

# **BVGer C-627/2012 vom 23. Mai 2013**

Bundesverwaltungsgericht, 2013-05-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-627\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-627_2012)

FR: TAF C-627/2012 du 23 mai 2013

IT: TAF C-627/2012 del 23 maggio 2013

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; sie ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). B.\_\_\_\_\_, welche die Beschwerde unterzeichnet hat, ist von der Beschwerdeführerin am 6. Oktober 2006 rechtsgültig bevollmächtigt worden (B-act. 1 Beilage 2). Sie ist daher zur Beschwerdeführung im Namen der Beschwerdeführerin legitimiert.

### **E. 1.4**

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

### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführerin ist portugiesische Staatsangehörige mit Wohnsitz in Portugal, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs

wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA). Noch keine Anwendung finden vorliegend die am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit.

### **E. 2.2**

Nach Art. 40 Abs. 4 der Verordnung Nr. 1408/71 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang V dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Eine solche anerkannte Übereinstimmung besteht für das Verhältnis zwischen einzelnen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz nicht. Der Invaliditätsgrad bestimmt sich daher auch im Geltungsbereich des FZA nach schweizerischen Rechtsvorschriften resp. des IVG, der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 832.201), des ATSG sowie der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

### **E. 2.3**

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 13. Dezember 2011) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Daher sind hier die ab 1. Januar 2003 geltenden Bestimmungen des ATSG anwendbar. Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.201) ist auf die Fassung gemäss den am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Änderungen (4. IV-Revision; AS 2003 3837) abzustellen. Soweit ein Rentenanspruch ab dem 1. Januar 2008 zu prüfen ist, sind weiter die mit der 5. IV-Revision zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Gesetzes- und Ordnungsänderungen zu beachten (AS 2007 5129 und AS 2007 5155).

### **E. 2.4**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) 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. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung). Laut Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung) werden jedoch Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

### **E. 3.1**

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

### **E. 3.2**

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz 450; vgl. auch BGE 122 V 162 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b). Diese Praxis wurde vom Bundesgericht immer wieder bestätigt (vgl. z.B. das Urteil des Bundesgerichts 9C\_108/2010 vom 15. Juni 2010 E. 4.2.2).

### **E. 3.3**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidensbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006

IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 20 E. 2b). 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen).

#### **E. 3.4.1**

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, sofern sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert.

#### **E. 3.4.2**

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine Invalidenrente ist demnach nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5, BGE 117 V 198 E. 3b mit Hinweisen). Dagegen stellt nach ständiger Rechtsprechung die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C\_552/2007 vom 17. Januar 2008 E. 3.1.2; Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2004 IV Nr. 5 E. 2 [I 574/02]; AHI 2002 S. 65 E. 2 [I 82/01]; vgl. auch BGE 112 V 371 E. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a).

#### **E. 3.4.3**

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 Gesundheitszustands) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

#### **E. 3.4.4**

In casu liegen der revisionsweisen Überprüfung des Rentenanspruchs im Jahre 2003/2004 drei Arztberichte von Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 17. Februar, 16. Juni und 21. Dezember 2003, der Arztbericht von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 13. Januar 2004, der Arztbericht von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 12. Februar 2004 sowie der Arztbericht E 213 vom 1. März 2004 zugrunde. Mit Mitteilung vom 3. September 2004 teilte die IVSTA der Versicherten mit, die Überprüfung des Invaliditätsgrades habe keine anspruchsbeflussende Änderung ergeben, weshalb weiterhin Anspruch auf die halbe Rente bestehe (IV/44). Diese Mitteilung wurde nicht angefochten. Zwar ist die bloss Mitteilung eines solchen Revisionsergebnisses, wenn keine Verfügung verlangt wurde (Art. 74quater Abs. 1 IVV; bis 31. Dezember 2011 Art.

74quater IVV), in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (SVR 2010 IV Nr. 4 S. 8 E. 3.1). Jedoch nahm Dr. G.\_\_\_\_\_ vom medizinischen Dienst am 28. August 2004 (IV/43) nur oberflächlich zu den medizinischen Berichten Stellung und erwähnte vorliegend bedeutende Diagnosen wie Fibromyalgie/somatoforme Schmerzstörung gar nicht; auch ein neuer Einkommensvergleich wurde nicht durchgeführt. Für eine fundierte Gegenüberstellung der medizinischen Diagnosen und Schlüsse betreffend Arbeitsfähigkeit sowie deren Auswirkungen auf den Invaliditätsgrad ist deshalb - im Sinne der von der Rechtsprechung verlangten materiellen Überprüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung - auf die Erhebungen abzustellen, die zur Berentung gemäss Beschluss der IV-Stelle des Kantons Y.\_\_\_\_\_ vom 9. Juli 2001 führten.

#### **E. 4.1**

Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob, und gegebenenfalls ab wann sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Erlass des ursprünglichen Rentenbeschlusses vom 9. Juli 2001 (Referenzzeitpunkt) bis zum Erlass der hier streitigen Revisionsverfügung vom 13. Dezember 2011 (Revisionszeitpunkt) in massgebender Weise verändert hat und die IVSTA zu Recht revisionsweise den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine halbe oder höhere Rente verneint und die Rente per 1. Februar 2012 aufgehoben hat. In verfahrensrechtlicher Hinsicht ist zudem zu prüfen, ob die untereinander abweichenden medizinischen Akten eine abschliessende Beurteilung zulassen oder - wie von der Beschwerdeführerin beantragt - eine Oberbegutachtung erforderlich machen.

#### **E. 4.2**

Der Beschluss der IV-Stelle des Kantons Y.\_\_\_\_\_ vom 9. Juli 2001 stützte sich ab auf die Berichte von Dr. P.\_\_\_\_\_ einer portugiesischen Rehabilitationsklinik vom 28. Juli 1999, von Dr. Q.\_\_\_\_\_ (Physikalische Medizin und Rehabilitation) vom 3. Juli und 21. August 2000, von Dr. R.\_\_\_\_\_ (Psychiatrie und Psychotherapie) vom 1. September 2000 und 10. März 2001 sowie auf ein polydisziplinäres Gutachten des X.\_\_\_\_\_ Zentrums für Medizin in Betrieb und Arbeit (C.\_\_\_\_\_), Dres. Aa.\_\_\_\_\_ (Arbeitsmedizin, allgemeine Medizin), Ba.\_\_\_\_\_ (Psychiatrie), Ca.\_\_\_\_\_ (Innere Medizin, spez. Rheumatologie), Da.\_\_\_\_\_ (Radiologie), vom 20. April 2001, welches im Auftrag der SVA erstellt worden war (IV/1, 4, 8, 9, 11, 13). Die schweizerischen Ärzte hielten fest, die seit dem 1. Mai 1993 als Hilfsarbeiterin Schaltermontage in Z.\_\_\_\_\_ Y.\_\_\_\_\_ arbeitende Versicherte leide an Fibromyalgie (Dr. Q.\_\_\_\_\_) bzw. einer chronischen somatoformen Schmerzstörung (Gutachter C.\_\_\_\_\_), einer mittelschweren depressiven Störung (ICD-10: F45.30), an Hypochondrie (ICD-10: F45.2) und sozialer Phobie (ICD-10: F40.1). Als Nebendiagnose wurden ein Colon irritabile sowie eine Karzinophobie genannt. Die Gutachter wiesen darauf hin, dass in rheumatologischer Hinsicht keine pathologisch strukturellen und klinischen Befunde vorlägen, sondern das Achsenskelett altersentsprechende degenerative Veränderungen aufweise. Die Versicherte sei wegen ihrer somatischen und psychischen Beschwerden seit November 1999 zu 50% und seit 1. August 2000 zu 100% arbeitsunfähig (Dr. Q.\_\_\_\_\_) bzw. wegen ihrer somatischen und psychischen Beschwerden seit November 1999 zu 50% arbeitsunfähig (Dr. R.\_\_\_\_\_) bzw. allein wegen psychischer Beschwerden seit dem Begutachtungszeitpunkt (Gutachter C.\_\_\_\_\_) zu 50% arbeitsunfähig. Die Gutachter des C.\_\_\_\_\_ hielten fest, nach einem

Jahr der Teilintegration in den Arbeitsprozess und Fortführung der psychiatrischen Behandlung unter geänderter Medikation sei eine Verbesserung der Restarbeitsfähigkeit von 100% zu erwarten (IV/13 S. 8). Dem Vorbescheid ist zu entnehmen, dass die Versicherte seit 6. August 1999 in ihrer Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei, gleichzeitig die Wartefrist eröffnet werden könne und es der Versicherten zumutbar sei, in ihrer angestammten Tätigkeit zu 50% zu arbeiten (IV/16).

### **E. 4.3**

Im Rahmen des Revisionsverfahrens 2003/2004 (IV/30 ff.) reichte die Beschwerdeführerin drei Arztberichte von Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 17. Februar, 16. Juni und 21. Dezember 2003 (IV/36-38), den Arztbericht von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 13. Januar 2004 (IV/39), den Arztbericht von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 12. Februar 2004 (IV/40) sowie den Arztbericht E 213 von Dr. Ea. \_\_\_\_\_ vom 1. März 2004 (IV/41) zu den Akten. Dr. D. \_\_\_\_\_ diagnostizierte folgende Beschwerden: Fibromyalgie, Zervikalgien, Lumboischialgie rechts, Epikondylitis [Tennis-Ellbogen] links, Supinator-tunnelsyndrom [Sehnenentzündung unterhalb Armbeuge] links, Beugekontraktur des Daumens, Paresthesien am rechten Daumen, Sensibilität der Narbe an der rechten Faust, Karpaltunnelsyndrom. Im Bericht vom 16. Juni 2003 führte er aus, die Patientin benötige Physiotherapie und regelmässige Behandlung mit physischer Medizin und Rehabilitation, voraussichtlich während mehreren Jahren. Im Bericht vom 21. Dezember 2003 hielt er fest, die Erkrankungen verschlimmerten sich progressiv, die Lumboischialgie rechts sei therapieresistent, regelmässige Physiotherapie sei fortzusetzen. Dr. E. \_\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 13. Januar 2004 eine seit 2001 anhaltende majore Depression mit bedeutender somatischer Komponente fest, ausgelöst durch die familiäre Situation der Patientin, insbesondere die vollständige Arbeitsunfähigkeit deren Ehemannes. Die Patientin werde mit Psychotherapie und Medikation behandelt, jedoch ohne Besserung. Dr. F. \_\_\_\_\_ bestätigte in ihrem Bericht vom 12. Februar 2004 die Diagnose majore Depression und hielt fest, es lägen keine Suizidabsichten und keine Psychose vor. Dr. Ea. \_\_\_\_\_ bestätigte im Bericht E 213 die Diagnosen Fibromyalgie, Lumboischialgie, mässige Angst, mässig depressive Verstimmung ohne Suizidideen und ohne psychotische Pathologie. In ihrer Untersuchung hielt sie bezüglich Wirbelsäule, Arme und Beine jedoch eine normale Beweglichkeit und einen negativen Lasègue (bilateral) fest (IV/41 S. 5). Dr. G. \_\_\_\_\_ nahm in ihrer Beurteilung vom 28. August 2004 nur zur psychischen Situation Stellung, äusserte sich nicht zur rheumatologischen/orthopädischen Situation (vgl. E. 3.4.4) und erwähnte zusätzlich einen Status nach Hysterektomie und Ovariectomie. Es liege bezüglich der Arbeitsunfähigkeit eine unveränderte Situation vor (IV/43). Diese Einschätzung liegt der nicht angefochtenen Mitteilung der IVSTA vom 3. September 2004 zugrunde (IV/44).

### **E. 4.4.1**

Im Rahmen des im Oktober 2005 (IV/46) eingeleiteten zweiten Revisionsverfahrens wurden insbesondere folgende ärztliche Berichte und Dokumente zur Erwerbssituation zu den Akten gereicht und lagen den MEDAS-Gutachtern vor: Arztberichte von Dr. D. \_\_\_\_\_, Orthopädie/Traumatologie, vom 15. Dezember 2004 (IV/45), 28. November 2005 (IV/49), 18. Oktober 2006 (IV/85), 9. Juni 2007 (IV/86), 14. September 2007 (vgl. Gutachten MEDAS S. 7) und 21. September 2010 (IV/134), von Dr. E. \_\_\_\_\_, Psychiatrie, vom 10. November 2005 (IV/47) und 10. Mai 2006 (IV/69), von Dr. F. \_\_\_\_\_, Psychiatrie, vom 20. Juli 2006 (IV/70), der Arztbericht E 213 von Dr. Fa. \_\_\_\_\_, Bezirksspital T. \_\_\_\_\_, vom 2. Oktober 2006 (IV/71), Radiologie- und

Szintigrafie-Berichte vom 3. April 2007 (vgl. Gutachten MEDAS S. 7), 12. Oktober 2007 (vgl. MEDAS-Gutachten S. 8) und 5. Oktober 2010 (Röntgen der Lendenwirbelsäule; IV/115), das Privatgutachten von Dr. Ga.\_\_\_\_\_, Innere Medizin & Rheumatologie, vom 24. Juni 2008 (IV/99) sowie ein Arztbericht von Dr. Ha.\_\_\_\_\_, praktische Ärztin, vom 30. Juni 2008 (B-act. 2 Beilage 10.2). In somatischer Hinsicht wurden verschiedene Beschwerden betreffend die Wirbelsäule (Zervikalgien, Lumboischialgie, zervicozephale, zervicospondylogene und lumbospondylogene Symptomatik), Ausstrahlung in die Arme (Epikondilitis beidseits, Parestesien am Daumen rechte Hand, Narbensensibilität an der rechten Faust und Hand, Frohse-Arkade links), Knieläsionen (Tendinitis beidseits, Entzündung der Bänder) sowie ein Status nach Hysterektomie, Ovariektomie, Operation der Bänder am rechten Knie, des Karpaltunnelsyndroms rechts, einer Epikondilitis rechts, einer Frohse-Arkade rechts sowie eine Arthroskopie Knie rechts wegen Meniskus-Ruptur genannt. In psychischer Hinsicht wurden eine majore Depression sowie eine Fibromyalgie mit myofaszialer Schmerzsymptomatik diagnostiziert und darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer in regelmässiger Behandlung sei.

#### **E. 4.4.2**

Die Dres. H.\_\_\_\_\_, Psychiatrie, und I.\_\_\_\_\_, Allgemeinmedizin, nahmen am 27. Februar 2006 (IV/52), 21. Februar 2007 (IV/73), 22. Juli 2007 (IV/90), 29. Dezember 2007 (IV/94), 6. März 2008 (IV/96) und 27. Juli 2008 (IV/101) zu den medizinischen Berichten Stellung. Sie diagnostizierten aufgrund der in der klinischen Untersuchung festgestellten geringfügigen Einschränkungen im Bereich der Wirbelsäule, der Arme und Knie, die trotz operativer Eingriffe - entsprechend der psychiatrisch/rheumatologischen Diagnose - keine Besserung mit sich brächten, eine Fibromyalgie oder somatoforme Schmerzstörung. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin zu 50% arbeitsfähig. Mit letztgenannter Stellungnahme bestätigte Dr. I.\_\_\_\_\_ die von Dr. Ga.\_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen, befürwortete jedoch in einer weiteren Stellungnahme vom 31. Oktober 2009, nach Kenntnisnahme des Rückweisungsurteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 2. Juli 2009 (IV/102), die Vornahme polydisziplinärer Abklärungen (IV/104).

#### **E. 4.4.3.1**

Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS S.\_\_\_\_\_ vom 24. Juni 2010 hielten die beiden Gutachter, Dr. L.\_\_\_\_\_, Innere Medizin & Endokrinologie / Diabetologie, und Dr. K.\_\_\_\_\_, Rheumatologie, folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest: Rezidivierende depressive Störung mit aktuell leichter depressiver Episode ohne somatisches Syndrom (unter Therapie) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Ganzkörperschmerzsyndrom ohne objektivierbares somatisches Korrelat sowie starker Verdeutlichungstendenz und Selbstlimitierung. Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten sie eine mässige mediale Gonarthrose beidseits sowie eine Adipositas "simplex". Weiter führten sie verschiedene Nebenfunde an. Die Versicherte wirke objektiv altersentsprechend und psychisch etwas bedrückt, aber nicht schwerer depressiv. Die Untersuchungen der Wirbelsäule seien objektiv unauffällig, aber mit hochauffälligem Verhalten während der Untersuchung (Grimassieren, Jammern, Bejahren von Druck- und Klopfdolenz an allen möglichen Stellen). Im Neurostatus sei die Angabe, beide Hände schliefen ständig ein, ohne pathophysiologisches Korrelat geblieben. Es bestehe eine klare Verdeutlichungstendenz und Selbstlimitierung. Das Antidepressivum werde ordnungsgemäss eingenommen. Der Psychiater sei zum Schluss gekommen, dass eine rezidivierende depressive Störung

vorliege, unter Therapie aktuell noch eine leichte depressive Episode sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Seit den Verfügungen vom 3. September 2004 und 25. Juli 2007 habe sich die psychische Situation (unter Therapie) deutlich verbessert. Der Rheumatologe habe eine mässiggradige Gonarthrose im medialen Kompartiment, ein Ganzkörperschmerzsyndrom ohne objektivierbares somatisches Korrelat am Bewegungsapparat sowie eine Adipositas festgestellt. Die Gutachter erachteten die Beschwerdeführerin ab dem Zeitpunkt der Schlussbesprechung der Gutachter als zu 70% arbeitsfähig in ihrer angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Elektronik-Branche, ausgehend von einer sitzenden Tätigkeit, limitiert durch die psychiatrischen Befunde. Für alle in Frage kommenden Verweistätigkeiten ohne besondere Anforderungen an die psychische Belastbarkeit, ohne Erfordernis von besonderen Fähigkeiten und ohne Kälteexposition, möglichst vorwiegend in sitzender Stellung und ohne Kauern und Leiternsteigen, erachteten sie die Arbeitsfähigkeit als zu 80% gegeben, wiederum hauptsächlich psychiatrisch begründet.

#### **E. 4.4.3.2**

In seiner Stellungnahme vom 31. Juli 2010 schloss sich Dr. I. \_\_\_\_\_ vom medizinischen Dienst der IV-Stelle vollumfänglich der Einschätzung der Gutachter an und führte aus, die von ihm bisher festgestellte somatoforme Schmerzstörung werde von den Gutachtern bestätigt, die körperlichen Untersuchungen hätten keine relevanten Funktionsausfälle ergeben, und vom psychiatrischen Standpunkt her werde von einer rezidivierenden depressiven Störung gesprochen, gebessert unter Behandlung. Die Versicherte werde unmissverständlich als wenig eingeschränkt beschrieben und beurteilt. Die Arbeitsunfähigkeit liege in der bisherigen Tätigkeit wie auch in Verweistätigkeiten bei höchstens 30%. Ihr seien folgende Verweistätigkeiten zumutbar: Reparatur von Klein- und Haushaltapparaten, Billetverkäufer, Erfassen/Klassieren/Archivieren, interne Botengänge, Empfang/Telefonistin, Erfassung/Scannen von Daten (IV/126).

#### **E. 4.4.4**

Auf den negativen Vorbescheid hin reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren Bericht von Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 21. September 2010, in welcher dieser die bisherigen Diagnosen bestätigte und seine Patientin zu 100% arbeitsunfähig, auch in leichten Arbeiten, erachtete (IV/134), und einen Bericht von Dr. M. \_\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2010, welcher der Patientin eine schwere depressive Symptomatologie und ein generalisiertes Schmerzsyndrom attestierte (IV/133), zu den Akten. Dr. I. \_\_\_\_\_ vom medizinischen Dienst nahm zu diesen Berichten Stellung und betonte, das Gutachten habe gegenteilige Schlüsse ergeben. Dr. Ia. \_\_\_\_\_ verschreibe ein leichtes Antidepressivum, die Arbeitsfähigkeitseinschätzung sei durch die Gutachter widerlegt worden, und Dr. D. \_\_\_\_\_ äussere sich nur sehr allgemein und spekulierend. Er halte deshalb an den Schlussfolgerungen aus dem MEDAS-Gutachten fest (IV/137). Ergänzend äusserte sich Dr. H. \_\_\_\_\_ aus psychiatrischer Sicht: die Aussagen zum affektiven Gesundheitszustand liessen eine massgebliche Besserung des Gesundheitszustandes erkennen. Der Psychostatus des MEDAS-Gutachtens lasse - im Vergleich zu den Berichten vom 21. August und 1. September 2000 - eine eindeutige, fast vollständige Remission der Depression erkennen. Eine allfällige Verschlechterung nach negativem Vorbescheid sei rein subjektiv und widerspreche nicht der bisherigen Einschätzung (IV/143).

#### **E. 4.4.5**

In seinem zuhänden der Rechtsvertreterin erstellten psychiatrischen Bericht vom 5. März 2011 führte Dr. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, er habe die Beschwerdeführerin am 18. und 21. Januar 2011 psychiatrisch untersucht und dabei - gegenüber den Jahren ihrer Jugend und ihres jungen Erwachsenenalters - eine klare Veränderung in ihrem Gemütszustand im Sinne von Niedergeschlagenheit, Traurigkeit und mangelndem Antrieb feststellen können. Seit zirka 1995 (Zeit der ersten Gebärmutteroperation) sei eine Schwermut feststellbar, über die Jahre hinweg habe sich der Zustand zunächst schleichend, und dann mehr und mehr verschlechtert. Die Beschwerdeführerin habe sich von einem fröhlichen, kontaktfreudigen Menschen zu einer zurückgezogenen traurig niedergeschlagenen Person entwickelt. Trotz kontinuierlicher psychiatrischer Behandlung in Y.\_\_\_\_\_, und seit Wegzug nach Portugal habe sich der Zustand stetig verschlimmert und sei in einem (nur zufällig entdeckten) Suizidversuch im Jahre 2009 kulminiert. Suizidgedanken bestünden bis heute. Dr. N.\_\_\_\_\_ diagnostizierte eine schwere depressive Episode ohne "(?)" psychotische Symptome (ICD-10: F32.2). Die Versicherte weise alle wichtigen Symptome einer Depression auf; bereits im Jahre 2000 habe der behandelnde Psychiater, Dr. R.\_\_\_\_\_, von einer schleichenden Entwicklung in den letzten Jahren gesprochen. Im Jahre 1999 sei die Arbeitsfähigkeit erstmals eingeschränkt gewesen; damals sei eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.11) diagnostiziert worden. 2002 habe die Beschwerdeführerin die Arbeit krankheitshalber ganz aufgegeben. Nach 16 Jahren Symptome sei inzwischen eine Chronifizierung eingetreten. Über psychotische Symptome sei nicht berichtet worden; die Patientin erhalte in Portugal jedoch ein Neuroleptikum verschrieben. Zum MEDAS-Gutachten wies er darauf hin, dass einige im Gutachten zitierte Aussagen der Beschwerdeführerin nicht mit den Angaben in den Konsultationen bei ihm übereinstimmten, sie seit ihrem 11. Altersjahr immer irgendeine Arbeit ausgeführt habe und der (einzige und als ernsthaft zu würdigende) Suizidversuch auf das Jahr 2009 zu datieren sei. Es zeige sich, dass die Depression sich schleichend über die Jahre verschlimmert habe; der Suizidversuch im Jahre 2009 zeige einen Höhepunkt der Entwicklung. Er verwies auf weitere Widersprüche in der Darstellung des Gutachters Dr. J.\_\_\_\_\_, was zeige, dass es der Gutachter nicht immer ganz genau genommen habe und die Wahrnehmung zwischen Gutachter und Beschwerdeführerin nicht dieselbe sei. Mit der Doppel-Diagnose des Gutachters sei er nicht einverstanden. Wie die Entwicklung zeige, sei die Depression kontinuierlich verlaufen, weshalb keine rezidivierende Störung vorliegen könne. Im Weiteren dürfe die Diagnose "anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.4 nicht gestellt werden. Die Schmerzsymptomatik werde bei ungebildeten Menschen aus Südeuropa in den Vordergrund gestellt und nicht als Ausfluss der Depression verstanden. Zumindest ein Teil der geschilderten Schmerzen seien psychogene Schmerzen im Rahmen der Depression. Es sei daher falsch, auf eine fehlende Depression, hingegen ein Schmerzsyndrom zu schliessen (IV/149). Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei auf die Beurteilung von Dr. M.\_\_\_\_\_ abzustellen, welcher als Gründe die Unmöglichkeit, Entscheidungen zu treffen, schwere Konzentrationsstörungen und einen schwer geschädigten Zugang zu sozialen Beziehungen nenne. Der Gutachter versuche eine höhere Arbeitsfähigkeit zu begründen, indem die Diagnose Depression entkräftet und die Diagnose somatoforme Schmerzstörung durchgesetzt werde. Die Versicherte sei wegen ihrer depressionsbedingten massiven Konzentrationsstörungen zu 60 bis 70% arbeitsunfähig. Es sei völlig unwahrscheinlich, dass die Versicherte in den nächsten Jahren eine Veränderung dieser Tendenz erfahre, die Prognose sei eher düster.

#### **E. 4.4.6**

In seiner Stellungnahme vom 30. April 2011 zum Privatgutachten von Dr. N.\_\_\_\_\_ führt Dr. H.\_\_\_\_\_ vom medizinischen Dienst aus, dass die angeführten Widersprüche nicht zentral seien. Wichtig sei nicht der Verlauf der [psychischen] Erkrankung vor der Berentung, sondern der Vergleich des früheren Psychostatus mit dem heutigen. Das Gutachten enthalte keinen Psychostatus, fast ausschliesslich würden die subjektiven Klagen der Versicherten referiert. Die Argumentation des Gutachters gegen die Diagnosestellung von Dr. J.\_\_\_\_\_ sei für einen therapeutisch tätigen Psychiater selbstverständlich. Er behaupte, es liege - entgegen den Beobachtungen von Dr. J.\_\_\_\_\_ - eine eigenständige psychiatrische Komorbidität vor, in Form der Depression. Diese habe aber von Dr. J.\_\_\_\_\_ nicht bestätigt werden können. Es sei nicht nachvollziehbar, dass zwei Gutachter in derart kurzen Abständen derart unterschiedliche Beobachtungen machten, ausser die Versicherte sei als Folge des negativen Vorbescheides in die alte Symptomatik zurückgefallen. Auch der neueste psychiatrische Bericht aus Portugal [Bericht von Dr. M.\_\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2010] müsse sich diese Vorhaltung gefallen lassen.

#### **E. 4.5.1**

Zum Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_\_ (IVSTA/149) ist der Beschwerdeführerin eingangs die Praxis des Bundesgerichts in Erinnerung zu rufen, wonach Parteigutachten mit Äusserungen eines Sachverständigen nicht den gleichen Rang wie ein von der Verwaltung oder vom Gericht nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten besitzt. Es verpflichtet den Richter jedoch, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des förmlich bestellten Gutachtens derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c).

#### **E. 4.5.2**

Festzuhalten ist diesbezüglich, dass das Gutachten auf einer persönlichen Exploration der Beschwerdeführerin am 18. und 21. Januar 2011 beruht. Es enthält jedoch keine Auflistung derjenigen Vorakten, die Dr. N.\_\_\_\_\_ bei seiner Beurteilung mitberücksichtigt hat; einzig der Eingabe der Rechtsvertreterin vom 27. Januar 2011 und der Beschwerde ist zu entnehmen, dass dem Bericht das "Studium umfangreicher Akten einer langjährigen Krankengeschichte" zugrunde liege (IVSTA/146, B-act. 1). Anhand der Ausführungen des Gutachters ist zu schliessen, dass ihm zumindest die Berichte von Dr. R.\_\_\_\_\_, das Gutachten C.\_\_\_\_\_ vom 20. April 2001, der Bericht von Dr. E.\_\_\_\_\_ vom 13. Januar 2004, der Bericht von Dr. Ha.\_\_\_\_\_ vom 30. Juni 2008, das MEDAS-Gutachten vom 24. Juni 2010 sowie der Bericht von Dr. M.\_\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2010 vorlagen. Ob jedoch seine Würdigung auf vollständigen Akten beruht, kann nicht abschliessend beurteilt werden. Auf den vom medizinischen Dienst der IV-Stelle mehrfach zitierten (vgl. IVSTA/90, 101, 154) Bericht von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 20. Juni 2006 (IVSTA/70), wonach unter anderem eine leicht depressive Stimmung erhoben wurde (IVSTA/70), wird jedenfalls nicht eingegangen. Auch nicht Stellung genommen wird zum Bericht von Dr. M.\_\_\_\_\_, insoweit als der Beschwerdeführerin ein leichtes Antidepressivum verschrieben wird (IVSTA/133; vgl. dazu die Einschätzung von Dr. I.\_\_\_\_\_ vom medizinischen Dienst vom 31. Oktober 2010 [IVSTA/137]). Weiter ist Dr. H.\_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 30. April 2011 (IVSTA/154) darin zu bestätigen, dass das Privatgutachten von Dr. N.\_\_\_\_\_ keinen einlässlichen Psychostatus enthält (vgl. dazu Theo R. Payk, Psychopathologie, 3. Auflage, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg 2010, Kapitel 2, S. 95

ff.), der eine Gegenüberstellung mit dem Psychostatus gemäss (kritisiertem) MEDAS-Gutachten erlauben würde; zumindest enthält der Abschnitt "Psychopathologisch heute (Januar 2011)" nur einleitend einige wenige Hinweise, danach werden hauptsächlich Aussagen der Beschwerdeführerin wiedergegeben. Im Weiteren weist Dr. N.\_\_\_\_\_ zwar wiederholt darauf hin, dass es sich vorliegend um eine chronifizierte langjährige Erkrankung ohne Rezidivphasen handle ("Es gab nie eine Zeit ohne depressive Symptome", "Da es keine symptomfreien Intervalle gab"), diese Beurteilung aber in seinem Gutachten nicht eingehend begründet und nur punktuell mit Quellenangaben belegt wird. Damit ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufgezeigt, dass die Beurteilung von Dr. J.\_\_\_\_\_, wonach die Depression Rezidivphasen aufweise und aktuell (10. Mai 2010) eine leichte depressive Episode vorliege, fehlerhaft sei. Dem Privatgutachten ist auch nicht zu entnehmen, dass sich Dr. N.\_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung auf eigene Tests abgestützt hätte.

### **E. 4.5.3**

Das vorliegend (vor allem) umstrittene psychiatrische Teilgutachten von Dr. J.\_\_\_\_\_ vom 10. Mai 2010 seinerseits fusst auf einer persönlichen Begutachtung am 5. Mai 2010, einer Würdigung der Vorakten gemäss "Aktenauszug und Aktenordner", einer Anamnese, der Erhebung des Psychostatus, einer Durchführung psychologischer Tests, der Würdigung aktueller Laborwerte, der Diagnosestellung, einer eingehenden Beurteilung sowohl der psychischen Beschwerden als auch deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Dieses Gutachten erweist sich damit als für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden, leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen des Experten sind begründet (BGE 125 V 351 E. 3a), weshalb beweisrechtlich vollumfänglich darauf abzustellen ist. Die im psychiatrischen Teilgutachten wiedergegebene Testung mittels Hamilton-Depressionsskala und Montgomery-Asberg-Depressionsskala ergab beide Male Werte, die einer leichten Depression entsprechen. Festzustellen ist auch, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor soziale Kontakte pflegt (Besuche der Familienangehörigen bei ihr zuhause, öfters Besuche zu Fuss bei den Eltern, wöchentliche Treffen mit Kolleginnen und Freundinnen, was dem von Dr. N.\_\_\_\_\_ festgestellten sozialen Rückzug entgegensteht und gegen eine schwere Depression spricht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_798/2012 vom 22. Februar 2013 E. 3.2 f.). Zu überzeugen vermag auch nicht die Kritik an der Diagnosenstellung von Dr. J.\_\_\_\_\_, zumal bereits im Rahmen der Begutachtung des X.\_\_\_\_\_ Zentrums für Medizin in Betrieb und Arbeit vom 20. April 2001 (IV/13) die "Doppeldiagnose" chronische somatoforme Schmerzstörung und mittelschwere depressive Störung bei athenischem Syndrom [und Hypochondrie sowie soziale Phobie] gestellt worden ist, diese frühere Diagnose seitens Privatgutachter nicht diskutiert und die "Doppeldiagnose" je anhand einer fachärztlichen Begutachtung in den Bereichen Psychiatrie/Psychotherapie und Rheumaerkrankungen erhoben worden ist. Aus rechtlicher Sicht nicht entscheidend ist im Weiteren die Frage, ob vorliegend zu Recht - und übereinstimmend mit den früheren Diagnosen des Gutachtens des X.\_\_\_\_\_ Zentrums für Medizin in Betrieb und Arbeit - auf eine somatoforme Schmerzstörung geschlossen wurde, anstelle der von den portugiesischen Ärzten mehrfach erwähnten Fibromyalgie, zumal in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung beide Erkrankungen demselben Formenkomplex psychiatrischer Erkrankungen zugeordnet werden (vgl. beispielsweise Urteil des Bundesgerichts 9C\_539/2007 vom 31. Januar 2008 E. 3). Schliesslich ist festzuhalten, dass die von der

Beschwerdeführerin geäusserte Kritik am Verhalten von Dr. J. \_\_\_\_\_ in der Untersuchung in den Akten keinen Rückhalt findet und die Kritik - trotz Akteneinsichtsgewährung am 3. September 2010 (IV/129) - erst acht Monate später gegenüber dem Privatgutachter erstmals geäussert wurde, weshalb darauf nicht abzustellen ist. Am Rande sei erwähnt, dass auch Dr. K. \_\_\_\_\_ in seinem rheumatologischen Konsilium Züge von Heiterkeit bei der Beschwerdeführerin beschreibt (vgl. IV/113 Ziff. 3.1 "Klinische Befunde").

#### **E. 4.5.4**

Nicht abschliessend beurteilt werden kann, ob die Kritik von Dr. N. \_\_\_\_\_ zutrifft, das MEDAS-Gutachten nenne unzutreffenderweise zwei Suizidversuche (1998 und zirka 2008). Ihm gegenüber habe die Beschwerdeführerin einen einzigen Suizidversuch im Jahre 2009 genannt; hieraus ziehe Dr. J. \_\_\_\_\_ falsche Schlüsse. Einerseits ist dem Bericht des behandelnden Spezialarztes für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. R. \_\_\_\_\_, vom 1. September 2000 (IV/9) zu entnehmen, dass keine psychiatrischen Hospitalisationen und Vorerkrankungen bekannt sind. In seinem weiteren Bericht vom 10. März 2001 wird von latenten Suizidgedanken gesprochen, jedoch kein Suizidversuch erwähnt (IV/11). Im Gutachten des X. \_\_\_\_\_ Zentrums für Medizin in Betrieb und Arbeit vom 20. April 2001 findet sich trotz eingehender Anamnese und Wiedergabe der Angaben der Beschwerdeführerin kein Hinweis auf einen Suizidversuch im Jahre 1998, vielmehr wird in den spezialärztlichen psychiatrischen Untersuchungsbefunden festgehalten, es bestünden keine konkreten Suizidgedanken, -ideen oder -impulse (IV/13 S. 6). Dr. E. \_\_\_\_\_ wiederum datiert in ihren Berichten vom 13. Januar 2004 und 10. November 2005 den Beginn der von ihr diagnostizierten majoren Depression auf das Jahr 2001, also auf einen Zeitpunkt deutlich nach angeblichem Suizidversuch im Jahre 1998 (IV/39, 47). Andererseits hat die Beschwerdeführerin zwei kontextuell unterschiedliche Suizidversuche gegenüber zwei verschiedenen MEDAS-Gutachtern geschildert, was eher für den Wahrheitsgehalt der Aussage spricht: Bei Dr. L. \_\_\_\_\_ erklärte sie, der Suizidversuch 1998 sei Folge der zunehmenden Gemütsverdunkelung seit 1990 gewesen; Dr. R. \_\_\_\_\_ habe ihr danach geholfen (IV/117 S. 14). Aufgrund des Hinweises auf Dr. R. \_\_\_\_\_ müsste dieser Suizidversuch demnach vor der Ausreise nach Portugal erfolgt sein. Dr. J. \_\_\_\_\_ gegenüber führte sie aus, sie habe den Suizidversuch zirka zwei Jahre vor der Begutachtung (2008) als Folge der Aussage ihres Ehemannes, er liebe sie nicht mehr, weil sie einer Freundin Geld geliehen habe, unternommen (IV/114 S. 2). Hinzu kommt, dass die ab Mitte 2008 ausgestellten Arztberichte diesen später datierten Suizidversuch auch nicht erwähnen (Bericht von Dr. Ga. \_\_\_\_\_ vom 24. Juni 2008 [IV/99], Bericht von Dr. Ha. \_\_\_\_\_ vom 30. Juni 2008 [IV/98], Bericht von Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 21. September 2010 [IV/134], Bericht von Dr. M. \_\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2010 [IV/133] und auch keine stationäre Behandlung als mögliche Folge der Suizidhandlung im Jahre 2008 (bzw. Juni 2009 gemäss Beschwerde [B-act. 1 S. 5]) aktenkundig ist.

#### **E. 4.6**

Es erweist sich damit, dass die Kritik des Privatgutachters Dr. N. \_\_\_\_\_ am Gutachten der MEDAS S. \_\_\_\_\_ einer eingehenderen Prüfung anhand der medizinischen Aktenlage nicht standhält, weshalb für die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und die Frage nach ihrer Restarbeitsfähigkeit vollumfänglich auf die Einschätzung im MEDAS-Gutachten abzustellen ist (s. unten E. 5.1).

#### **E. 4.7**

Zu ergänzen bleibt, dass sowohl Dr. L. \_\_\_\_\_ in der Befunderhebung der MEDAS-Begutachtung (IV/117, Ziff. 2.1 "Allgemeinstatus" und Ziff. 3 "Zusammenfassende Beurteilung") als auch Dr. K. \_\_\_\_\_ in seinem rheumatologischen Teilgutachten (IV/113, Ziff. 3.1 "Klinische Befunde", "Wirbelsäule" und "Gelenkstatus") mehrfach und aus Sicht des Gerichts nachvollziehbar auf Inkonsistenzen in der Befunderhebung, auf Verdeutlichungstendenzen und Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin in der Untersuchung hingedeutet haben. Den nachfolgenden Eingaben der Beschwerdeführerin und dem Privatgutachten von Dr. N. \_\_\_\_\_ fehlt notabene jegliche Auseinandersetzung mit diesen Feststellungen.

#### **E. 5.1**

In Bestätigung der von den MEDAS-Gutachtern gestellten Diagnosen (vgl. E. 4.4.3), des Fehlens einer komorbiden psychiatrischen Erkrankung und der damit rechtsprechungsgemäss gegebenen Zumutbarkeit, dass die Beschwerdeführerin ihre Schmerzen bei Wiederaufnahme einer Tätigkeit überwindet, und in Übereinstimmung mit der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit durch die Gutachter ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin ab Zeitpunkt der Begutachtung in der MEDAS S. \_\_\_\_\_ (Schlussbesprechung vom 11. Juni 2010) zu 70% arbeitsfähig in ihrer bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Elektronik-Branche (rein sitzende Tätigkeit) und zu 80% in einer angepassten Verweistätigkeit ist (IV/117 S. 20 f.). Unbeachtlich sind im Übrigen die replikweise eingereichten Berichte des Privatspitals O. \_\_\_\_\_ vom 14. März 2012 und die Knochen-Szintigraphie vom 16. März 2012, wonach die Beschwerdeführerin eine schwergradige Osteoporose aufweise (B-act. 13). Das Bundesverwaltungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses (13. Dezember 2011) gegeben war; Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b mit Hinweis). Insofern haben diese Berichte im vorliegenden Verfahren unberücksichtigt zu bleiben.

#### **E. 5.2**

Die Vorinstanz hat keinen neuen Einkommensvergleich vorgenommen und - ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit zu 70% in der bisherigen Tätigkeit (IV/127) - direkt und entgegen dem Hinweis, vorliegend sei der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu ermitteln (IV/121), geschlossen, es liege kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad von mindestens 40% vor (IV/127, 157, 158), weshalb kein Anspruch mehr auf eine Rente der Invalidenversicherung bestehe. Dieses Vorgehen ist in Anbetracht der von den Gutachtern als zumutbar erachteten Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit aus der Sicht der Praxis des Bundesgerichts (BGE 114 V 310 E. 3a; Urteil 9C\_310/2009 vom 14. April 2010 E. 3.2) nicht zu beanstanden.

#### **E. 5.3**

Da die Beschwerdeführerin ihre bisherige und langjährig verrichtete Tätigkeit wieder ausüben kann und die Gutachter den Wiedereinstieg in die bisherige Tätigkeit nicht unter den ausdrücklichen Vorbehalt der Durchführung befähigender Massnahmen gestellt haben (vgl. IV/117 S. 20 f.), ist ihr - trotz fortgeschrittenen Alters (im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung war die Beschwerdeführerin 59 Jahre alt) - die Selbsteingliederung zuzumuten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_163/2009 vom 10.

September 2010 E. 4.2). Die Vorinstanz hat damit in der angefochtenen Verfügung zu Recht die Aufhebung der bisher geleisteten halben Rente per 1. Februar 2012 angeordnet.

#### **E. 5.4**

Damit ist in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. E. 3.2) auch der Eventualantrag auf Vornahme einer Oberbegutachtung (Beschwerde) bzw. auf Neuurteilung und Einbezug von anderen Fachärzten (Replik) abzuweisen, zumal das MEDAS-Gutachten die Anordnungen im Rückweisungsurteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 2. Juli 2009 umsetzt, die Aktenlage sich als vollständig erweist und die umfangreichen medizinischen Akten eine abschliessende Beurteilung zulassen.

#### **E. 6.1**

Die unterliegende Beschwerdeführer hat gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten zu tragen. Diese werden auf Fr. 400.- festgesetzt und mit dem am 13. März 2012 einbezahlten Kostenvorschuss in gleicher Höhe (B-act. 5) verrechnet.

#### **E. 6.2**

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario). Die Vorinstanz hat gemäss Art. 7 Abs. 3 VGKE keinen Anspruch auf Parteientschädigung.

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