

BVGer C-6467/2014 vom 2. November 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-11-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6467_2014

FR: TAF C-6467/2014 du 2 novembre 2017

IT: TAF C-6467/2014 del 2 novembre 2017

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde 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 10. Oktober 2014, mit welcher die Vorinstanz die seit 1. Juni 2002 ausgerichtete halbe Invalidenrente der Beschwerdeführerin auf der Grundlage von Bst. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket [AS 2011 5659]; im Folgenden: SchlBest. IVG) aufgehoben hat. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine (halbe) Invalidenrente hat.

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin ist portugiesische Staatsangehörige mit Wohnsitz in Portugal, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Freizügigkeitsabkommen (FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Anhang II des FZA betreffend die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit wurde per 1. April 2012 geändert (vgl. zum Ganzen Urteil des BVGer C-6546/2010 vom 13. November 2013 E. 2.3).

E. 3.1.1

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (geändert durch die Verordnung [EG] Nr. 988/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009, SR 0.831.109.268.1) haben die Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei ist im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

E. 3.1.2

Gemäss Art. 8 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 tritt diese Verordnung im Rahmen ihres Geltungsbereichs an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten geltenden Abkommen über soziale Sicherheit. Einzelne Bestimmungen von Abkommen über soziale Sicherheit, die von den Mitgliedstaaten vor dem Beginn der Anwendung dieser Verordnung geschlossen wurden, gelten jedoch fort, sofern sie für die Berechtigten günstiger sind oder sich aus besonderen historischen Umständen ergeben und ihre Geltung zeitlich begrenzt ist. Um weiterhin Anwendung zu finden, müssen diese Bestimmungen in Anhang II aufgeführt sein. Ist es aus objektiven Gründen nicht möglich, einige dieser Bestimmungen auf alle Personen auszudehnen, für die diese Verordnung gilt, so ist dies anzugeben.

E. 3.1.3

Gemäss Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, sofern die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Portugal und der Schweiz nicht der Fall.

E. 3.1.4

Vorliegend beurteilt sich demnach die Frage, ob Anspruch auf IV-Rentenleistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, allein aufgrund der innerstaatlichen schweizerischen Rechtsvorschriften. Die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe richten sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4). Ferner besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1989 S. 320 E. 2).

E. 3.2

Nach ständiger Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Entscheides (hier: 10. Oktober 2014) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.3

Weiter sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 329), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 10. Oktober 2014 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (vgl. BGE 130 V 445).

E. 3.3.1

Damit sind vorliegend für das IVG folgende Fassungen beachtlich: ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 (AS 2003 3837; 4. IV-Revision), ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 (AS 2007 5129; 5. IV-Revision) sowie ab dem 1. Januar 2012 in der Fassung vom 18. März 2011 (AS 2011 5659; 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket). Ebenso ist die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in den entsprechenden Fassungen zu beachten.

E. 3.3.2

Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) sowie der Revision der Invalidenrente und anderer Dauerleistungen (Art. 17) entsprechen den von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der 5. und 6. IV-Revision nichts geändert, weshalb im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

E. 3.4

Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs von Ermessen), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

E. 3.5

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. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212; vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, BGE 127 II 264 E. 1b).

E. 3.6

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht darf eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten

Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3; SVR 2011 UV Nr. 11 S. 39, 8C_693/2010 E. 10; vgl. auch Urteil des BGer 9C_732/2015 vom 29. März 2016 E. 3.1.2).

E. 3.7

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. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4.1

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

E. 4.2

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

E. 4.3

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 28 Abs. 2 IVG (in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden 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. Nach Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut Rechtsprechung eine besondere

Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie - wie vorliegend - in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (vgl. 130 V 253 Regeste und E. 2.3).

E. 4.4

Nach Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung wurde höchstrichterlich als verfassungs- und EMRK-konform beurteilt (BGE 139 V 547). Sie findet laut Bst. a Abs. 4 SchlBest. IVG keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen. Bst. a Abs. 3 SchlBest. IVG sieht vor, dass bei Durchführung von Massnahmen nach Art. 8a IVG die Rente bis zum Abschluss dieser Massnahmen weiter ausgerichtet wird, längstens aber während zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung.

E. 4.5

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, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4, BGE 125 V 256 E. 4).

E. 4.6

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

E. 4.7

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4). Solche Indizien können sich aus dem Gutachten selber ergeben (z.B. innere Widersprüche, mangelnde Nachvollziehbarkeit) oder auch aus Unvereinbarkeiten mit anderen ärztlichen Stellungnahmen (Urteil des BGer 9C_49/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 4.1).

E. 5

Zu prüfen ist zunächst, ob sich die Vorinstanz bei der Rentenaufhebung zu Recht auf Bst. a SchlBest. IVG gestützt hat. In dieser Hinsicht ist zu klären, ob eine der in Bst. a Abs. 4 SchlBest. IVG genannten Ausnahmesituationen gegeben ist und ob die ursprüngliche Zusprechung der Invalidenrente auf einer von Bst. a SchlBest. IVG erfassten gesundheitlichen Beeinträchtigung erfolgte.

E. 5.1

Die Beschwerdeführerin bezieht seit dem 1. Juni 2002 eine Invalidenrente (vgl. Einspracheentscheid vom 19. Juli 2007, Dok. 58-60 und Dok. 65 S. 1-4). Im Zeitpunkt der Einleitung der Überprüfung lag noch kein über 15-jähriger Rentenbezug vor (vgl. dazu BGE 139 V 442 E. 4 und 5.1 und Urteil des BGer 8C_576/2014 vom 20. November 2014 E. 4). Bei Inkrafttreten der Änderung am 1. Januar 2012 war die Beschwerdeführerin zudem noch nicht 55 Jahre alt, weshalb keiner der Ausschlussgründe nach Bst. a Abs. 4 SchlBest. IVG gegeben ist. Da die Überprüfung der Rente innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Änderungen erfolgte, ist Bst. a SchlBest. IVG in formeller Hinsicht anwendbar.

E. 5.2

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

E. 5.3

Der Beschwerdeführerin wurde mit Verfügungen vom 5. Juli 2004 rückwirkend ab dem 1. November 2001 ein halbe IV-Rente zugesprochen, wobei die Zusprache auf der Annahme einer Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 100 % in der bisherigen Tätigkeit als Serviceangestellte sowie von 50 % in einer leichten leidensangepassten Tätigkeit beruhte (vgl. Dok. 9 S. 3 f. und S. 11 bzw. Dok. 28). Das aufgrund der Einsprache der Pensionskasse vom 13. Juli 2004 durchgeführte Einspracheverfahren änderte nichts an dieser Annahme, da die Einsprache den Beginn des Wartejahres zum Inhalt hatte und diese dahingehend gutgeheissen wurde, als der Beschwerdeführerin eine halbe IV-Rente erst ab dem 1. Juni 2002 (statt 1. November 2001) zugesprochen wurde (vgl. Dok. 19, Dok. 27 S.

7, Dok. 29 S. 1 f., Dok. 58-60 und Dok. 65 S. 1-8). Den vorinstanzlichen Akten kann entnommen werden, dass der damals zuständigen IV-Stelle Y._____ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein beim damaligen Hausarzt Dr. med. G._____ eingeholter Arztbericht vom 25. Januar 2004 und die zusammen mit diesem Bericht eingereichten medizinischen Dokumente aus dem Zeitraum vom 8. November 1995 bis zum 19. Januar 2004 (Dok. 26) als Entscheidungsbasis dienten. Diese Berichte enthielten folgende ärztliche Beurteilungen:

E. 5.3.1

Dr. med. H._____, Facharzt für Rheumatologie, erwähnt in seinem Befundbericht vom 8. November 1995 eine 5 mm grosse mediane Protrusion der Bandscheibe L4/L5 ohne Eindellung vom Duralsack, eine kleine mediane Protrusion L5/S1 mit Verkalkung des Ligamentum longitudinale posterius, ohne Berührung des Duralsacks oder der Nervenwurzel, eine normale Bandscheibe L3/L4 sowie ein Überlastungszeichen im Bereich des Iliosakralgelenks mit Vakuumphänomen im Gelenkspalt beidseits. Eine Arthrose oder Arthritis schloss er hingegen aus (vgl. Dok. 26 S. 11).

E. 5.3.2

Dr. med. I._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie spez. Rheumatologie, stellte am 12. März 1997 ein chronisches thorakovertebrales Syndrom fest, als dessen Ursache sie eine Fehlhaltung der Wirbelsäule mit Torsionskoliose, verstärkter Brustkyphose und verstärkter Lendenlordose erachtete. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei hingegen gut gewesen. Im Weiteren stellte sie multiple Myogelosen im Bereich des thorakolumbalen Übergangs und Muskelverspannungen, Tendoperiostosen über den Dornfortsatz L3 und L4 sowie Irritationszonen über den Angulus costae 8-9 rechts fest. Hinter eine am 4. März 1997 bei einer sonographischen Knochendichtebestimmung gestellten Verdachtsdiagnose einer Osteoporose setzte sie mehrere Fragezeichen, da diese Untersuchungsmethode als nicht zuverlässig gelte. Wegen des Kribbelns in den Fingern II-IV hatte sie einen Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom, weshalb sie bei Ausbleiben einer Besserung der Beschwerden die Durchführung eines EMG empfohlen hat (vgl. Dok. 26 S. 9 f.).

E. 5.3.3

Am 6. Oktober 1999 stellte Dr. med. I._____ als Diagnosen ein Lumbovertebralsyndrom bei Status nach Diskusprotrusion L4/5 und Fehlhaltung der Wirbelsäule. Bei der Untersuchung fand sie diesmal eine Einschränkung der LWS-Beweglichkeit vor allem in Flexion, in Seitneigung und Rotation nach beiden Seiten. Nach wie vor seien mässige lumbale Muskelverspannungen feststellbar gewesen; ein Lasègue sei negativ gewesen. Neurologische Seitendifferenzen habe sie nicht gefunden (vgl. Dok. 26 S. 8).

E. 5.3.4

Mit Bericht vom 14. Juni 2002 teilte Dr. med. J._____ vom medizinisch radiologischen Institut der Privatklinik V._____ dem Hausarzt der Beschwerdeführerin mit, es bestünden eine Diskushernie TH12/L1 nach medio-lateral rechts, eine Diskushernie L1/L2 nach medio-lateral rechts sowie eine Protrusion von L4 nach medial mit leichter Duralsackeindellung. Eine foraminelle oder Spinalkanalstenose lägen hingegen nicht vor (vgl. Dok. 26 S. 7).

E. 5.3.5

Dr. med. K. _____, Facharzt für Rheumatologie und Rehabilitation, teilte dem behandelnden Arzt am 5. Dezember 2003 mit, die Beschwerdeführerin zeige ein Bild einer generalisierten Schmerzentwicklung, primär ausgelöst durch eine lumbale Problematik bei mehreren Diskushernien, für die sich heute keine Hinweise mehr fänden. Im Sinne einer Somatisierung hätten sich die Schmerzen verselbständigt. Differenzialdiagnostisch stellte er eine Fibromyalgie fest. Dazugekommen sei eine psychophysische Erschöpfung. Aufgrund seiner Feststellungen erachtete er die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsfähig für körperlich leichtere Tätigkeiten (vgl. Dok. 26 S. 5 f.).

E. 5.3.6

Am 19. Januar 2004 berichtete Dr. med. L. _____, Facharzt für Radiologie, von der Privatklinik V. _____, dass ungünstige Belastungsverhältnisse der Halswirbelsäule ohne signifikante degenerative Veränderungen bestünden. Im Übrigen bestehe ein unauffälliger HWS-Befund. Im Weiteren bestünden etwas ungünstige Belastungsverhältnisse bei betonter Kyphose sowie eine leichte Osteochondrose und Spondylose der unteren BWS. Zudem stellte er eine Verdickung der Bronchialwandstrukturen fest, welche vereinbar mit einer Bronchitis sei. Pneumonische infiltrative Veränderungen lägen radiologisch nicht vor. Herz- und Lungenbefund seien unauffällig (vgl. Dok. 26 S. 12).

E. 5.3.7

Dr. med. G. _____ fasste schliesslich die soeben wiedergegebenen ärztlichen Beurteilungen in seinem zuhanden der IV-Stelle Y. _____ erstellten Arztbericht vom 25. Januar 2004 zusammen und teilte ihr mit, dass die Beschwerdeführerin seit 1995 unter Rückenschmerzen leide und deswegen verschiedentlich über einige Wochen arbeitsunfähig gewesen sei. Auch habe sie immer wieder Physiotherapie benötigt. Als Diagnosen erwähnte er eine Schmerzkrankheit, wobei ein Verdacht auf ein Fibromyalgiesyndrom bestehe, sowie einen Status nach lumbalen Diskushernien, und attestierte der Beschwerdeführerin für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und für behinderungsangepasste Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (vgl. Dok. 26 S. 1-4).

E. 5.4

Im Lichte des soeben Dargelegten standen zwar zu Beginn lumbale Beschwerden mit mehreren Diskushernien im Vordergrund. Für diese konnte der Rheumatologe Dr. med. K. _____ jedoch im Rahmen seiner Untersuchung vom 3. Dezember 2003 keine Hinweise mehr finden (vgl. Dok. 26 S. 5 f.). Im Rahmen der am 16. Januar 2004 erfolgten radiologischen Untersuchung wurden lediglich die bereits bekannte Fehlhaltung der Wirbelsäule sowie eine leichte Osteochondrose und Spondylose der mittleren und unteren Brustwirbelsäule beschrieben. Ansonsten wurden keinerlei pathologische Befunde erhoben (vgl. Dok. 26 S. 12). Auch der damalige Hausarzt Dr. med. G. _____ führte in seinem zuhanden der IV-Stelle Y. _____ erstellten Bericht vom 25. Januar 2004 aus, dass man für die Beschwerden der Beschwerdeführerin keine klaren Ursachen erkenne (vgl. Dok. 26 S. 2). Demzufolge resultierte die bei der erstmaligen Rentenzusprache (Beschluss vom 8. November 2005 [Dok. 19]; Einspracheentscheid vom 19. Juli 2007 [Dok. 58-60 sowie Dok. 65 S. 1-4]) festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 100 % im angestammten bzw. von 50 % in einer leidensangepassten Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hauptsächlich aus der diagnostizierten Schmerzkrankheit bzw. aus der differenzialdiagnostisch gestellten Diagnose der Fibromyalgie, die als unklare Beschwerdebilder im Sinne von Bst. a SchlBst.

IVG gelten (vgl. BGE 139 V 547 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 5.5

Auch aus der revisionsweisen, gestützt auf die Stellungnahmen des IV-internen medizinischen Dienstes vom 23. Januar 2008 sowie vom 19. Februar 2008 (Dok. 100 und Dok. 102) erfolgte Bestätigung des Rentenanspruchs bei unverändertem Invaliditätsgrad (Mitteilung vom 29. Februar 2008; Dok. 103) ergibt sich nichts anderes. Dr. med. M._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, nahm zu den über den portugiesischen Sozialversicherungsträger eingeholten ärztlichen Berichten Stellung und führte insbesondere in ihrer zweiten Stellungnahme vom 19. Februar 2008 aus, dass angesichts der Dokumente der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ziemlich ähnlich zu demjenigen sei, der bei der Rentenzusprache massgebend gewesen sei. Die Beschwerden und die klinischen Schilderungen seien absolut unverändert. Jedenfalls werde der Zustand als stationär erachtet und es falle schwer, in den Dokumenten Anzeichen einer signifikanten Verbesserung festzustellen (vgl. Dok. 100-102). Dasselbe gilt auch hinsichtlich der zweiten revisionsweisen Bestätigung (Mitteilung vom 21. Juni 2011; Dok. 127). Auch Dr. med. N._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, bestätigte in ihrer Stellungnahme vom 2. Juni 2011 einen unveränderten Gesundheitszustand (vgl. Dok. 126).

E. 5.6

Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass eine Rentenrevision unter dem Rechtstitel der Bst. a Abs. 1 SchlBst. IVG zulässig ist, wobei der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig, das heisst mit Bezug auf jedes Sachverhaltssegment zu prüfen ist (Urteile des BGer 9C_813/2008 vom 8. April 2009 E. 4.1 und 9C_206/2010 vom 8. Oktober 2010 E. 3.1 je mit Hinweisen). Dabei ist die Beschwerdeführerin insbesondere darauf hinzuweisen, dass das Bundesgericht diese Bestimmung als verfassungs- und EMRK-konform beurteilt hat (BGE 139 V 547). Demnach erweist sich ihr Vorbringen, wonach die gestützt auf diese Bestimmung erfolgte Rentenaufhebung elementare Rechte verletze, als unbehelflich. Zulässig ist dabei auch eine Neubeurteilung eines im Wesentlichen nicht verbesserten Gesundheitszustandes.

E. 6

Im Rahmen der rentenaufhebenden Verfügung vom 10. Oktober 2014 unter dem Titel von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG stützte sich die Vorinstanz insbesondere auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS W._____, vom 16. Januar 2014 (Dok. 165), welches von den Ärzten Dres. med. O._____, Facharzt für Innere Medizin sowie Rheumatologie, und Q._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, unter der Leitung des Chefarztes Prof. Dr. med. R._____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, erstellt wurde. Diese Expertise sowie weitere medizinische Dokumente sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

E. 6.1

Im auf allgemein-medizinischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen beruhenden Gutachten der MEDAS W._____, vom 16. Januar 2014 (Dok. 165) wurden keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (vgl. Dok. 165 S. 16 und S. 18 f.): - Chronische Anpassungsstörung (DSM IV-DR. 309.9) - Leichte depressive Störung

ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.0) - Fibromyalgiesyndrom rechtsbetont mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden - Degenerative altersentsprechende Bandscheibenveränderungen der unteren Hals- und Lendenwirbelsäule, lumbal seit 1995 bekannt, keine radikulären Ausfälle oder Operationen in der Vorgeschichte - Lumbale Osteoporose bei früher Menopause und Inaktivität

E. 6.1.1

Im psychiatrischen Teilgutachten berichtet der Psychiater Dr. med. Q. _____, dass es sich bei der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der anamnestischen Angaben, der Daten aus den Akten und gemäss dem aktuellen klinischen Befund wie auch des Ergebnisses der polydisziplinären Besprechung vom 21. November 2013 um eine chronische Anpassungsstörung an die chronischen Rückenbeschwerden wie auch derzeit um eine leichte depressive Störung handle. Die chronischen Rückenschmerzen und weitere somatische Beschwerden stellten für die Beschwerdeführerin eine anhaltende Belastung dar, wodurch sie sich in ihrer psychischen Befindlichkeit beeinträchtigt fühle. Sie zeige sich besorgt um ihren Gesundheitszustand, reagiere darauf depressiv verstimmt und schlafe schlecht. Doch sei sie in der Lage die Gepflogenheiten des alltäglichen Lebens zu bewältigen, sowohl in familiärer als auch in sozialer Hinsicht. Es scheine auch ein sekundärer Krankheitsgewinn vorhanden zu sein, indem die Beschwerdeführerin dadurch die Aufmerksamkeit ihrer Umgebung auf sich ziehe und man stets bereit sei, ihr behilflich zu sein. Bei der Beschwerdeführerin sei eine leichte depressive Störung vorhanden, reaktiv auf subjektive Schmerzempfindungen und dementsprechend nicht als eigenständiges Krankheitsbild zu bewerten. Die sogenannten Foerster Kriterien seien bei ihr nicht erfüllt. Eine chronisch körperliche Begleiterkrankung, die die psychische Befindlichkeit der Beschwerdeführerin in erheblichem Ausmass beeinträchtige, liege nicht vor. Sie nehme am alltäglichen familiären Leben teil, könne ihren Alltag gut strukturieren, besuche Verwandte, auch im Ausland. Es bestehe also keine Zurückgezogenheit. Verfestigte, therapeutisch nicht mehr angehbare innerseelische Verläufe einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) könnten nicht eruiert werden. Sie habe sich bislang keiner psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung unterzogen. Aus psychiatrischer Sicht liege keine psychische Erkrankung von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer vor, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würde. Sowohl auf der psychisch-mentalenen Ebene als auch in ihren psychosozialen Funktionen, einschliesslich Arbeit, sei sie nicht beeinträchtigt. Aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht sei die Willensanstrengung der Beschwerdeführerin zur Überwindbarkeit ihrer Beschwerden zuzumuten. Demnach bestehe bei der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht spätestens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung sowohl in der angestammten als auch für allfällig körperadaptierte Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin begründe die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorwiegend mit somatischen Symptomen.

E. 6.1.2

Im Hauptgutachten hielten die Gutachter aufgrund einer polydisziplinären Besprechung im Weiteren fest, aktuell sei anamnestisch und klinisch weiterhin ein rechtsbetontes Fibromyalgiesyndrom festzustellen. Gemäss ACR-Kriterien von 2010 fänden sich 18 von 19 Punkten beim Widespread Pain Index und beim Symptom Severity Scale-Score 11 Punkte (Schlaf, Muskelschmerz, Muskelschwäche, Benommenheit, Ohrsauen). Eine andere Krankheit oder Störung, die die Beschwerden oder Schmerzen genügend erklären

könnten, liege nicht vor. In der Schweiz sei die Beschwerdeführerin bislang nie untersucht worden. Aktuell werde vom portugiesischen Teilgutachter eine chronische Anpassungsstörung diagnostiziert sowie eine leichte depressive Störung ohne somatisches Syndrom. Ein zur IV-Teilberentung ab Juni 2002 führendes Fibromyalgiesyndrom sei weiterhin festzustellen. Foerster-Kriterien seien keine erfüllt, indem weder eine mitwirkende psychische Komorbidität von erheblicher Schwere und Intensität festgestellt worden sei, noch andere qualifizierte Kriterien wie körperliche Begleiterkrankungen, ausgewiesener sozialer Rückzug, verfestigter innerseelischer Verlauf oder primärer Krankheitsgewinn vorlägen. Wegen der beklagten ungerichteten Schwindel-Beschwerden sei zum Ausschluss von Zeichen einer basiliären Impression oder einer Malformation der hinteren Schädelgrube ein CT kraniozerebral veranlasst worden, das unauffällig gewesen sei. Das Gleiche gelte für ein Röntgen der Halswirbelsäule in zwei Ebenen. Die Beschwerdeführerin neige zur Katastrophierung. Eine extrem hohe Selbstlimitierung komme im PACT-Test zum Ausdruck, indem lediglich 6 von 200 möglichen Punkten bei der Selbsteinschätzung der körperlichen Fähigkeiten angegeben würden. Somatisch und psychiatrisch sei diese Selbsteinschätzung nicht nachvollziehbar.

E. 6.1.3

Zur Begründung ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter schliesslich aus, dass rheumatologisch die Zeichen für ein Fibromyalgiesyndrom weiterhin erfüllt seien. Wie bei diesem syndromalen Beschwerdebild üblich, werde die Leistungsfähigkeit subjektiv als erheblich eingeschränkt empfunden, klinische oder bildgebende objektivierbare Befunde, welche Fähigkeitsstörungen mit Auswirkung auf das mittel- und langfristige berufliche Leistungsvermögen hätten, seien jedoch aktuell nicht feststellbar. Das Leistungsspektrum der Beschwerdeführerin werde auch durch die psychiatrischerseits geschilderten Faktoren nicht relevant eingeschränkt und eine zumutbare Willensanstrengung sei aus psychiatrischer Sicht gegeben. Polydisziplinär ergebe sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die frühere Tätigkeit als Haushilfe in einer (...). Es handle sich um die gleiche Sachlage wie 2005 bei veränderten versicherungsrechtlichen Kriterien. Auch für allfällige adaptierte, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne besondere Stressbelastungen bestünden keine Einschränkungen. Dies gelte spätestens seit dem Gutachtenszeitpunkt.

E. 6.2

Das Gutachten wurde dem IV-internen medizinischen Dienst zur Stellungnahme unterbreitet. Am 24. Januar 2014 nahm Dr. med. C. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zum Gutachten Stellung und führte aus, die Expertisen seien professionell, einwandfrei, sorgfältig und umfassend. Die Schlussfolgerungen seien gut begründet und nachvollziehbar; frühere Stellungnahmen seien diskutiert und die gestellten Fragen beantwortet worden. Dr. med. C. _____ übernahm schliesslich die Diagnosestellung wie auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Gutachter und führte im Weiteren aus, die von den Gutachtern bezeichnete Diagnoseliste könne eine Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf nach heutiger Rechtslage nicht mehr begründen, dies obschon der Gesundheitszustand und die Diagnose einer Fibromyalgie gleichgeblieben seien. Eine klinisch erkennbare Radikulopathie habe nicht gefunden werden können. Aufgrund seiner Feststellungen legte der IV-Arzt kein spezifisches Zumutbarkeitsprofil fest, bezeichnete jedoch folgende Tätigkeiten als zumutbare Verweistätigkeiten: Nicht qualifizierte Hilfsarbeiterin in einem(r) Werk/Fabrik/Produktionsstätte, Verkäuferin allgemein,

Registrieren, Klassieren, Archivieren, Interne Kurierdienste, Bote, Empfang, Telefonvermittlung/Telefonistin, Datenerfassung/Scannage (vgl. Dok. 167).

E. 6.3

Mit Stellungnahme vom 27. Februar 2014 führte Dr. med. S._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom IV-internen medizinischen Dienst, aus, dass der MEDAS-Gutachter Dr. med. Q._____ eine chronische Anpassungsstörung gemäss DSM (309.9), also «unspezifiziert», diagnostiziert habe. Es handle sich um eine Störung, welche laut DSM jahrelang anhalten könne und im spezifischen Fall reaktiv auf die beklagten, aber nicht objektivierbaren Rückenbeschwerden zurückzuführen sei. Daneben bestehe eine leichte depressive Störung ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.0). Die dazu entsprechenden Befunde seien herausgearbeitet worden und nachvollziehbar. Die Foerster-Kriterien würden nicht erfüllt. Bis zur Rückkehr nach Portugal im 2005 sei die Beschwerdeführerin nie in psychiatrischer Behandlung gewesen. In ihrer Heimat habe sie - wie auch schon früher von ihrem Hausarzt - von einem Psychiater Escitalopram verschrieben bekommen, aktuell 15 mg/d (bei - wie gemessen - leicht unterschwelligem Serumwert). Daher sei aus psychiatrischer Sicht laut Schlussbestimmungen 6a keine Arbeitsunfähigkeit vertretbar. Betreffend das Zumutbarkeitsprofil hielt er wechselbelastende Tätigkeiten für sinnvoll. Hinsichtlich der zumutbaren Verweistätigkeiten nannte er zusätzlich zu denjenigen von Dr. med C._____ bereits bezeichneten die Tätigkeit als Kassiererin und als Billet-Verkäuferin (vgl. Dok. 171).

E. 6.4

Einwandweise reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht des portugiesischen Arztes Dr. med. T._____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, vom 10. September 2014 ein (Dok. 215). Dieser führt in seinem Bericht aus, die Beschwerdeführerin berichte, dass sie aktuell unter Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Wirbelschmerzen, bilateralen Hüftschmerzen, bilateralen Knieschmerzen, bilateralen Schulterschmerzen sowie unter Parästhesien der oberen Gliedmassen mit Muskelschwäche leide. Im Rahmen der klinischen Untersuchung weise sie Schmerzen an der gesamten Wirbelsäule auf, die sich beim Bewegen verschlimmern würden. Sie habe beim Bewegen vor allem Schmerzen an der Hüfte, an den Knien und an den Schultern. Er habe seine Beurteilung auf die seinem Bericht beigefügten Berichte abgestützt. Dabei handelt es sich um die folgenden medizinischen Unterlagen:

E. 6.4.1

Röntgenuntersuchung vom 17. Juli 2014, die eine bilaterale Sklerose des Acetabulum festgestellt habe (vgl. auch Dok. 212).

E. 6.4.2

Ein CT der Wirbelsäule vom 17. Oktober 2013, das Diskushernien bei C3-C4, C4-C5 und C6-C7 sowie Diskusprotrusion bei C5-C6 und bei C7/D1 gezeigt habe (vgl. auch Dok. 209 f.).

E. 6.4.3

Ein CT der Wirbelsäule vom 16. Januar 2013, das Diskushernien D12-L1 gezeigt habe (vgl. auch Dok. 207 f.).

E. 6.4.4

Ein CT sakro-cokzygeal vom 16. Januar 2013, das degenerative Veränderungen gezeigt habe (vgl. auch Dok. 207 f.).

E. 6.4.5

Eine Knochenszintigraphie vom 22. Juli 2014, die gemischte (degenerative und entzündliche) Veränderungen gezeigt habe (vgl. auch Dok. 213 f.).

E. 6.4.6

Eine Knochendichtebestimmung, die eine Osteoporose zu Tage gefördert habe.

E. 6.4.7

Ein Ultraschall der Schulter vom 20. Mai 2006 habe eine Tendinosis calcarea gezeigt.

E. 6.4.8

Eine Doppleruntersuchung vom 4. September 2012 habe eine Insuffizienz der linken Vena Saphena gezeigt (vgl. auch Dok. 205 f.).

E. 6.5

Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom IV-internen medizinischen Dienst, hielt in seiner Stellungnahme vom 26. September 2014 fest, dass die eingereichten Befundberichte von bildgebenden radiologischen Untersuchungen (konventionelle Aufnahme des Beckens, Knochenszintigraphie) sowie der Bericht von Dr. med. T._____, vom 10. September 2014 keine neuen medizinischen Elemente aufzeigen würden. Die Symptomatik und die Pathologie seien bekannt und zudem im MEDAS-Gutachten vom 16. Januar 2014 beschrieben, diskutiert und beurteilt worden. Die Schlussfolgerungen entsprächen den heute geltenden gesetzlichen Grundlagen. Eine Abweichung davon wäre nicht begründbar, weshalb an den bisherigen Stellungnahmen im Rahmen der Überprüfung gemäss IV-Revision 6a festzuhalten sei (vgl. Dok. 217).

E. 7

Zu prüfen ist im Folgenden, ob die Vorinstanz insbesondere gestützt auf das MEDAS-Gutachten zu Recht davon ausgeht, dass keine anspruchrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt bzw. ob sich der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt erweist.

E. 7.1

Das von der Vorinstanz im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte polydisziplinäre Gutachten der MEDAS W._____, vom 16. Januar 2014 basiert auf den Vorakten (Dok. 165 S. 2 ff.) und auf für die strittigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen (Dok. 165 S. 10 ff. und S. 14 ff.). Es berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (Dok. 165 S. 6 f., S. 9 f. und S. 12) sowie die Anamnese (Dok. 165 S. 7 f. und S. 12 ff.). Sodann erfolgte eine interdisziplinäre Beurteilung (Dok. 165 S. 18 ff.) und die Beantwortung der gestellten Fragen. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein, und die (vorgenommenen) Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden für die rechtsanwendende Person nachvollziehbar begründet, wobei auch eine Auseinandersetzung mit den abweichenden früheren psychiatrischen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit von Dr. med. U._____, vom 7. September 2007 und Dr. med. Z._____, vom 25. März 2011 stattfindet. Folglich erfüllt das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten, dem sich in medizinischer Hinsicht auch der

IV-ärztliche Dienst anschloss, die praxisgemässen Kriterien (vgl. E. 4.6 hiervor).

E. 7.2

An dieser Einschätzung vermögen auch die einwandweise eingereichten ärztlichen Berichte nichts zu ändern (vgl. Dok. 201-216). Die entsprechenden Berichte der behandelnden Ärzte aus Portugal wurden dem medizinischen Dienst der Vorinstanz vorgelegt, der in seiner Stellungnahme zutreffend festhielt, dass die eingereichten Befundberichte von bildgebenden radiologischen Untersuchungen (konventionelle Aufnahme des Beckens, Knochenszintigraphie) sowie der Bericht von Dr. T. _____ vom 10. September 2014 keine neuen medizinischen Elemente aufzeigen, da sich aus den im Einwandverfahren neu eingereichten Berichten der behandelnden Ärzte aus Portugal keine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung ergeben. Zunächst handelt es sich bei den eingereichten Unterlagen lediglich um Kurzberichte, in denen hauptsächlich die bereits bekannten Beschwerden aufgelistet werden. Ausführungen zu allfälligen funktionellen Einschränkungen finden sich grundsätzlich keine. Weiter sind die aufgeführten somatischen Beschwerden bereits bekannt. Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung bei der MEDAS W. _____ liegen nicht vor, da auch Dr. med. T. _____ in seinem Bericht vom 10. September 2014 nicht nachvollziehbar darlegt, inwiefern sich die beschriebenen, bereits bekannten Beschwerden seit der Begutachtung verschlechtert hätten. Denn er setzt sich in keiner Weise mit den Feststellungen der MEDAS-Gutachter auseinander. Auch fehlt es an einer nachvollziehbaren und rechtgenügenden Begründung seiner Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit. Insgesamt ergeben sich aus den von der Beschwerdeführerin nach der Begutachtung eingereichten ärztlichen Berichten keine Zweifel am MEDAS-Gutachten. Aufgrund der fehlenden Hinweise für eine Veränderung des Gesundheitszustandes spricht auch der Zeitraum von neun Monaten zwischen der Erstattung des Gutachtens und dem Erlass der Verfügung nicht dagegen, auf das MEDAS-Gutachten abzustellen (vgl. Urteil des BGer 8C_1024/2010 vom 3. März 2010 E. 2.1).

E. 7.3

Auch die mit Beschwerde vom 3. November 2014 eingereichten gastroenterologischen Befundberichte vom 1. August 2014 (Dok. 225) und vom 5. September 2014 (Dok. 226) vermögen nichts an der vorinstanzlichen Beurteilung zu ändern. In seiner mit Vernehmlassung vom 9. März 2015 eingereichten Stellungnahme legt Dr. med. C. _____ einlässlich dar, dass die beiden Berichte keine krankhaften Befunde mit Auswirkungen auf das Wohlbefinden oder die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufzeigten. Da die Schleimhaut nicht verändert sei, dürfte die beschriebene leichte Hiatusgleithernie der Speiseröhre als Zufallsbefund asymptomatisch sein. Die im Kolon gefundenen Divertikel und Polypen seien beide gutartige Veränderungen, welche zwar potentiell entzündliche Komplikationen verursachen könnten, dies jedoch bei der Beschwerdeführerin nie beschrieben worden sei. Der Bericht zur Ultraschalluntersuchung der Nieren vom 16. Oktober 2014 (Dok. 227) zeige eine normale Nierenstruktur auf. Die angegebenen kleinen Zysten seien Zufallsbefunde ohne jeglichen Krankheitswert. Im Weiteren weist Dr. med. C. _____ zu Recht darauf hin, dass der Bericht von Dr. med. B. _____ vom 30. Oktober 2014 (Dok. 229) keine objektiv nachgewiesenen Diagnosen und Befunde enthält, sondern lediglich eine Auflistung von einer Vielzahl von Befunden und Diagnosen ohne nachvollziehbare Begründung. Schliesslich führt der IV-Arzt zutreffend aus, dass der

psychiatrische Kurzbericht vom 31. Oktober 2014 (Dok. 230) die bereits bekannte und im MEDAS-Gutachten diskutierte Anpassungsstörung bestätige. Demzufolge lassen die beschwerdeweise eingereichten medizinischen Dokumente keine Zweifel am MEDAS-Gutachten aufkommen (vgl. E. 4.7 hiervor). Dasselbe gilt auch hinsichtlich des replicando geltend gemachten Einwands, wonach die Ausführungen der Gutachter, im Verlauf seien nie Zeichen einer radikulären Symptomatik beschrieben worden, den Feststellungen von Dr. med. E._____ vom 14. März 2011 widersprechen würden. Einerseits stützten sich die MEDAS-Gutachter auf eigene, aktuelle klinische Untersuchungen, im Rahmen welcher sie selber keine radikuläre Symptomatik festgestellt haben (vgl. Dok. 165 S. 19 ff.). Andererseits legt der RAD-Arzt Dr. med. F._____ mit Stellungnahme vom 13. Juli 2017 einlässlich dar, dass Dr. med. E._____ lediglich von lumbalen Schmerzen auf Höhe der Spinalfortsätze und der paravertebralen Muskulatur ohne Angabe von klassischen klinischen radikulären Symptomen wie Sensibilitätsstörungen, Motorikproblemen oder fehlenden Reflexen berichte. Einzig ein ungerichteter Lasègue bei 30° ohne Ausstrahlungsdermatom-Zugehörigkeit werde erwähnt. Im Weiteren führt Dr. med. F._____ nachvollziehbar aus, dass die Aussage, wonach die Beschwerdeführerin eine Radikulärsymptomatik auf zwei lumbalen Niveaus ausweisen soll, sich lediglich auf ein CT-Bild stütze, welches für Wurzelkompressionen ohnehin wenig aussagekräftig sei (vgl. BVGer-act. 25 und Dok. 123). Insofern erweist sich der Bericht von Dr. med. E._____ vom 14. März 2011 als nicht schlüssig, weshalb nicht zu beanstanden ist, wenn die Gutachter festhalten, im Verlauf seien nie Zeichen einer radikulären Symptomatik beschrieben worden. Soweit die Beschwerdeführerin mit Stellungnahme vom 25. September 2017 (BVGer-act. 29) beantragt, die zur Replik vom 6. Juli 2015 gemachten Ausführungen des RAD-Arztes aus dem Recht zu weisen, ist sie darauf hinzuweisen, dass das Bundesverwaltungsgericht im Rahmen seiner Untersuchungspflicht aufgrund von Art. 32 Abs. 2 VwVG gehalten ist, verspätete Parteivorbringen, die ausschlaggebend erscheinen, zu berücksichtigen (vgl. auch Patrick Sutter, in: Christoph Auer/Markus Müller/Benjamin Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], Zürich/St. Gallen 2008, Art. 32 N 8 ff.).

E. 7.4

Im Weiteren ist zu prüfen, ob das MEDAS-Gutachten auch im Lichte der neuen Rechtsprechung BGE 141 V 281 (Indikatorenkatalog) eine schlüssige Beurteilung erlaubt, da entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin unter altem Recht eingeholte Gutachten rechtsprechungsgemäss nicht per se ihren Beweiswert verlieren (vgl. BGE 141 V 281 E. 8 mit Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6).

E. 7.4.1

Die invalidisierende Wirkung von anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen (BGE 130 V 352) und damit vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) beurteilt sich nach der mit BGE 141 V 281 grundlegend überdachten und teilweise geänderten Rechtsprechung, die auch bei Rentenüberprüfungen gestützt auf die SchlBst. IVG zur Anwendung kommt (Urteil des BGer 9C_354/2015 vom 29. Februar 2016 E. 5). Demnach kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit (nach wie vor) nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 mit Hinweis auf BGE 130 V 396). Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer

anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40), setzt somit zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 2.1; Urteil des BGer 9C_822/2014 vom 29. Oktober 2015 E. 4.2). Die Sachverständigen haben die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 mit Hinweisen).

E. 7.4.1.1

Es liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2.1). Verboten solche Ausschlussgründe die Annahme einer versicherten Gesundheitsbeeinträchtigung, so besteht von vorneherein keine Grundlage für eine Invalidenrente (BGE 141 V 281 E. 2.2.2) und die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich.

E. 7.4.1.2

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist sodann nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1; Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Sie erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1).

E. 7.4.2

Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, dessen Stellungnahme aufgrund von Art. 32 Abs. 2 VwVG entgegen dem Antrag der Beschwerdeführerin zu berücksichtigen ist (vgl. E. 7.3 in fine), hält in seiner Beurteilung vom 13. Juli 2017 (BVGer-act. 25) zu Recht fest, dass das

MEDAS-Gutachten vom 16. Januar 2014 im vorliegenden Fall eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubt.

E. 7.4.2.1

Aus dem MEDAS-Gutachten vom 16. Januar 2014 ergibt sich zweifellos, dass kaum relevante Einschränkungen auszumachen sind. Die Gutachter beschrieben, dass die Leistungsfähigkeit - wie bei diesem syndromalen Beschwerdebild üblich - subjektiv als erheblich eingeschränkt empfunden werde, obwohl klinische oder bildgebende objektivierbare Befunde, welche Fähigkeitsstörungen mit Auswirkung auf das mittel- und langfristige berufliche Leistungsvermögen hätten, aktuell nicht feststellbar sind. Ausser dem rechtsbetonten Fibromyalgiesyndrom sei keine andere Krankheit oder Störung festzustellen, die die Beschwerden oder Schmerzen genügend erklären können. Dr. F._____ bemerkt im Weiteren zu Recht, dass keine wesentlichen und invalidisierenden psychischen Symptome bestünden, da im MEDAS-Gutachten vom 16. Januar 2014 lediglich eine leichtgradige depressive Störung und eine Anpassungsstörung diagnostiziert worden seien (vgl. auch Dok. 165 S. 16), die per se als leicht einzustufen und mit einer beruflichen Tätigkeit kompatibel seien (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.3, Urteile des BGer 8C_71/2017 vom 20. April 2017 E. 8.2.2; 9C_409/2010 vom 22. November 2010 E. 4.3 mit Hinweisen). Das Leistungsspektrum der Beschwerdeführerin werde auch durch die psychiatrischerseits geschilderten Faktoren nicht relevant eingeschränkt und eine zumutbare Willensanstrengung ist gemäss der schlüssigen und überzeugenden psychiatrischen Expertise gegeben. Eine chronische Begleiterkrankung, die die psychische Befindlichkeit der Versicherten in erheblichem Ausmass beeinträchtigen würde, liegt nicht vor.

E. 7.4.2.2

Dr. F._____ legt auch nachvollziehbar dar, dass die Beschwerdeführerin einen sekundären Krankheitsgewinn erlebe und so die für sie positiven Errungenschaften aus der Krankheit unterhalte. Sie kann ohne weiteres den Zwei-Personenhaushalt erledigen, unterhalte regen sozialen Kontakt mit Bekannten und vor allem mit den zahlreichen Nichten und Neffen (vgl. Dok. 165 S. 7), besuche gerne und regelmässig ihre Schwester in der Schweiz und kümmere sich auch selbständig um ihre Gesundheit (selbständiges Organisieren und Dislozieren zu Thermalkuren). Das heisst, die Beschwerdeführerin nimmt am alltäglichen familiären Leben teil, kann ihren Alltag gut strukturieren, besucht Verwandte, so dass keine Zurückgezogenheit besteht (vgl. auch psychiatrische Anamnese, Dok. 165 S. 12 f.). Verfestigte, therapeutisch nicht mehr angehbare innerseelische Verläufe einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) hat der Psychiater nicht eruieren können (vgl. Dok. 165 S. 15 Ziff. 5.4.3).

E. 7.4.2.3

Auch ist Dr. F._____ darin zuzustimmen, dass sich die Beschwerdeführerin nur spärlich psychiatrisch behandeln lasse, gab doch die Beschwerdeführerin gegenüber den Gutachtern an, nach Bedarf oder alle paar Wochen ins örtliche Gesundheitszentrum der staatlichen Sozialversicherung zu gehen. Zudem habe sie in Portugal lediglich eine einmalige Konsultation eines Psychiaters in Anspruch genommen (vgl. Dok. 165 S. 7 f. Ziff. 3.2). Eine konsequente psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung hat bisher nicht stattgefunden. Diese mache jedoch nur Sinn, wenn die Beschwerdeführerin dazu motiviert sei und im therapeutischen Prozess aktiv mitwirke, um die empfundenen Schmerzen

adäquat zu verarbeiten. Im Weiteren führt Dr. F. _____ nachvollziehbar aus, dass die Angabe der Einnahme von Antidepressiva nicht stimmen könne, da das angegebene Antidepressivum im Blutspiegel unter der Nachweisgrenze liege.

E. 7.4.2.4

Weiter fällt auf, dass die Beschwerdeführerin ihre Schmerzen, die permanent vorhanden seien, auf einer zehnstufigen visuellen Analogskala (VAS) im Rahmen der Untersuchung mit 5 angegeben hat, diese jedoch auch mehrmals im Jahr bei unerträglichen 10 seien, was dem grössten vorstellbaren Schmerz entspricht. Auch bringt sie mit lediglich 6 von 200 möglichen Punkten im PACT-Test betreffend die Selbsteinschätzung der körperlichen Fähigkeit eine sehr hohe Selbstlimitierung zum Ausdruck. Zudem war die Beschwerdeführerin teilweise im Betonen der Schmerzen energisch. Gemäss den Gutachtern sei die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin somatisch und psychiatrisch nicht nachvollziehbar.

E. 7.4.2.5

Eine massgebliche Komorbidität ist nicht ausgewiesen. Körperlich bestehen wie erwähnt keine Gesundheitsschädigungen mit einem wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Auch im psychiatrischen Gutachten wird ein unauffälliger psychischer Gesundheitszustand beschrieben und lediglich eine chronische Anpassungsstörung sowie eine leichte depressive Störung ohne somatisches Syndrom, die reaktiv auf die subjektive Schmerzempfindung und dementsprechend nicht als eigenständiges Krankheitsbild zu bewerten ist, als psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Damit fehlt eine psychische oder somatische Komorbidität, namentlich sind die Beschwerden der Wirbelsäule nach dem hiavor Gesagten nicht invalidisierend (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3).

E. 7.4.2.6

Schliesslich ist ausgewiesen, dass die Beschwerdeführerin sozial gut eingebettet ist (vgl. auch E. 7.4.2.2 hiavor) und ihr Lebenskontext - namentlich die Unterstützung durch die Familienangehörigen - durchaus auf das Vorhandensein von (mobilisierbaren) Ressourcen im Hinblick auf die Ausübung einer Erwerbstätigkeit schliessen lässt. Des Weiteren bestehen keine Hinweise auf die im Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2) zu prüfenden Merkmale, welche im Rahmen der umfassenden Ressourcenprüfung ins Gewicht fallen könnten. Der psychiatrische Gutachter hat keine Persönlichkeitsfehlentwicklungen beschrieben. Zusammenfassend fehlt es unter Berücksichtigung der nicht schwer ausgeprägten Schmerzstörung, fehlender Komorbiditäten und eher günstiger persönlicher Ressourcen an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden. Eine Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4) erübrigt sich vor diesem Hintergrund (vgl. Urteil 9C_514/2015 vom 14. Januar 2016 E. 4). Weitere Abklärungen sind nicht angezeigt, da aus solchen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (zur antizipierten Beweiswürdigung vgl. Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz. 450; Alfred Kölz/Isabelle Häner/Martin Bertschi, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Aufl., Zürich 2013, Rz. 153 und 537; Fritz Gygi, a.a.O., S. 274; vgl. auch BGE 122 II 464 E. 4a; BGE 122 III 219 E. 3c; BGE 120 1b 224 E. 2b; BGE 119 V 335 E. 3c mit Hinweisen).

E. 7.4.2.7

Demnach hält Dr. F. _____ abschliessend zu Recht fest, aus der vorliegenden Expertise und unter Beleuchtung der verlangten Indikatoren könne ohne weiteres die Gesamtschau

gemacht werden, dass die Beschwerdeführerin grundsätzlich unter den angegebenen Beschwerden nicht wesentlich leidet und somit sowohl das Potenzial für eine Wiedereingliederung als auch eine volle angepasste Arbeitsfähigkeit vorhanden sei. Soweit die Beschwerdeführerin mit Stellungnahme vom 25. September 2017 vorbringt, aus den im MEDAS-Gutachten geschilderten Tagesablauf und Haushaltsanamnese ergebe sich eine erhebliche quantitative sowie qualitative Einschränkung der Haushaltsführungstätigkeit, handelt es sich dabei um ihre eigenen subjektiven Schilderungen (vgl. Dok. 165 S. 7 Ziff. 3.1.3 und 3.1.4). Wie soeben aufgezeigt, konnten diese im Rahmen der - auch den mit BGE 141 V 281 etablierten rechtlichen Anforderungen genügenden - Begutachtung nicht objektiviert werden.

E. 7.4.3

Mit Blick auf das soeben Dargelegte ist der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 100 % sowohl im angestammten Beruf als auch in Verweisungstätigkeiten auszugehen ist.

E. 8.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs, das heisst mittels eines Vergleichs von Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage im Jahr 2014 (Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung), zu bestimmen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen; BGE 129 V 222. E. 4).

E. 8.2

Die Vorinstanz hat vorliegend keinen Einkommensvergleich vorgenommen. Da die Beschwerdeführerin gemäss dem beweiskräftigen polydisziplinären MEDAS-Gutachten sowohl in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Haushaltshilfe als auch in (anderen) leidensadaptierten Verweisungstätigkeiten eine volle Arbeits- resp. Erwerbsfähigkeit aufweist, ist dies nicht zu beanstanden, ergibt sich doch bereits aus dem Prozentvergleich, dass sie keine rentenberechtigende Invalidität aufweist. Insofern erübrigt sich die Durchführung eines (bezahlten) Einkommensvergleichs (zur Zulässigkeit des Prozentvergleichs vgl. Urteil des BGer 9C_785/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 9.1

Nicht zu beanstanden und unbestritten ist schliesslich die Annahme der Vorinstanz, dass die Beschwerdeführerin die attestierte vollständige Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung verwerten kann. Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar. Nach ebenfalls ständiger Rechtsprechung können indes nach langjährigem Rentenbezug ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der sofortigen Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (SVR 2011 IV Nr. 30 S. 86, 9C_163/2009 und seitherige Praxis, z.B. 9C_178/2014 vom 29. Juli 2014). Diese Rechtsprechung ist allerdings auf Fälle beschränkt worden, in denen die (revisions- oder wiedererwägungsweise) Rentenaufhebung

eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahre bezogen hat (SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220, 9C_228/2010 E. 3). Die Beschwerdeführerin kann sich vorliegend nicht auf diese Rechtsprechung berufen, da sie im Zeitpunkt der Rentenaufhebung (Verfügung vom 10. Oktober 2014) knapp 51-jährig war und ihre Rente noch nicht 15 Jahre lang bezogen hatte. Denn der massgebliche Rentenaufhebungsgrund ist nach dem Gesagten die Schlussbestimmung zur IV-Revision 6a, welche bezüglich der Dauer des Rentenbezugs auf die Einleitung des Verfahrens abstellt (vgl. Urteile des BGer 9C_623/2014 vom 18. Februar 2015 E. 5 und 8C_90/2015 vom 23. Juli 2015 E. 4).

E. 9.2

Die Frage nach einem allfälligen Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG (Bst. a Abs. 2 und 3 SchlBst. IVG) wurde weder von der Vorinstanz noch von der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin thematisiert. Betreffend den Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG (Bst. a Abs. 2 und 3 SchlBst. IVG) ergibt sich vorliegend, dass die Selbsteingliederung resp. die Verwertung des vorhandenen Leistungspotentials unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten ohne vorgängige Durchführung befähigender beruflicher Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der Beschwerdeführerin möglich und zumutbar ist (vgl. hierzu BGE 138 I 205 E. 3.2 S. 209, 113 V 22 E. 4a S. 28; SVR 2007 IV Nr. 1 S. 3 E. 5.1), zumal die Beschwerdeführerin seit 2002 bloss Anspruch auf eine halbe IV-Rente hatte und das Fernbleiben vom Arbeitsmarkt mithin nicht nur invaliditätsbedingt gewesen war resp. ist. Unter diesen Umständen erübrigen sich Weiterungen zur Frage, ob Massnahmen für eine Wiedereingliederung - wie für das Bestehen eines Anspruchs nach Bst. a Abs. 2 SchlBst. IVG vorausgesetzt - sinnvoll und nutzbringend wären umso mehr, als angesichts der erheblichen subjektiven Selbstlimitierung Eingliederungsbemühungen aus objektiver Sicht von vornherein nicht erfolgsversprechend wären (vgl. hierzu BGE 141 V 385 E. 5.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des BVGer C-3507/2014 vom 25. Mai 2016 E. 5).

E. 10

Aufgrund des Dargelegten ist zusammenfassend festzuhalten, dass die SchlBst. IVG vorliegend anwendbar sind und die Vorinstanz zu Recht auf das MEDAS-Gutachten vom 16. Januar 2014 abgestellt hat. Auch mit Blick auf die geänderte Bundesgerichtspraxis hat dieses umfassende polydisziplinäre Gutachten seinen Beweiswert nicht verloren, da es im vorliegenden Fall eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 erlaubt. Die Beschwerde vom 3. November 2014 ist folglich abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 10. Oktober 2014 zu bestätigen.

E. 11

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

E. 11.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen. Diese sind auf Fr. 400.- festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 11.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist entsprechend dem Verfahrensausgang ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

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