien (act. 111-27). Anlässlich der Begutachtung beklagte die Beschwerdeführerin ebenfalls die bereits vorbestehenden Schmerzen in der lumbalen Wirbelsäule, gab jedoch an, dass diese durch eine Osteopathie deutlich besser geworden seien (act. 111-19). In den Röntgenbefunden wurde die entsprechende Chondrose L5/S1 bestätigt (act. 111-26). Aus dem ambulanten Interventionsbericht von Dr. med. D._____, Neurochirurgie FMH, vom 27. Januar 2014 geht sodann hervor, dass zur Linderung dieser lumboradikulären Reizsymptomatik vom Typ S1 eine Infiltration vorgenommen worden war (act. 131). Sodann äusserte sich Dr. K._____ vom medizinischen Dienst der Vorinstanz in ihrer Stellungnahme vom 6. Juni 2014 dahingehend, dass die Beschwerdeführerin offenbar von einer wirksamen Behandlung profitieren könne. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht ersichtlich. Eine allfällige Verbesserung des Gesundheitszustandes sei im Gutachten nicht gut dokumentiert worden. Ob die neue Behandlung dauerhaft zu einer Besserung der Beschwerden führe, müsse sich erst noch zeigen (act. 137-3). In psychiatrischer Hinsicht wurden im Gutachten des MZP._____ folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), aktenkundiger Status nach einer Anpassungsstörung bei psychosozialer Belastung (ICD-10 F43.2) und leichte spezifische (isolierte) Phobien im Sinne von Angst vor der Höhe und geringgradiger Klaustrophobie (ICD-10 F40.2).

E. 6.3

Sowohl das Gutachten der Klinik Q._____ als auch dasjenige des MZP._____ gingen aufgrund der gegebenen gesundheitlichen Beschwerden von einer Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der Tätigkeit als Reinigungskraft von 50 % aus. Im Gutachten des MZP._____ wurde diesbezüglich ausgeführt, dass in der angestammten Tätigkeit im Reinigungsdienst der Bereich der rechten Schultergürtelregion repetitiv belastet werde, was eine Verstärkung der Beschwerden erkläre (act. 111-27). Während im Gutachten der Klinik Q._____ der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % auch für eine Verweistätigkeit attestiert wurde, ging das Gutachten des MZP._____ von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden optimal behinderungsangepassten Tätigkeit aus. Dazu wird angeführt, die Angabe von stets Schmerzen gemäss Visueller Analogskala 7 bis 9, verglichen mit den reproduzierbaren Befunden während der klinischen Untersuchung und der Beobachtung des spontanen Bewegungsverhaltens beim Aus- und Ankleiden, wo ein Ausweich- oder Schonverhalten fehle, was auch der Beurteilung in der EFL-Abklärung im multidisziplinären Gutachten der Klinik Q._____ entspreche, sei nicht nachvollziehbar. Sodann sei aufgrund der damaligen Befunde und des Erwähnens der Diskrepanz zwischen subjektiver Schmerzempfindung und reproduzierbarer klinischer Befunde mit dem Hinweis auf eine Selbstlimitierung und inkonstanten Testergebnissen die Beurteilung im Gutachten der Klinik Q._____ einer Halbtagsstätigkeit auch in einer Verweistätigkeit nicht nachvollziehbar (act. 111-27 f.). Dabei ist jedoch auffallend, dass die in beiden Gutachten angegebenen Schonkriterien im Wesentlichen übereinstimmen (keine repetitiven Tätigkeiten über Kopfhöhe und in vorgeneigter Position, keine repetitive oder monotone Rotation der HWS; act. 29-28, 111-54). Mit dem Beschwerdebild und dem aktuellen Invaliditätsgrad von 50 % vereinbar ist auch die derzeitige Beschäftigung der Beschwerdeführerin von knapp zwei Stunden morgens im Reinigungsdienst in einem Restaurant. Diese Tätigkeit könne sie gut bewältigen, eine Steigerung sei schmerzbedingt nicht möglich, weshalb das frühere Pensum von 50 % an derselben Stelle habe reduziert werden müssen (act. 111-25). Darüber hinaus wurde im Gutachten des MZP._____

schliesslich hervorgehoben, dass es sich - nach kritischer Würdigung vorausgegangener Berichte und insbesondere des Gutachtens der Klinik Q._____ - bei der aktuellen Beurteilung der Auswirkungen des somatischen Leidens auf die Arbeitsfähigkeit um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts handle (act. 111-53).

E. 6.4

Aus den vorliegenden Akten ergibt sich somit keine erhebliche Änderung des für den Rentenanspruch relevanten Gesundheitszustands im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG. Die Beschwerdeführerin leidet nach wie vor an (ausstrahlenden) Schmerzen im Schultergürtelbereich und in der lumbalen Wirbelsäule, die sich teilweise auf organisch nachweisbare Grundlagen zurückführen lassen. Die divergierenden Hauptdiagnosen in den Gutachten der Klinik Q._____ ("Repetitive Strain-Syndrome" der oberen Extremität und mässiges lumbospondylogenes Syndrom) und des MZP._____ (wenig ausgeprägtes myofasciales Triggerpunktsyndrom in der Schultergürtelregion und chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) sowie die daraus folgende Bewertung der Arbeitsfähigkeit stellt lediglich eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts dar. Davon gehen auch die Gutachter des MZP._____ aus. Solche unterschiedliche Beurteilungen sind im revisionsrechtlichen Kontext nach Art. 17 Abs. 1 ATSG jedoch unbeachtlich (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 m.H. auf SVR 2011 IV Nr. 1 S. 1, 8C_972/2009 E. 3.2).

E. 7

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine Herabsetzung oder Aufhebung der Rente unter dem Titel von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG entgegen der Auffassung der Vorinstanz ausser Betracht fällt, da die ursprüngliche Rentenzusprache auf einem sogenannten "Mischsachverhalt" beruhte. Mangels anspruchrelevanter Tatsachenänderung kann die Rentenaufhebung auch nicht mittels Motivsubstitution gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG geschützt werden, da die entsprechenden Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Die Beschwerde ist somit gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben. Die Beschwerdeführerin hat weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung.

E. 8.1

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, sind ihr keine Kosten aufzuerlegen. Ihr ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 500.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Die obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 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) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl.

Auslagen und Mehrwertsteuer) gerechtfertigt (Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE; Art. 2 der Vereinbarung zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Fürstentum Liechtenstein zum Vertrag betreffend die Mehrwertsteuer im Fürstentum Liechtenstein vom 12. Juli 2012, SR 0.641.295.142.1).

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