

# **BVGer C-5447/2017 vom 14. April 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-04-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5447\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5447_2017)

FR: TAF C-5447/2017 du 14 avril 2020

IT: TAF C-5447/2017 del 14 aprile 2020

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem die Beschwerdeführerin aufgrund der gewährten unentgeltlichen Prozessführung keinen Kostenvorschuss zu leisten hat (BVGer-act. 6), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 25. September 2017 einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 15. August 2017 (Beilage 2 zu BVGer-act. 1), mit welcher die Vorinstanz die seit dem 1. Juni 2007 ausgerichtete ganze IV-Rente (IVSTA-act. 44, S. 3) der Beschwerdeführerin per Ende Mai 2016 aufgehoben hat. Aufgrund des materiellen Rechtsbegehrens der Beschwerdeführerin, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die bisherige Rente weiter auszurichten, ist streitig und zu prüfen, ob die Vorinstanz die IV-Rente der Beschwerdeführerin zu Recht per 1. Oktober 2017 aufgehoben hat und in diesem Zusammenhang, ob sie den Sachverhalt insbesondere in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

### **E. 3.1**

Zur Durchführung von Revisionsverfahren ist die IV-Stelle zuständig, in deren Kantonsgebiet der Versicherte bei Eingang des Revisionsgesuchs oder bei Wiederaufnahme des Verfahrens seinen Wohnsitz hat. Der Bundesrat ordnet die Zuständigkeit in Sonderfällen (Art. 88 Abs. 1 i.V.m. Art. 55 Abs. 1 IVG). Für Versicherte, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, ist die IV-Stelle für Versicherte im Ausland zuständig (Art. 40 Abs. 1 Bst. b der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Verlegt indes eine versicherte Person, die ihren Wohnsitz im Ausland hat, während des Verfahrens ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihren Wohnsitz in die Schweiz, so geht die Zuständigkeit auf die IV-Stelle über, in deren Tätigkeit die versicherte Person oder ihren Wohnsitz hat (Art. 40 Abs. 2ter IVV).

### **E. 3.2**

Die Beschwerdeführerin hatte im Zeitpunkt der Einleitung des Revisionsverfahrens im Februar 2016 (Fragebogen Rentenrevision vom 23. Februar 2016, IVSTA-act. 30) ihren Wohnsitz in der Republik Kosovo. Somit hat die IVSTA zu Recht Abklärungen zum Leistungsanspruch vorgenommen und die angefochtene Verfügung vom 15. August 2017 erlassen. Die nach Verfügungserlass erfolgte erneute Wohnsitznahme in der Schweiz (vgl. BVGer-act. 3) ist in diesem Zusammenhang unbeachtlich.

#### **E. 4.1**

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).

#### **E. 4.2**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Im vorliegenden Verfahren finden demnach jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 15. August 2017 in Kraft standen (so auch die Normen der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Fassung des IVG vom 18. März 2011 [6. IV-Revision]); weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

#### **E. 4.3**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 15. August 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Spätere Arztberichte (und andere einschlägige Dokumente) sind in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (Urteil des BGer 9C\_534/2018 vom 15. Februar 2019 E. 2.1 m.H. auf BGE 121 V 362 E. 1b in fine). Tatsachen, die den Sachverhalt seither verändert haben, sollen daher im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

#### **E. 4.4**

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). 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). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

#### **E. 4.5**

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. Urteil des BGer

2C\_393/2015 vom 26. Januar 2016 E. 1.2; BGE 132 II 47 E. 1.3 m.H.).

### **E. 5.1**

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

### **E. 5.2**

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

### **E. 5.3.1**

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

### **E. 5.3.2**

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

### **E. 5.3.3**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (vgl. BGE 125 V 351 E. 3.a; 122 V 157 E. 1c). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss aber über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

### **E. 5.3.4**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4).

### **E. 5.3.5**

Der Beweiswert von Berichten der regionalen ärztlichen Dienste (RAD) nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte gehören - kann allerdings nicht abgestellt werden und es sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; Urteil des BGer 8C\_262/2016 vom 22. September 2016 E. 4.2 m.H.).

### **E. 5.3.6**

Eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärztinnen) kommt im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 8C\_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3). Ihre Berichte können insbesondere geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V

465 E. 4.5).

### **E. 5.3.7**

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). 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» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «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).

### **E. 5.4**

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; Art. 86ter ff. IVV).

#### **E. 5.4.1**

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3, 130 V 343 E. 3.5). 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 (BGE 141 V 9 E. 5.2). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3; 117 V 198 E. 4b; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1). Dagegen ist die

unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes, namentlich des Gesundheitsschadens oder auch der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit, unerheblich (BGE 112 V 371 E. 2b m.H.; Sozialversicherung Rechtsprechung [SVR] 2006 IV Nr. 45 E. 2; 2004 IV Nr. 5 E. 3.3, 3.4; 1996 IV Nr. 70 E. 3a; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 17 Rz. 26). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil der versicherten Person (BGE 135 V 201 E. 6.1.1 m.H., u.a. auf BGE 115 V 308 E. 4a/dd).

#### **E. 5.4.2**

Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Bei Versicherten, welche die Leistung weder unrechtmässig erwirkt noch die Meldepflicht verletzt haben, erfolgt die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 IVV).

#### **E. 5.4.3**

Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Unter einer Sachverhaltsabklärung im Sinne von BGE 133 V 108 muss eine Abklärung verstanden werden, die - wenn sie inhaltlich zu einem anderen Ergebnis führt - geeignet ist, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder -aufhebung zu begründen (Urteil des BGR 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 6.2).

#### **E. 5.5**

Die Bemessung der Invalidität erfolgt bei erwerbstätigen Versicherten in der Regel nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG), bei nichterwerbstätigen Versicherten durch einen Betätigungsvergleich nach der spezifischen Methode (Art. 28a Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 27 IVV [SR 831.201]) und bei teilerwerbstätigen Versicherten mit einem Aufgabenbereich nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG und Art. 27bis IVV i.V.m. Art. 28a Abs. 1 und 2 IVG; Art. 16 ATSG und Art. 27 IVV).

#### **E. 6**

Es sind in einem ersten Schritt die beiden massgebenden Vergleichszeitpunkte zu bestimmen:

##### **E. 6.1**

Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2, 125 V 368 E. 2; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls - sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden - ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4). Die weitere Ausrichtung einer Invalidenrente nach einer von Amtes wegen durchgeführten Revision, sofern dabei keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde, bedarf gemäss Art. 74ter Bst. f IVV keiner Verfügung. Die blosser Mitteilung eines solchen Revisionsergebnisses ist, wenn keine Verfügung verlangt wurde (Art. 74quater Abs. 1 IVV), in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

### **E. 6.2**

Die ursprüngliche, mit rechtskräftiger Verfügung vom 5. November 2008 (IVSTA-act. 44) zugesprochene IV-Rente erfolgte gestützt auf einer umfassenden materiellen Anspruchsprüfung, insbesondere in psychiatrischer Hinsicht (IVSTA-act. 95). Am 19. April 2012 erliess die IVSTA eine weitere rechtskräftige Verfügung (IVSTA-act. 67), mit der weiterhin eine ganze ordentliche Invalidenrente zugesprochen wurde. Diese rechtskräftige Verfügung beruhte ebenfalls auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung von fünf Arztberichten sowie insbesondere des Facharztberichtes von Dr. K. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (IVSTA-act. 49). Mangels Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands wurde auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs verzichtet. Im Sinne der Rechtsprechung von BGE 133 V 108 E. 5.4 kann hinsichtlich des Referenzzeitpunkts auf diese Verfügung abgestellt werden. Keinen Referenzzeitpunkt bilden hingegen die Mitteilungen der IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2010 (IVSTA-act. 53) sowie vom 15. März 2011 (IVSTA-act. 58), da die IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ im Rahmen dieser formlosen Entscheide keine umfassenden Sachverhaltsüberprüfungen vornahm.

### **E. 6.3**

Unter diesen Umständen bilden die zeitlich massgeblichen Vergleichszeitpunkte die rentenbestätigende Verfügung vom 19. April 2012 (IVSTA-act. 67) sowie die vorliegend angefochtene Verfügung vom 15. August 2017 (Beilage 2 zu BVGer-act. 1). Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitraum vom 19. April 2012 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 15. August 2017 in rentenrelevanter resp. rentenausschliessender Weise verbessert hat.

### **E. 7.1**

Der mit rentenbestätigender Verfügung vom 19. April 2012 (IVSTA-act. 67) zugesprochenen ganzen IV-Rente lag in psychisch-psychiatrischer Hinsicht insbesondere der psychiatrische Verlaufsbericht von Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. März 2011 (IVSTA-act. 49) zugrunde. Dr. K. \_\_\_\_\_ stellte

nachfolgende Diagnosen: - Paranoide Schizophrenie (F20.0) - Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanisch (F31.0) - Schizoaffective Psychose, aktuell (F25.0) - Aufmerksamkeits-Defizits-Syndrom mit Hyperaktivität (F90.1) Dr. K.\_\_\_\_\_ hielt fest, dass jede Diagnose für sich per se einen negativen Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit habe, die mehrfache Komorbidität potenziere die negative Auswirkung weiter. Es bestehe seit Jahren und bis auf weiteres eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerdeführerin habe mehrmals in der Psychiatrischen Universitätsklinik F.\_\_\_\_\_ hospitalisiert werden müssen, wo die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie validiert worden sei. Auch seien die rezidivierenden depressiven Episoden seit langem bekannt gewesen. Die langjährige Beobachtung habe zudem gezeigt, dass die Versicherte auch hypomanische Phasen durchmachen würde. Eine solche habe zum Zeitpunkt der Begutachtung ebenfalls bestanden, wobei sogar die Kriterien einer rezidivierenden bipolaren Störung mit manischen und depressiven Auslenkungen erfüllt gewesen seien. Die paranoide Schizophrenie äussere sich in erster Line im Stimmenhören. Diese Stimmen forderten die Beschwerdeführerin bspw. auf, sich zu verletzen oder sich vom Balkon herunterzustürzen. Die Beschwerdeführerin würde sich fast vollständig von sozialen Kontakten zurückziehen. Dr. K.\_\_\_\_\_ wies zudem darauf hin, dass er in den letzten Monaten die schizophrenen und hypomanischen Symptome in einem Mischzustand beobachtet habe und dieser Zustand nun die Regel sei. Die Hypomanie könne zwar durch eine depressive Befindlichkeit abgelöst werden, aber das schizophrene Moment würde nie verschwinden. Die Versicherte würde auch in besseren Phasen Stimmen hören, wobei sie lediglich gelernt habe, besser damit umzugehen.

## **E. 7.2**

Die Vorinstanz stütze die angefochtene Rentenaufhebungsverfügung vom 15. August 2017 insbesondere auf die von Dres. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und O.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, vom 22. März 2017 erstellten Gutachten, die auf ambulanten psychiatrischen und rheumatologischen Untersuchungen am 9. März 2027 basierten (IVSTA-act. 126 und 128), dem durch die Abteilung für Rentenangelegenheiten des Ministeriums für J.\_\_\_\_\_ in (...), eingeholten ärztlichen Bericht (IVSTA-act. 97 und 100) sowie auf die im Verlauf des Vorverfahrens eingeholten Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA. Diese medizinischen Dokumente sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

### **E. 7.2.1**

Im ärztlicher Bericht von Prof. utr. sc. L.\_\_\_\_\_, Internist-Kardiologe, und Ass. Dr. M.\_\_\_\_\_, Neuropsychiater, vom 18. Mai 2016 wurde, basierend einer ambulanten Untersuchung der Beschwerdeführerin sowie auf dem ärztlichen Bericht von Dr. K.\_\_\_\_\_ vom 12. Februar 2007 sowie diversen Berichten von Dr. G.\_\_\_\_\_, folgende Diagnose gestellt (IVSTA-act. 97 und 100): - Bipolare affektive Störung (F31.3) Die Erkrankung habe einen episodischen Charakter (S. 15), wobei sich, basierend aus den früheren fachärztlichen Berichten, eine mentale Verschlechterung der grundlegenden Verfassung sowie des depressiven Zustandes und der Gedanken begleitet mit einer leichten Abnahme, feststellen lasse (S. 5). Die Beschwerdeführerin habe ein gutes Bewusstsein in Bezug auf die Orientierung hinsichtlich Raum und Zeit gezeigt, ohne Veränderungen der Wahrnehmung und Aufmerksamkeit oder der Form und Inhalt des Denkens. Grundsätzlich sei die Versicherte leicht ansprechbar gewesen und habe eine leichte

Stimmungsschwankung aufgewiesen, wobei diese aber derzeit ohne nennenswerte spezifische psychopathologischer Inhalte gewesen sei. Dynamisch sei sie volutiv, lasziv und könne ihre Lüste gut modulieren. Sie sei leicht introvertiert und reaktionsfähig bei Reizen, wobei dies bei provokativen Reizen unwichtig sei. Das intellektuelle Niveau entspräche zudem der Bildung (S. 13). Prof. utr. sc. L.\_\_\_\_\_ und Ass. Dr. M.\_\_\_\_\_ attestierten der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit für leichte Arbeiten (vgl. IVSTA-act. 100, S. 15).

#### **E. 7.2.2**

Nach Einsicht in den ärztlichen Bericht vom 18. Mai 2017 (IVSTA-act. 97 und 100) nahm Dr. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom IV-internen medizinischen Dienst am 24. August 2016 dazu Stellung und hielt fest, dass die Versicherte gemäss dem eingereichten Arztbericht nun unter der Diagnose einer bipolaren Störung laufe (aktuell remittiert). Es würden sich aus dem Dossier keine Hinweise auf schwere Manien oder schwere depressive Einbrüche ergeben. Das Ausfüllen des Haushaltsfragebogens durch die Versicherte lasse sich mit den vorliegenden Diagnosen nicht erklären, dies sei vielmehr Ausdruck einer Verdeutlichungstendenz. Es schein bereits lange zu einer Stabilisation gekommen zu sein. Die Ehe halte seit 1992. Dies spreche klar gegen eine schwere Persönlichkeitsstörung. Der anhaltende Kinderwunsch und die Geburt dreier Kinder sei bei einer anhaltenden schweren psychischen Krankheit kaum vorstellbar. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer bisherigen Tätigkeit in der Pflege zu 100 % arbeitsunfähig, hingegen sei ihr eine Verweistätigkeit zumutbar. Für Arbeiten im Haushalt bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % ab dem 1. Juni 2016 (IVSTA-act. 102).

#### **E. 7.2.3**

Im bidisziplinären Gutachten vom 22. März 2017 stellte Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, Manuelle Medizin (SAMM), Neuraltherapie (ÖÄK), die nachfolgenden Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IVSTA-act. 126): - Kombinierte Persönlichkeitsstörung, gemäss psychosomatisch-psychiatrische Begutachtung von Dr. N.\_\_\_\_\_ Keine langandauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten die Diagnosen: - Chronisch rezidivierendes, phasenweises generalisiertes Schmerzsyndrom - nicht ausreichend somatisch abstützbar - krankheitsfremde Faktoren - primäres Fibromyalgie-Syndrom - diffuse Druckschmerzangabe - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Atembeschwerden, Schmerzen im Brustkorb und Bauchraum, Zittern der Beine - Anamnestisch Panvertebralsyndrom möglich mit diffuser Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten (Hemisakralisation rechts) - Coxarthrose links - Nikotinkonsum von circa 45 pack years - Anamnestisch Reizmagen-Syndrom Dr. O.\_\_\_\_\_ beurteilte die Arbeitsfähigkeit aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht und hielt fest, dass diese für die von der Versicherten früher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten für keinen Zeitraum anhaltend eingeschränkt gewesen sei. Seit der rentenberechtigenden Verfügung habe sich zudem der Gesundheitszustand leichtgradig verbessert. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden (IVSTA-act. 126, S. 14).

#### **E. 7.2.4**

Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Teilgutachten vom 23. März 2017 stellte Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM), zertifizierter Gutachter (SIM), infolge einer persönlichen Untersuchung vom 9. März 2017 die folgende Diagnose (IVSTA-act. 128): - Kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) - mit narzisstischen, emotional expressiven/histrionischen, dissoziativen und emotional instabilen/impulsiven Anteilen, - mit depressiver Störung (gegenwärtig remittiert, F32.4/ F33.4) - bei einem Status nach hyperkinetischer Störung (ADS/ ADHS, St. n. F90). Die in den Akten dokumentierte depressive Störung sei gegenwärtig remittiert (F32.4/F33.4). Auch eine eigenständige hyperkinetische Störung (ADHS) könne nicht mehr abgegrenzt werden (Status nach ADS/ADHS, St. n. F90). Ausser «Stimmenhören» würden schliesslich keine weiteren, allfällig relevanten psychopathologischen Befunde von der Versicherten beschrieben und / oder in den Akten aufgeführt (IVSTA-act. 128, S. 23 ff.). In Bezug auf die festgestellten Gesundheitsschäden führte der Gutachter in Beantwortung der Fragen der Vorinstanz eine Indikatorenprüfung durch (IVSTA-act. 128, S. 32 ff.): Die Gesundheitsschädigung scheine im Fall der Versicherten als eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, wobei im Vordergrund ein narzisstisches Selbstverständnis und eine histrionische Selbstdarstellung stünden. Die objektiven psychopathologischen Befunde seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gering ausgeprägt. Die Limitierung des Aktivitätenniveaus ergebe sich für alle vergleichbaren Lebensbereiche aufgrund deutlicher Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Dabei seien gegenwärtig leichte bis mittelschwere Beeinträchtigungen in den Bereichen Anpassung an Regeln / Routinen, Flexibilität / Umstellungsfähigkeit, Kontakt- / Gruppenfähigkeit und Durchhaltefähigkeit zu beachten. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser Defizite seien zumutbar und tatsächlich möglich (bspw. regelmässige Aktivitäten des täglichen Lebens inkl. Mitarbeit im Haushalt und aufwändige persönliche Hygiene). Die kombinierte Persönlichkeitsstörung behindere vor allem die berufliche Reintegration der Versicherten. Sie sei aber für keinen Zeitraum gleichzusetzen mit einer schweren psychiatrischen Störung. Die Versicherte erfülle die Kriterien der Kategorie vor allem durch ihre gestörte berufliche Integration aufgrund ihrer interaktionellen Defizite. Eine soziale Desintegration sei nicht vorhanden. Der soziale Kontext sei subjektiv und geordnet. Beim Verlauf der Störung der Versicherten seien ein Rentenwunsch, eine bewusstseinsnahe Aggravation und vielfältige nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu nennen. Diese Gesichtspunkte würden vor allem therapeutische bzw. sozialarbeiterische Relevanz besitzen. Sie gingen nicht in die Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus versicherungspsychiatrischer Sicht mit ein, würden hingegen die Möglichkeiten und die Motivation zur Leistungssteigerung sehr deutlich beeinträchtigen. Sie behinderten (als nicht krankheitsbedingte Aspekte) die medizinisch zumutbare Willensanstrengung zur Bewältigung der Defizite und erklärten auch die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare aussergewöhnliche Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit. Ein Suchtleiden bestünde aus versicherungspsychiatrischer Sicht bei der Versicherten nicht. Betreffend die Beschreibung des Alltags habe die Versicherte ausgeführt, den Tag sehr unterschiedlich zu verbringen. Sie stehe zwischen 3 Uhr und 6 Uhr auf; sie gehe zwischen 19 Uhr und 21 Uhr zu Bett. Am Morgen trinke sie zunächst Kaffee oder einen Energy Drink und rauche Tabakzigaretten. Ab und zu koche sie etwas, gehe einkaufen oder erledige Hausarbeit. Jeden Tag komme eine Haushaltshilfe, die die meiste Arbeit besorge. Die Versicherte kümmere sich um ihre

aufwändige persönliche Hygiene. Sie betreue ihre Kinder, höre Radio und nutze das Internet. Sie ruhe sich aus, lege sich hin und schlafe auch tagsüber. Die Versicherte pflege regelmässig soziale Kontakte (u.a. Kinder, Ehemann, Hausangestellte, Psychiaterin) und es würden von ihr auch entsprechende persönliche Ressourcen beschrieben (bspw. gute Kommunikationsfähigkeit, angepasste soziale Kompetenzen). Die Aktivitäten des täglichen Lebens seien zwar spärlich, aber angemessen. In der bidisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne vollumfänglich auf die versicherungspsychiatrische Einschätzung abgestützt sowie für Tätigkeiten im Haushalt seit dieser aktuellen Begutachtung keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründet werden. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht seien relevante Behandlungsmassnahmen seit 2002 durchgeführt worden. Die Persönlichkeitsstörung stelle weiterhin grundsätzlich eine Indikation für eine regelmässige, strukturierte fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dar. Deren allfälliger Nutzen sei mit Blick auf eine relevante Steigerung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten aus rein medizinischer Sicht aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Der Einsatz sei rein therapeutisch-ethisch im Zusammenhang eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells motiviert, denn medizinisch-theoretisch sei die Prognose einer Persönlichkeitsstörung (oft trotz langjähriger psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapie) meist chronisch stabil. Eine Motivation für eine solche Behandlung würde die Versicherte bestätigen. Eingliederungsmassnahmen seien in den Akten nicht dokumentiert, diese seien aus Sicht des Gutachters zumutbar. In den Akten sei der Versicherten eine erhebliche Minderung der Belastbarkeit attestiert worden. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung von Defiziten sei nur in engen Grenzen möglich. Mit Bezug auf die ihm vorliegenden Informationen könne der Gutachter feststellen, dass zwischen 2007 und einem nicht genau zu bestimmenden Datum eine mittelschwere Ausprägung der Persönlichkeitsstörung bestanden habe. Diese Ausprägung sei gegenwärtig nicht mehr erkennbar. Im Vergleich zum Gutachten vom 22. Oktober 2007 von Dr. D. \_\_\_\_\_ sei es zu einer deutlichen Verbesserung der Störung gekommen. Es könne somit aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht festgestellt werden, dass die jetzt noch leicht ausgeprägte kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) auch weiterhin einen relevanten (krankheitsbedingten) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt haben werde. Für die früher in der Schweiz ausgeübte Tätigkeit als Spitexmitarbeiterin / Pflegerin sei eine Arbeitsunfähigkeit von 65 % anzunehmen, weil hier interaktionelle Kompetenzen ausdrücklich im Vordergrund stehen würden. Bei angepassten Tätigkeiten (Toleranz bzgl. der interaktionellen Defizite, keine erhöhten Anforderungen an interpersonellen Kontakt, wenig Leistungsdruck, freie Zeiteinteilung) sei aufgrund der persönlichkeitsbedingten Basisdefizite noch von einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % auszugehen. Für Tätigkeiten im Haushalt könne jedoch von keiner relevanten ( 20 %) Arbeitsunfähigkeit mehr ausgegangen werden. Auf diese Einschätzung könne ab dem Datum der Untersuchung abgestützt werden. Aufgrund unzureichender (fach-)ärztlicher Dokumentation könne jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschätzt werden, ob und ab wann genau allfällig zwischen Oktober 2007 und März 2017 darauf abgestellt werden könne.

#### **E. 7.2.5**

Am 15. April 2017 nahm die RAD-Ärztin Dr. H. \_\_\_\_\_ erneut Stellung zum vorgelegten Dossier (IVSTA-act. 132). Gestützt auf die Akten stellte Dr. H. \_\_\_\_\_ folgende Hauptdiagnose: - kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - generalisiertes Schmerzsyndrom Sie hielt fest, dass

es aktuell um eine leichte gesundheitliche Einschränkung mit Beeinträchtigung im Bereich der Anpassung, der Flexibilität und der Durchhaltefähigkeit gehe. Die Einschränkungen lägen vor allem im interaktionellen Bereich. Für die letztmals ausgeübte Tätigkeit in der Spitex sei durch den Gutachter von einer 65 % Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (im angestammten Bereich) ausgegangen worden, da in diesem Bereich interaktionelle Fähigkeiten gefragt seien. Die Einschränkung in einer angepassten Tätigkeit würden hingegen maximal 25 % betragen. Die Versicherte würde einen Arbeitsplatz ohne Ansprüche im interpersonellen Bereich und ohne Hektik und Drucksituationen benötigen. In der Haushaltung seien die Einschränkungen hingegen minimal. Bei der Begutachtung sei zudem auf Verdeutlichungstendenzen und Aggravation hingewiesen worden. Es hätten sich auch Diskrepanzen in den Angaben, die abhängig vom Gutachter und dem Gegenstand der Untersuchung waren, ergeben (S. 1). Aufgrund der Erhebungen im interdisziplinären Gutachten bestehe seit jeher eine kombinierte Persönlichkeitsstörung. Diese Störung sei wahrscheinlich dafür verantwortlich gewesen, dass es bei Tätigkeiten, in denen der interaktionelle Bereich gefragt gewesen sei, zu Stellenwechseln gekommen sei (S. 2). Zum Zeitpunkt der Begutachtung 2007 (durch Dr. D.\_\_\_\_\_, IVSTA-act. 95) sei die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode festgehalten worden. Anschliessend sei (am 13. März 2011 durch Dr. K.\_\_\_\_\_; IVSTA-act. 49) eine bipolare Störung diagnostiziert worden. Diese Störung sei nun im Arztbericht (vom 18. Mai 2016) von als remittiert bezeichnet worden. Die Remission habe sich auch bei der Begutachtung durch Dr. N.\_\_\_\_\_ bestätigt. Dieser habe zudem eine Aggravation und Verdeutlichungstendenz festhalten können (S. 2). Das Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_\_ sei wie üblich ausführlich gewesen und habe auf einem gründlichen Studium der Vorakten sowie einer allseitigen Untersuchung beruht. Die Beurteilung sei ausführlich diskutiert worden und aus medizinischer Sicht nachvollziehbar. In der rheumatologischen Untersuchung habe zudem eine somatische Ursache für das Schmerzsyndrom der Versicherten ausgeschlossen werden können. Die im Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_\_ (IVSTA-act. 95) beschriebene depressive Episode sei bereits länger remittiert gewesen, und aus der Persönlichkeitsstörung lasse sich keine vollständige Arbeitsunfähigkeit begründen (S. 3). Die Beschwerdeführerin könne somit ganztags sitzend, stehend und in Wechselposition arbeiten, Gewichte von bis zu 10 kg heben und eine Arbeit mit Verantwortung, aber nicht in einem Team oder mit Stress, übernehmen. In der bisherigen Tätigkeit liege die Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. Juni 2016 bei 65 %, für Arbeiten im Haushalt seit langem bei 20 % und in einer Verweisungstätigkeit bei 25 % (S. 2).

### **E. 7.3**

Schliesslich reichte die Beschwerdeführerin im Rahmen des vorliegenden Verfahrens folgende neuen medizinischen Berichte ein:

#### **E. 7.3.1**

Dem Austrittsbericht der P.\_\_\_\_\_, unterzeichnet von Dres. Q.\_\_\_\_\_ und R.\_\_\_\_\_, vom 31. Januar 2018 (Beilage 1 zu BVGer-act. 7) sind folgende Diagnosen zu entnehmen: - Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (F20.0) - Iatrogene Benzodiazepin-Abhängigkeit (F13.3) - Varikosis beide Beine, links Z. n. Stripping - ADS mit Impulskontrollstörung (vordiagnostiziert) (F90.0) - Lumbo- und Thoraco-vertebrales Schmerzsyndrom bei Diskushernie LWK 4/5, Beckentiefstand links, Hemisacralisation L5 (vordiagnostiziert) - Z. n. rez. Depressiven Episoden (vordiagnostiziert) - Schizophrenes Residuum (vordiagnostiziert) (F20.5) - Leichte Coxarthrose links bei Osteolyse supraacetabulär

(vordiagnostiziert) Die Beschwerdeführerin habe sich vom 28. November 2017 bis zum 10. Januar 2018 in stationärer Behandlung befunden. Dabei sei sie freiwillig auf Einweisung ihres Hausarztes wegen einer erneuten Dekompensation der vorbekannten Psychose zur Aufnahme gekommen, da die Gefahr bestünde, dass sie sich in Folge der imperativen Stimmen suizidiere. Die seit mehreren Jahren bestehende produktive Psychose habe durch Einstellung auf Clozapin in einer Dosis von zuletzt 450 mg gut gebessert werden können. Die Versicherte habe zuletzt angegeben, dass die quälenden akustischen Halluzinationen beinahe vollständig abgeklungen seien. Sie würden empfehlen, das seit vielen Jahren verordnete Lorazepam (recte: Lorazepam [«Temesta»]) vorsichtig zu reduzieren; beigelegt war die Liste der aktuellen Medikation (17 verschiedene Arzneimittel). Trotz des langen und schweren Krankheitsverlaufs seien die Persönlichkeit und die kognitiven Fähigkeiten der Patientin gut erhalten.

### **E. 7.3.2**

Aus dem Arztbericht von Dr. med. S. \_\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie, vom 14. April 2018 (Beilage 2 zu BVGer-act. 7) geht hervor, dass die Beschwerdeführerin durch Dr. V. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, an Dr. S. \_\_\_\_\_ überwiesen worden sei zwecks Durchführung einer verhaltensneurologisch-neuropsychologischen Untersuchung bei paranoider Schizophrenie im Hinblick auf die Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit. Dabei entsprächen die erhobenen kognitiven Befunde einer Funktionsstörung fronto- limbischer Regelkreise, etwas linkshemisphärisch betont, leichter bis mittelschwerer und zum Teil schwerer Ausprägung, gut mit den Auswirkungen der primär psychiatrischen Erkrankung (paranoide Schizophrenie) vereinbar, zusätzlich aggraviert durch medikamentöse Faktoren. Aufgrund dieser Befunde sei aktuell von keiner verwertbaren Arbeitsfähigkeit auszugehen.

### **E. 7.4**

Nach Einsicht in die beschwerdeweise eingereichten medizinischen Dokumente holte die Vorinstanz erneut Stellungnahmen ihres ärztlichen Dienstes ein:

#### **E. 7.4.1**

Die RAD-Ärztin Dr. H. \_\_\_\_\_ hielt am 27. Juni 2018 fest, dass im Austrittsbericht des P. \_\_\_\_\_ die Vordiagnosen, die in den vorliegenden Akten so nicht gestellt wurden, eindrücklich seien (schizophrenes Residuum, ADS, paranoide Schizophrenie). Aufgrund des beschriebenen Psychostatus habe im Zeitpunkt der Hospitalisation mit Sicherheit keine depressive Episode vorgelegen. Diese Diagnose sei auch nicht gestellt worden. Der Psychostatus sei vergleichbar mit den Untersuchungsbefunden von Dr. N. \_\_\_\_\_ im März 2017, der einen guten affektiven Rapport und sehr gut modulierte Affekte beschreibe. Damit komme die Diagnose eines schizophrenen Residuums nicht in Frage, da bei der Negativsymptomatik die psychomotorische Verlangsamung und eine starke Störung des Antriebs zwingend seien. Bezüglich der Diagnose der paranoiden Schizophrenie könne ebenfalls auf das Gutachten verwiesen werden. So erfülle die Versicherte einzig aufgrund ihrer anamnestischen Angaben ein Kriterium der Diagnose. Dies sei auch im P. \_\_\_\_\_ so gewesen. Betreffend den Bericht der verhaltensneurologischen Untersuchung von Dr. S. \_\_\_\_\_ führte die RAD-Ärztin aus, dieser sei zu wenig spezifisch. Es fehlten unter anderem Angaben über die Leistungsfähigkeit der Versicherten in der Schule und bei der Ausbildung. Die ehemals festgestellte Diagnose einer Depression sei aufgrund der beiden Berichte weiterhin als remittiert zu beurteilen (Beilage 1 zu BVGer-act. 11).

### **E. 7.4.2**

Die RAD-Ärztin Dr. T.\_\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Rheumatologie, bestätigte in ihrer Stellungnahme vom 10. Juli 2018 im Wesentlichen die im (Teil-)Gutachten von Dr. O.\_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen und damit verbunden die Schlussfolgerung, wonach aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, weder in ihrer angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit, bestehe (Beilage 3 zu BVGer-act. 11).

### **E. 7.4.3**

W.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner kurzen Stellungnahme vom 22. Juli 2018 fest, dass die Standardindikatoren im Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_\_ vom 22. März 2017 ausführlich und nachvollziehbar diskutiert worden seien und der Fall damit anhand des strukturierten Beweisverfahrens geprüft worden sei (Beilage 6 zu BVGer-act. 11).

### **E. 7.5**

Vorab ist festzuhalten, dass das bidisziplinäre Gutachten der Dres. N.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und O.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, vom 22. März 2017 grundsätzlich die an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien erfüllt. Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Zudem erfolgte die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in Einklang mit der neu geltenden Rechtslage nach Massgabe der im Regelfall heranzuziehenden Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 (vgl. E. 5.3.7). Schliesslich ist das Gutachten auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation an sich einleuchtend und in den Schlussfolgerungen begründet, so dass darauf dem Grundsatz nach abgestellt werden kann. Damit kann es jedoch nicht sein Bewenden haben. Vielmehr hat die Vorinstanz aufgrund der nachfolgenden Erwägungen die gutachterlichen Ausführungen erneut teilweise klarstellen, präzisieren und ergänzen zu lassen (vgl. hierzu bspw. Urteil des BGer 9C\_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 49 S. 151, 9C\_85/2009 E. 3.5). Insofern erweist sich der medizinische Sachverhalt und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit als noch nicht vollständig rechtsgenügend abgeklärt (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb), und es kann bei dieser Sachlage nicht auf weitere Abklärungen verzichtet werden (vgl. zum Verzicht auf solche resp. zur antizipierten Beweiswürdigung vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d; SVR 2005 IV Nr. 8 S. 37 E. 6.2, 2003 AHV Nr. 4 S. 11 E. 4.2.1; vgl. zum Ganzen Urteil des BGer 8C\_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). Dazu, was folgt:

#### **E. 7.5.1**

In Bezug auf den Aspekt der Komorbiditäten fordert die neue Rechtsprechung eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Selbst wenn die Annahme des psychiatrischen Gutachters zutreffen sollte, dass die kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) für sich allein keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat, so schliesst dies nicht aus, dass diese zusammen mit anderen Befunden, wie insbesondere der Schmerzproblematik, welche der rheumatologische Gutachter festgestellt hat (vgl. IVSTA-act. 126, S. 126), die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt (BGE 143 V 418 E.

5.1 und 8.1). Vorliegend haben die Gutachter nicht abschliessend geklärt, inwiefern zwischen den somatischen und den psychiatrischen Diagnosen Wechselwirkungen bestehen (vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-1582/2016 vom 11. September 2017 E. 4.2.4). Vielmehr findet die durch den rheumatologischen Gutachter gestellte Diagnose des chronisch rezidivierenden, phasenweisen generalisierten Schmerzsyndroms im psychiatrischen Teilgutachten mit keinem Wort Erwähnung.

#### **E. 7.5.2**

Weiter sind auch die Aussagen im Rahmen der Indikatorenprüfung widersprüchlich, wonach verschiedene (nicht krankheitsbedingte) Aspekte offenbar die zumutbare Willensanstrengung behinderten (IVSTA-act. 128, S. 33, 35), gleichzeitig aber festgehalten wird, eine Willensanstrengung sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zumutbar und möglich (IVSTA-act. 128, S. 38).

#### **E. 7.5.3**

Sodann mutet es befremdlich an, wenn der Gutachter angibt (IVSTA-act. 128, S. 33), es bestehe kein schweres Suchtleiden, gemäss Angaben der Beschwerdeführerin bestehe ein geringer Gebrauch von Alkohol und ein Konsum von Tabak, der sozial als üblich einzuordnen sei sowie eine Abstinenz bezüglich weiterer nicht ärztlich verordneter psychotroper Substanzen (inklusive Drogen), wenn berücksichtigt wird, wie viele Medikamente die Versicherte seit Jahren einnimmt und entsprechend wohl verordnet bekommt.

#### **E. 7.5.4**

In diesem Zusammenhang wird insbesondere auch eine Exploration eines möglichen Abhängigkeitssyndroms im Gutachten vermisst. Dem psychiatrischen Teilgutachten sind gestützt auf die Blutprobe vom 21. März 2017 im Medikamentenspiegel stark erhöhte Werte von Paroxetin (742 nmol/l, Referenzbereich: 91-365) und Lorazepam (194.0 nml/l, Referenzbereich: 32.0-48.0) zu entnehmen. Auch ist in den Akten geradezu augenscheinlich, dass bereits ein seit Jahren bestehender Gebrauch von Benzodiazepinen besteht. So ist unter anderem aus dem ärztlichen Bericht der Psychiatrischen Universitätsklinik F.\_\_\_\_\_, unterzeichnet von med. pract. E.\_\_\_\_\_, Oberarzt, sowie Frau X.\_\_\_\_\_, Psychologin, vom 20. Juni 2007 ersichtlich, dass bereits zu diesem Zeitpunkt Temesta durch die Beschwerdeführerin eingenommen wurde (IVSTA-act. 34; siehe auch IVSTA-act. 97 S. 12 = 99). Dies obschon bei Temesta gemäss Fachinformation eine möglichst kurze Behandlungsdauer indiziert ist und die Einnahme von Benzodiazepinen zu einer psychischen und physischen Abhängigkeit führen kann. Dieses Risiko ist unter anderem erhöht bei längerer Einnahme und hoher Dosierung (<<https://compendium.ch/product/20229-temesta-tabl-2-5-mg/MPro>>; abgerufen am 5. März 2020). Zwischenzeitlich bestand denn bei der Beschwerdeführerin auch eine Medikation mit Lexotanil (vgl. IVSTA-act. 45, S. 3), Valium (vgl. IVSTA-act. 57), Xanax (IVSTA-act. 73 = 96; 97 S. 14) sowie Rivotril (dies seit 2014, vgl. IVSTA-act. 75; 97 S. 15 f.), bei welchen es sich ebenfalls um Benzodiazepine handelt und entsprechend dieselbe Abhängigkeitsproblematik besteht (Lexotanil: <<https://www.swissmedicinfo.ch/>>, abgerufen am 10. März 2020; Valium: <<https://compendium.ch/product/23849-valium-tabl-10-mg/MPro>>; Xanax: <<https://compendium.ch/product/22006-xanax-tabl-2-mg/MPro>>; Rivotril: <<https://compendium.ch/product/6834-rivotril-tabl-2-mg/MPro>>, alle abgerufen am 5.

März 2020). Bemerkenswert ist im vorliegenden Fall auch, dass bei einigen dieser Medikamente Halluzinationen als häufige Nebenwirkung erwähnt wird; ein Umstand, dem bei den vorliegenden medizinischen Unterlagen keinerlei Rechnung getragen wurde, obschon die akustischen Halluzinationen bei der Versicherten ein Diagnosekriterium bildeten.

#### **E. 7.5.5**

Auch wenn die von der Beschwerdeführerin beschwerdeweise eingereichten medizinischen Berichte erst nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung entstanden sind und grundsätzlich nur die bis zum Verfügungserlass vorliegenden medizinischen Akten zu berücksichtigen (vgl. E. 4.3 hiervor), können gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auch Arztberichte zum Krankheitsverlauf, welche nach Verfügungserlass entstanden sind, in die Beurteilung miteinbezogen werden, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (statt vieler: Urteil BGer 8C\_71/2017 vom 20. April 2017 E. 8.3). So wird denn im Austrittsbericht P. \_\_\_\_\_ vom 31. Januar 2018 eine itarogene Benzodiazepinabhängigkeit (F13.2) diagnostiziert (Beilage 1 zu BVGer-act.7). Auch wenn der Austrittsbericht die Anforderungen an ein ärztliches Gutachten nicht erfüllt, so vermag er doch mit Blick die übrigen vorliegenden Akten (vgl. E. 7.5.3) Zweifel an der Vollständigkeit des Gutachtens erwecken.

#### **E. 7.5.6**

Schliesslich weist die RAD-Ärztin Dr. H. \_\_\_\_\_ mit Blick auf den Austrittsbericht des P. \_\_\_\_\_ ebenfalls daraufhin, dass eine Benzodiazepinabhängigkeit in der Regel zur Abflachung der Affekte führt. Die Versicherte sei auf Clozapin in hoher Dosis eingestellt worden. Dieses Medikament werde bei therapieresistenten Schizophrenien eingesetzt. Nach der beschriebenen Verbesserung der Halluzinationen müsse die Medikation auf eine niedrige Erhaltungsdosis eingestellt werden. Geplant sei gewesen, dass die Therapie mit Benzodiazepinen reduziert werde. Für diesen Entzug könne Clozapin hilfreich sein (S. 2 unten). Und betreffend den Bericht der verhaltensneurologischen Untersuchung von Dr. S. \_\_\_\_\_ führt die RAD-Ärztin aus, die Untersuchung sei unter 4 mg Temesta, 400 mg Clozapin und Zolpidem durchgeführt worden. Ein Medikamentenblutspiegel sei nicht abgenommen worden und es sei darauf zu verweisen, dass sich bei der interdisziplinären Untersuchung herausgestellt habe, dass zwei Medikamente stark erhöhte Medikamentenblutspiegel aufgewiesen hätten (vgl. E. 7.5.6 hiervor).

#### **E. 7.6**

Mit dem jüngst publizierten Entscheid BGE 145 V 215 hat das Bundesgericht vor dem Hintergrund der Rechtsprechung zur Ausdehnung des strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 auf sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 409 und 418) und nach vertiefter Auseinandersetzung mit den Erkenntnissen der Medizin die bisherige Rechtsprechung, wonach primäre Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsumstörungen zum vornherein keine invalidenversicherungs-rechtlich relevanten Gesundheitsschäden darstellen können und ihre funktionellen Auswirkungen deshalb keiner näheren Abklärung bedürfen, fallen gelassen (BGE 145 V 215 E. 5.3.3; Urteil des BGer 8C\_245/2019 vom 16. September 2019 E. 4). Das Bundesgericht hat entschieden, dass fortan - gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen - nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln sei, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person

auswirke. Dabei könne und müsse im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens insbesondere dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall Rechnung getragen werden (BGE 145 V 215 E. 6.3). Diesem komme nicht zuletzt deshalb Bedeutung zu, weil bei Abhängigkeitserkrankungen - wie auch bei anderen psychischen Störungen - oft eine Gemengelage aus krankheitswertiger Störung sowie psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vorliege. Letztere seien auch bei Abhängigkeitserkrankungen auszuklammern, wenn sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen würden. Weiter wird im Urteil festgehalten, dass auch bei Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms die Schadenminderungspflicht (Art. 7 IVG) zur Anwendung komme, so dass von der versicherten Person etwa die aktive Teilnahme an zumutbaren medizinischen Behandlungen verlangt werden könne (Art. 7 Abs. 2 Bst. d IVG). Komme sie den ihr auferlegten Schadenminderungspflichten nicht nach, sondern halte willentlich den krankhaften Zustand aufrecht, sei nach Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG eine Verweigerung oder Kürzung der Leistungen möglich (BGE 145 V 215 E. 5.3.1).

#### **E. 7.7**

Diese neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des BGer 8C\_245/ vom 16. September 2019 E. 5; Urteil 8C\_756/2017 E. 4 mit weiterem Hinweis) und somit auch im vorliegenden Fall massgebend, sollte ein Abhängigkeitssyndrom durch Sedativa oder Hypnotika nachvollziehbar und schlüssig durch eine Fachperson diagnostiziert werden.

#### **E. 7.8**

Nach dem Gesagten ist im Sinne eines Zwischenfazit festzuhalten, dass die Vorinstanz ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht hinreichend nachgekommen ist und sie den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung nicht genügend abgeklärt hat. Die Sache ist deshalb schon aus diesem Grund an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen, um festzustellen, ob ein solches Abhängigkeitssyndrom bei der Versicherten vorliegt und ob und wenn ja welche Behandlungen ihr im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht zumutbar sind.

#### **E. 8**

Betreffend die Bemessung der Invalidität ergibt sich weiter was folgt:

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

Ob eine versicherte Person als ganztägig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was jeweils zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nach der Rechtsprechung nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie (unter Berücksichtigung der gesamten persönlichen, familiären, beruflichen und sozialen Situation) hypothetisch erwerbstätig wäre. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1 mit Hinweisen; Urteile des BGer 9C\_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.1; 9C\_552/2016 vom 9. März 2017 E. 4.2).

### **E. 8.1.1**

In Bezug auf die erwerblichen Verhältnisse geht aus den Akten hervor, dass die Versicherte zwei Vorlehrjahre für eine Ausbildung zur Coiffeuse absolvierte, ohne diese Ausbildung abzuschliessen. Danach übte sie verschiedene Tätigkeiten aus: Ab April 1995 arbeitete sie als Pflegehelferin im USB.\_\_\_\_\_, ab November 1997 für ein knappes halbes Jahr im Verkauf, ab Oktober 1998 für sechs Monate als Wäschereimitarbeiterin, ab dem 29. November 1999 bis zum 30. April 2000 zu 100 % als Coiffeuse (IVSTA-act. 10), wobei sie anschliessend krankheitsbedingt kündigte (IVSTA-act. 6). Ab Juni 2003 war sie erneut in der Wäscherei des USB.\_\_\_\_\_ tätig. Zwischen November 2005 und März 2007 arbeitete sie in der Schweiz teilzeitig als Hauspflegerin und war seither nicht mehr erwerbstätig (IVSTA-act. 133).

### **E. 8.1.2**

Im Zusammenhang mit der rentenbegründenden Verfügung vom 5. November 2008 hielt die Vorinstanz noch fest, dass auf eine genaue Bemessung verzichtet werden könne, da psychische Beschwerden im Vordergrund stehen würden und die Einschränkung im Haushalt ebenfalls 100 % betragen würde (IVSTA-act. 30). An dieser Einschätzung hielt die Vorinstanz hinsichtlich der rentenbestätigenden Verfügung vom 19. April 2012 fest (IVSTA-act. 60 S. 1). Hinsichtlich der rentenaufhebenden Verfügung vom 15. August 2017 liess die Vorinstanz 2. Mai 2017 einen Einkommensvergleich durchführen und berechnete die Erwerbseinbusse mit 42 % (IVSTA-act. 133). In der darauffolgenden Verfügung vom 15. August 2017 hielt die Vorinstanz fest, dass die Erwerbseinbusse infolge Ausübung einer dem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit 42 % betrage, die Arbeit im Haushalt mittlerweile wieder zu 80 % zumutbar sei und sich daher aus den Einschränkungen in beiden Bereichen ein Invaliditätsgrad von 33 % ergebe (Beilage 2 zu BVGer-act. 1).

### **E. 8.1.3**

Obwohl im Einkommensvergleich vom 2. Mai 2017 nur von einer Invalidität im Erwerbsteil die Rede ist (IVSTA-act. 133), wird am 15. August 2017 trotzdem infolge einer nicht dargelegten Rentenberechnung nach der gemischten Methode verfügt und von einer Erwerbseinbusse von 33 % ausgegangen (Beilage 2 zu BVGer-act. 1). Die Auseinandersetzung mit den Werten zur Arbeitsunfähigkeit sowie dem Einkommensvergleich (42 % Erwerbseinbusse in Verweistätigkeiten sowie 20 % Arbeitsunfähigkeit im Haushalt) zeigt, dass die Vorinstanz von einem Erwerbspensum von 59 % ausgegangen sein muss ( $[59 \% * 42 \%] + [41 \% * 20 \%] = 33 \%$ ). Ein derartiges Pensum entbehrt sich hingegen jeglicher Grundlage in den Akten und ist auch sonst nicht rechtsgenügend nachvollziehbar.

### **E. 8.2**

Nach dem Gesagten ist die Vorinstanz ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG auch im Hinblick auf den beruflich-erwerblichen Sachverhalt nicht genügend nachgekommen und hat damit Bundesrecht verletzt. So fand keine Befragung der Beschwerdeführerin dahingehend statt, ob sie bei voller Gesundheit wieder zu 100 % erwerbstätig wäre (wie damals als Coiffeuse), oder nur Teilzeit arbeiten würde (wie während ihrer Tätigkeit als Hauspflegerin, wobei diesbezüglich unklar ist, ob diese Reduktion krankheitsbedingt oder freiwillig erfolgte). Die Vorinstanz hat sich vielmehr ohne entsprechende Abklärungen damit begnügt, von der Massgeblichkeit der gemischten Methode auszugehen und auf ein fiktives Erwerbspensum abzustellen. Zu klären sind

insbesondere die Frage nach dem vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeübten Beschäftigungsgrad sowie die Frage, ob die Reduktion des Pensums aus rein gesundheitlichen Gründen oder aus freien Stücken erfolgte (durch Einholen von Auskünften bei der Spitex und Berichten der damals behandelnden Ärzte). Sollte sich im Rahmen der weiteren Abklärungen und unter einlässlicher Würdigung der gesamten Verhältnisse ergeben, dass die Beschwerdeführerin im hypothetischen Gesundheitsfall nicht als vollzeitlich, sondern nur als teilzeitlich Erwerbstätige zu qualifizieren ist, wäre die Vorinstanz angehalten, zusätzlich eine Haushaltsabklärung durchzuführen.

## **E. 9**

Im Ergebnis erweist sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 15. August 2018 weder in medizinischer noch in beruflich-erwerblicher Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob die Beschwerdeführerin gegebenenfalls weiterhin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat und falls ja, in welcher Höhe dieser Anspruch noch besteht.

### **E. 9.1**

Die Sache ist folglich gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG zur weiteren Abklärung bzw. Vervollständigung der Akten in medizinischer Hinsicht sowie zur anschliessenden Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Rückweisung an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung ist hier rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; 141 V 281 E. 6.4) ausnahmsweise möglich, da im vorliegenden Gutachten relevante Fragen bisher vollständig ungeklärt blieben. Würde diese mangelhafte Sachverhaltsabklärung bzw. -würdigung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären (Art. 43 Abs. 1 ATSG), auf das Gericht (vgl. Urteil des BVGer C-6529/2014 vom 4. Juli 2016 E. 7.4).

### **E. 9.2**

Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung dauert der Entzug der aufschiebenden Wirkung einer Beschwerde, welche gegen eine anpassungsweise verfügte Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung erhoben wird, bei Rückweisung der Sache an den Versicherungsstrahler auch für den Zeitraum des anschliessenden Abklärungsverfahrens bis zum Erlass einer neuen Verfügung an (BGE 129 V 370 E. 4 mit Hinweis auf BGE 106 V 18; Kieser, a.a.O., Art. 54 Rz. 14). Der mit der angefochtenen Verfügung angeordnete Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde fällt daher gemäss der genannten Praxis des Bundesgerichts mit der vorliegenden Rückweisung nicht dahin. Die streitige IV-Rente gelangt somit auch weiterhin nicht zur Auszahlung.

### **E. 9.3**

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 25. September 2017 insofern gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 15. August 2017 aufzuheben ist und der Sachverhalt zur Durchführung weiterer Abklärungen, zur erneuten Invaliditätsbemessung sowie anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen ist.

## **E. 10**

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

### **E. 10.1**

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. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 137 V 57 E. 2.1 m.H.), sind der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 10.2**

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.- (inklusive Auslagen und 8 %iger Mehrwertsteuer bis Ende Dezember 2017; seit 1. Januar 2018 7.7 % [vgl. Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Mehrwertsteuer vom 12. Juni 2009 {MWSTG; SR 641.20}]; zur Berücksichtigung der Mehrwertsteuer bei der Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsbeistands vgl. BGE 141 III 560 E. 2. und 3.) gerechtfertigt. (Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen).

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