

# **BVGer C-8059/2016 vom 5. April 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-04-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-8059\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-8059_2016)

FR: TAF C-8059/2016 du 5 avril 2018

IT: TAF C-8059/2016 del 5 aprile 2018

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 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; 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; 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 16. Dezember 2016, mit der die Vorinstanz die bisher ausgerichtete halbe Invalidenrente der Beschwerdeführerin auf der Grundlage von Art. 17 Abs. 1 ATSG revisionsweise per Ende Januar 2017 aufgehoben hat. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin auch ab dem 1. Februar 2017 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat.

### **E. 3.1**

Die Beschwerdeführerin ist schweizerische Staatsangehörige und wohnt in den USA. Die Prüfung ihres Anspruchs auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich jedoch ungeachtet des am 1. August 2014 in Kraft getretenen Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den Vereinigten Staaten von Amerika über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.336.1; nachfolgend Sozialversicherungsabkommen) allein nach den schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Urteil des BVGer C-112/2015 vom 21. Dezember 2016 E. 2.1).

### **E. 3.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 16. Dezember 2016) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

### **E. 3.3**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 16. Dezember 2016 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.

#### **E. 4.1**

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

#### **E. 4.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG 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, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen.

#### **E. 4.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

##### **E. 4.3.1**

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3; 130 V 343 E. 3.5).

##### **E. 4.3.2**

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Ist dagegen eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C\_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 mit Hinweis).

#### **E. 4.3.3**

Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte Beurteilung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens - Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; 130 V 343 E. 3.5.2).

#### **E. 4.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder 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; 125 V 256 E. 4).

#### **E. 4.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

#### **E. 5.1**

Die Vorinstanz erachtet einen Revisionsgrund als gegeben, da sich aus den im laufenden Verfahren eingeholten ärztlichen Unterlagen ergebe, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erheblich verbessert habe. In ihrer Vernehmlassung hält sie dazu fest, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall im Jahr 1989 immer über kognitive Störungen (Konzentrationsstörungen, rasche Ermüdbarkeit, etc.) geklagt habe. Obwohl diese Störungen nie besonders ausgeprägt gewesen seien, hätten die Ärzte diesen damals einen wesentlich einschränkenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der anspruchsvollen Tätigkeit als Ärztin attestiert. Im Rahmen des aktuell eingeholten H. \_\_\_\_\_-Gutachtens seien keine solchen Störungen mehr festgestellt und insoweit eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Es liege damit eine klare und relevante gesundheitliche Verbesserung vor. Weiter geht die Vorinstanz davon aus, dass für die Beurteilung des aktuellen

Gesundheitszustandes und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf das Gutachten des H. \_\_\_\_\_ abgestellt werden könne. Somit sei davon auszugehen, dass für sämtliche körperlich leichten Tätigkeiten, wie die aktuell ausgeübte Tätigkeit im kaufmännischen Bereich oder die angestammte Tätigkeit als Ärztin, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe.

#### **E. 5.2**

Die Beschwerdeführerin bestreitet eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes und damit das Vorliegen eines Revisionsgrundes. Sie macht geltend, dass mit Ausnahme der leicht gebesserten kognitiven Einschränkungen, welche nicht ausschlaggebend für die initiale Berentung gewesen seien, keine Verbesserung des Gesundheitszustandes nachgewiesen werden könne. Es handle sich bei der Einschätzung durch das H. \_\_\_\_\_ lediglich um eine abweichende Würdigung eines unveränderten medizinischen Sachverhalts, die sich im Wesentlichen damit begnüge, in widersprüchlicher Weise festzustellen, dass die Schmerzen nicht konsistent und aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollziehbar seien. Hinsichtlich der Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erachtet die Beschwerdeführerin das Gutachten des H. \_\_\_\_\_ als nicht beweiskräftig.

#### **E. 6**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 16. Dezember 2016 in anspruchrelevanter Weise verändert hat, bildet die mit Urteil I 493/01 des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 11. März 2002 geschützte, anspruchsbetätigende Verfügung vom 2. November 1999 der kantonalen IV-Stelle (vgl. E. 4.3 hiervor). Die Bestätigungen der laufenden halben Rente mittels Mitteilungen vom 16. Oktober 2002 und vom 6. Juni 2012 sind in dieser Hinsicht unbeachtlich, da diesen keine hinreichende materielle Prüfung der anspruchserheblichen Tatsachen vorausging.

#### **E. 6.1**

Die Verfügung vom 2. November 1999 gründete in medizinischer Hinsicht in erster Linie auf den Schlussfolgerungen gemäss Gutachten der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_ vom 21. September 1998 (act. 79).

#### **E. 6.1.1**

Im Gutachten wurden folgende Diagnosen gestellt: - Status nach Verkehrsunfall am 1. April 1989 mit - HWS-Distorsion - Verdacht auf leichte traumatische Hirnverletzung - persistierendem cervico-cephalem Symptomkomplex mit chronisch intermittierenden cervicogenen Kopfschmerzen, vegetativen Beschwerden sowie Schwankschwindel - rezidivierendem lumbovertebralem Syndrom bei Fehlhaltung, muskulärer Dysbalance sowie medialer Bandscheibenprotrusion L5/S1 ohne Nervenwurzelkompression und minimaler Duralsackeingengung auf Höhe L5/S1, weniger auch L4, aktuell ohne radikuläre Symptomatik - neuropsychologischen Funktionsstörungen

#### **E. 6.1.2**

Die Gutachter hielten fest, dass aufgrund des bisherigen Verlaufs sowie der vorliegenden klinischen und neuropsychologischen Befunde die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer verantwortungsvollen und sehr anspruchsvollen Tätigkeit als Ärztin auf dauernd 50 % eingeschätzt werde. Die Gutachter begründeten die Arbeitsunfähigkeit von 50 % mit

persistierenden Kopf-, Nacken- und Schultergürtelbeschwerden sowie mit kognitiven Störungen. Sie hielten fest, neben den Kopf-, Nacken- und Schultergürtelbeschwerden seien es insbesondere die kognitiven Störungen, welche die Beschwerdeführerin in ihren beruflichen und alltäglichen Tätigkeiten einschränkten und die sich in Konzentrations- und Gedächtnisproblemen äusserten. Sie sei vergesslich, habe Mühe, verschiedene Dinge gleichzeitig zu erledigen, sei rasch überfordert, benötige sehr viel Zeit, um Handlungen zu planen, sei eher unflexibel und in ihrer Belastbarkeit erheblich reduziert. Im Gutachten der Rehaklinik E.\_\_\_\_\_ wurde eine neuropsychologische Untersuchung aus dem Jahr 1991 zusammengefasst wiedergegeben, bei der sich bei insgesamt überdurchschnittlichem Leistungsniveau nur diskrete neuropsychologische Funktionsstörungen ergeben hätten, die insbesondere die Memorisation eines komplexeren Kurztextes und die Aufmerksamkeitsfunktionen umfassten. Es hätten sich Einbrüche bei speziell monotonen, repetitiven Aufgaben und eine global betrachtet abnorme kontinuierliche Abnahme der Leistungsmenge gezeigt. Dieser Befund weise auf eine gegenüber der Norm leicht erhöhte Ermüdbarkeit hin, welche die Konzentrationsfähigkeit bzw. die Speicherkapazität der Beschwerdeführerin beeinträchtige. Die nachgewiesenen leichten neuropsychologischen Funktionsstörungen hätten insbesondere unter sehr anspruchsvollen und komplexen Aufgaben, welchen die Beschwerdeführerin insbesondere als Ärztin in eigener Praxis ausgesetzt sei, Auswirkungen.

## **E. 6.2**

Anlässlich des im April 2014 eingeleiteten Revisionsverfahrens klärte die Vorinstanz den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erneut ab und holte insbesondere das polydisziplinäre Gutachten des H.\_\_\_\_\_ vom 21. April 2015 ein, worauf sie sich für die Entscheidungsfindung massgeblich abstützte (act. 313).

### **E. 6.2.1**

Im auf allgemeinmedizinischen, psychiatrischen, orthopädischen, neurologischen, kardiologischen und neuropsychologischen Untersuchungen beruhenden Gutachten wurde keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt: - Chronische Nacken-Schulterbeschwerden beidseits (ICD-10: M54.2/M25.31) - Status nach HWS-Distorsion am 1.4.1989 - Radiologisch unauffällige Verhältnisse an der Halswirbelsäule (MRI 1.12.2014) - Radiologisch keine höhergradige Veränderungen der linken Schulter (MRI 19.7.2002) - Klinische Hinweise für linksseitige Schulterinstabilität - Ohne radikuläre oder medulläre Beteiligung - Chronische Knieschmerzen links (ICD-10: M17.1/Z98.8) - Anamnestisch Status nach Eingriff am Fibularköpfchen 1978 (Kinderspital J.\_\_\_\_\_) - Status nach Arthroskopie, Needling einer medialen Meniskusläsion sowie Plicaresektion supra- und infrapatellär und im Bereich der Hoffa'schen Fettkörpers am 30.6.2005 (Kantonsspital K.\_\_\_\_\_) - Status nach Arthroskopie, lateraler Teilmeniskektomie am Hinterhorn, Knorpelshaving und Mikrofrakturierung des lateralen Femurkondylus, Entfernung freier Gelenkkörper und Infiltration des Pes anserinus am 5.7.2006 (Klinik L.\_\_\_\_\_) - Intraoperativer Befund: chondrale Läsion des lateralen Femurkondylus von 1.5 cm Durchmesser und minimalster Knorpelschaden retropatellär medial - Radiologisch kleine laterale Meniskusläsion sowie Chondromalazie lateral und retropatellär (MRI 5.2.2014) - Anamnestisch Status nach konservativ behandelter Supinationsverletzung des linken Sprunggelenks 2004 (ICD-10: T93.3) - Aktuell substituierte Hypothyreose (ICD-10: N03.9) bei Status nach M. Basedow, Erstdiagnose Mai 2013, initial Manifestation mit

Vorhofflimmern - Status nach Metimacol-Behandlung 08/13-06/14 - Vorbestehende Hypothyreose - Adipositas (BMI 35kg/m<sup>2</sup>) (ICD-10: S66.0) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)

### **E. 6.2.2**

Die Gutachter hielten im Rahmen ihrer interdisziplinären Beurteilung fest, dass aktuell weder aus allgemeininternistischer kardiologischer, orthopädischer, neurologischer oder neuropsychologischer Sicht Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könnten. Während aus orthopädischer Sicht die beklagten Beschwerden im Bereich des linken Knie- und Schultergelenks durchaus nachvollziehbar seien, bestehe insbesondere eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv beklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden im Bereich der HWS. Aus neurologischer Sicht bestehe ein Zustand nach einem HWS-Distorsionstrauma 1989 mit cervico-cephalem Schmerzsyndrom ohne radikuläre und medulläre Beteiligung. Aus neuropsychologischer Sicht könnten keine Defizite objektiviert werden. Das TSH befinde sich im Normbereich, aus kardiologischer Sicht könne aktuell lediglich eine leichte Aorteninsuffizienz dokumentiert werden. Für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv beklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden sei gemäss psychiatrischer Beurteilung eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren verantwortlich, welche sich aber einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirke. Es könne ihr zugemutet werden, die notwendige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Für die Tätigkeiten als Ärztin, für administrative Tätigkeiten wie auch für sämtliche anderen körperlich leichten Tätigkeiten bestehe aus somatischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Lediglich körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten oder Tätigkeiten mit der Notwendigkeit des wiederholten Überwindenmüssens von Treppen, des Gehens auf unebenem Grund sowie eines Einsatzes der linken oberen Extremität oberhalb des Schulterniveaus könnten der Beschwerdeführerin nicht zugemutet werden. Insgesamt leide die Beschwerdeführerin zwar teilweise an objektivierbaren Beschwerden, die aber zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Ärztin und im kaufmännischen Bereich führten. Retrospektiv müsse davon ausgegangen werden, dass die ursprüngliche Rentenzusprache vor allem auf subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, nicht aber auf objektiven Befunden beruht habe.

### **E. 6.2.3**

Hinsichtlich der aus revisionsrechtlicher Sicht zu prüfenden Frage, ob seit der Verfügung vom 2. November 1999 eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, wird im Gutachten des H. \_\_\_\_\_ vom 21. April 2015 ausgeführt, dass aus heutiger Sicht davon auszugehen sei, dass die frühere Attestierung einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ohne genügende versicherungsrechtliche Begründung erfolgt sei. Allerdings habe die Beschwerdeführerin in der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung bessere Leistungen im Bereich zur vorbestehenden neuropsychologischen Untersuchung der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_ aus dem Jahr 1991 gezeigt, so dass auch von einer gewissen Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden müsse.

### **E. 7**

Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgeht, dass ein Revisionsgrund gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt, und ob sie den Rentenanspruch gestützt auf das Gutachten

des H. \_\_\_\_\_ vom 21. April 2015 abschliessend beurteilen und aufheben durfte.

### **E. 7.1**

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; 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. 7.2**

Das polydisziplinäre Gutachten des H. \_\_\_\_\_ vom 21. April 2015 basiert auf den Vorakten, einer detaillierten Anamneseerhebung und auf für die strittigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen, die am 3. und 4. März 2015 stattgefunden haben. Sodann erfolgten eine interdisziplinäre Beurteilung und die Beantwortung der gestellten Fragen. Die Gutachter setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. 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. Das Gutachten äussert sich auch ausdrücklich zum reversionsspezifischen Beweisthema aus medizinischer Sicht (Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes; vgl. Urteile des BGer 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.1 und 4.2 und 9C\_710/2014 vom 26. März 2015 E. 2). Folglich erfüllt das polydisziplinäre Gutachten des H. \_\_\_\_\_, dem sich in medizinischer Hinsicht und bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch die Ärzte des medizinischen Dienstes Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, in ihrer Stellungnahme vom 12. Mai 2015 (act. 317) und Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seiner Stellungnahme vom 19. April 2016 (act. 337) angeschlossen haben, die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.5 hiervor). Von der Einschätzung des H. \_\_\_\_\_ abweichende, aktuelle ärztliche Berichte liegen keine vor.

#### **E. 7.2.1**

Gemäss der allgemeininternistischen Begutachtung ist davon auszugehen, dass in diesem Fachbereich keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. Der Gutachter kam insbesondere zum Schluss, dass sich die leichte Adipositas nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt.

#### **E. 7.2.2**

Im Rahmen der kardiologischen Begutachtung wurde schlüssig erörtert, dass das im Jahr 2013 aufgetretene Vorhofflimmern nach erfolgreicher Therapie im August 2013 wieder verschwunden und seitdem nicht mehr aufgetreten ist. Die kardiologische Untersuchung (mit Ruhe-EKG, Echokardiographie und Ergometrie) ergab, dass keine relevante kardiologische Pathologie besteht. Das steht in Übereinstimmung mit den Angaben der Beschwerdeführerin, die über keine kardialen Beschwerden klagt und keine entsprechenden Medikamente einnimmt.

#### **E. 7.2.3**

Im orthopädischen Teilgutachten wurde gestützt auf eine eingehende klinische Untersuchung und die MRI-Befunde aus dem Jahr 2014 aufgezeigt, dass bezüglich der beklagten Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule aufgrund fehlender höhergradiger Verspannungen und des vollkommen unauffälligen radiologischen Befunds eine deutliche nicht-organische Beschwerdekomponekte angenommen werden muss und es kaum zu einer wesentlichen Schmerzprovokation kommen sollte. Die im Bereich des linken Knies sowie des linken Schultergelenks geklagten Beschwerden lassen sich laut dem Gutachter nachvollziehen, wobei jedoch auf radiologischer Ebene an der linken Schulter bis auf eine mögliche diskrete Labrumläsion unauffällige Verhältnisse beschrieben würden. Am linken Knie bestünden Zeichen einer Chondropathie. Den Knie- und Schulterbeschwerden wurde bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit angemessen Rechnung getragen, indem körperlich andauernd mittelschwere und schwere Verrichtungen als ungeeignet betrachtet und auch das wiederholte Überwinden von Treppen, das Gehen auf unebenem Grund sowie der Einsatz der linken oberen Extremität oberhalb des Schulterniveaus als nicht zumutbar erachtet wurden.

#### **E. 7.2.4**

In psychiatrischer Hinsicht wurden im H. \_\_\_\_\_-Gutachten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Der Gutachter hat in Auseinandersetzung mit der psychiatrischen Einschätzung von Dr. med. O. \_\_\_\_\_ vom 1. Mai 2012 (act. 212) sowie dem Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. P. \_\_\_\_\_ vom 14. März 2009, der damals Symptome einer schweren Depression beschrieben hatte (act. 127), festgehalten, dass die Beschwerdeführerin nie an einer schweren depressiven Störung gelitten habe und sich die depressive Anpassungsstörung, die nach dem Wegzug in die USA aufgetreten sei, vollständig zurückgebildet habe. Diese Einschätzung leuchtet mit Blick auf den erhobenen unauffälligen psychiatrischen Befund, die gutachterlichen Verhaltensbeobachtungen und die Angaben der Beschwerdeführerin zur ihren Beschwerden sowie zu ihrem Tagesablauf ein. So hielt der Gutachter fest, dass die Beschwerdeführerin in der Regel gut schlafen könne, nachts aber gelegentlich aufgrund ihrer Schmerzen erwache. Sie leide nicht unter morgendlichen Antriebsstörungen und sei in der Lage, leichte Hausarbeiten auszuführen, Auto zu fahren, regelmässig zu kochen und sich während zwei bis drei Stunden pro Tag um ihren Medikamentenhandel zu kümmern. Bei der psychiatrischen Untersuchung hätten keine psychopathologischen Symptome festgestellt werden können. Überdies beansprucht die Beschwerdeführerin seit 2014 keine therapeutische Unterstützung mehr und nimmt seit Ende 2012 kein Antidepressivum mehr ein. Der Gutachter legte überzeugend dar, dass für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv beklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren verantwortlich ist, die sich aber nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt.

#### **E. 7.2.5**

Gestützt auf die Feststellungen der Gutachter ist von einem unauffälligen neurologischen und neuropsychologischen Befund auszugehen. Es wurde dargelegt, dass die neurologische Untersuchung regelgerecht ausgefallen ist, und sich insbesondere keine Anhaltspunkte auf eine radikuläre oder medulläre Beteiligung im Rahmen des zervikozephalen Schmerzsyndroms ergeben haben. Er hat schlüssig und nachvollziehbar begründet, dass keine wesentliche, die Arbeitsfähigkeit einschränkende Erkrankung auf dem neurologischen Gebiet vorliegt und auch die Tätigkeit als Ärztin sowie kognitiv

anspruchsvolle administrative Tätigkeiten voll verrichtet werden können. Die neuropsychologische, auf verschiedenen Tests beruhende Untersuchung ergab, dass die Arbeitsfähigkeit auch aus neuropsychologischer Sicht nicht beeinträchtigt ist.

#### **E. 7.2.6**

Der Umstand, dass die Gutachten des H. \_\_\_\_\_ die ursprünglich attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehen können, weil diese ohne genügende versicherungsrechtliche Begründung erfolgt sei, ist unter dem Aspekt der Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht von Relevanz. Soweit die Gutachter des H. \_\_\_\_\_ von einer Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgehen, ist das in revisionsrechtlicher Hinsicht beachtlich, weil im Vergleichszeitpunkt die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Ärztin - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin - ausdrücklich auch mit kognitiven Einschränkungen begründet wurde. Die kognitive Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin wurde im Rahmen der neurologischen, psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchung durch das H. \_\_\_\_\_ eingehend abgeklärt und unter ausdrücklicher Bezugnahme zur früheren Einschätzung beurteilt. Dabei wurde auch berücksichtigt, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor über entsprechende Einschränkungen (insbesondere eingeschränkte Belastbarkeit und Konzentrationsprobleme) klagt. Im neuropsychologischen Teilgutachten wurde dazu festgehalten, dass im Vergleich zur neuropsychologischen Untersuchung von 1991 die Leistungen heute besser seien. So seien damals zum Beispiel diskrete Minderleistungen bei der kurzfristigen Memorisation eines komplexen Kurztextes und insbesondere im Konzentrationsbereich festgestellt worden. Heute werde ein komplexer Kurztext wörtlich erinnert und wiedergegeben, dies auch im langfristigen Abruf. Im Konzentrationsbereich finde sich lediglich noch bei der geteilten Aufmerksamkeit im Vergleich zu der vorbestehend sehr hohen Leistungsfähigkeit eine leichte Leistungseinbusse. Diese befinde sich jedoch noch im Normbereich. Aus neuropsychologischer Sicht wurde keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr festgestellt. Die neuropsychologische Untersuchung fügt sich schlüssig in das Ergebnis der neurologischen und psychiatrischen Abklärung ein. So beschrieb der neurologische Gutachter bei der Befunderhebung bezüglich der kognitiven Funktionen eine wache, bewusstseinsklare und allseits orientierte Explorandin. Der Denkablauf sei geordnet und flüssig. Die Merkfähigkeit und die Aufmerksamkeit seien erhalten. Die Wiedergabe biografischer Daten sei problemlos möglich. In seiner Beurteilung hielt der Gutachter fest, dass in kognitiver Hinsicht von unauffälligen Funktionen auszugehen sei. Im psychiatrischen Teilgutachten des H. \_\_\_\_\_ wurde bei der psychiatrischen Befunderhebung festgehalten, dass die Beschwerdeführerin nie Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt habe. Sie habe gut auf die gestellten Fragen eingehen können. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt. Ihre Ausführungen seien anschaulich und das Denken nicht eingeengt. Sie habe kein Gedankenabreissen, keine Neologismen und keine Gedankenleere gezeigt. Im Übrigen hat auch Dr. med. O. \_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 1. Mai 2012 im Rahmen der Befunderhebung keine kognitiven Beeinträchtigungen beschrieben (act. 212).

#### **E. 7.2.7**

Insgesamt steht damit gestützt auf das Gutachten des H. \_\_\_\_\_ mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass verglichen mit dem seinerzeitigen Zustand eine Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund des Gutachtens des H. \_\_\_\_\_ eingetreten ist, wovon auch der medizinische Dienst der

Vorinstanz ausgeht und von der Beschwerdeführerin nicht bestritten wird. Zwar waren die kognitiven Einschränkungen im Vergleichszeitpunkt nicht schwer, was aber nichts daran ändert, dass diese die damals attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % (in der komplexen Tätigkeit als Ärztin) wesentlich mitbegründeten. Somit ist die ausgewiesene Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit geeignet, den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu beeinflussen. Die Vorinstanz ist daher zu Recht davon ausgegangen, dass ein Revisionsgrund im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG gegeben ist.

### **E. 7.3**

Aus den von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Revisionsverfahrens eingereichten Berichten der behandelnde Ärzte Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ aus dem Zeitraum von Januar 2012 bis Mai 2014 (act. 259-267) und Dr. med. R. \_\_\_\_\_ vom Juni 2013 (act. 258), welche den Gutachtern des H. \_\_\_\_\_ alle bekannt waren, ergeben sich keine wichtigen Aspekte, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind, was von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht wird.

### **E. 7.4**

Die Einwände der Beschwerdeführerin vermögen den Beweiswert des Gutachtens des H. \_\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen. Soweit sie geltend macht, das Gutachten beruhe nicht auf umfassenden Untersuchungen, kann dem nicht gefolgt werden, ist doch weder ersichtlich noch wird von der Beschwerdeführerin benannt, welche weiteren Untersuchungen noch hätten durchgeführt werden müssen. Auch der Einwand, das Gutachten sei hinsichtlich der Adipositas offensichtlich widersprüchlich, ist nicht geeignet, die Schlussfolgerungen der Gutachter anzuzweifeln. Aus dem Gutachten sowie der übrigen Akten ergeben sich keinerlei Hinweise darauf, dass die Adipositas bei der Beschwerdeführerin anspruchrelevante körperliche oder geistige Schäden verursacht hat, welche ausnahmsweise dazu führen könnten, dass eine Adipositas eine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität begründen würde (vgl. dazu Urteil des BGer 8C\_663/2017 vom 12. Dezember 2017 E. 3.2). Allein der Umstand, dass der Allgemeinmediziner des H. \_\_\_\_\_ die Adipositas bei einem festgestellten BMI von 35 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10: E66.0) als leicht beurteilt, der orthopädische Gutachter aber von einer erheblichen Adipositas gesprochen hat, vermag keine konkreten Zweifel an der Einschätzung der Gutachter zu erwecken. Schliesslich ist auch darin, dass bei der orthopädischen Beurteilung festgehalten wurde, das Schmerzerleben der Beschwerdeführerin fokussiere sich klar auf das Knie und die linke Schulter, andererseits aber von einer Schmerzstörung gesprochen wurde, kein Widerspruch zu erkennen, klagte die Beschwerdeführerin doch auch über seit vielen Jahren bestehende, in den Kopf ausstrahlende Nackenbeschwerden, für welche die Gutachter kein organisches Korrelat gefunden haben.

### **E. 7.5**

Was die vom psychiatrischen Gutachter diagnostizierte chronische Schmerzstörung betrifft, welcher gutachterlicherseits keine anspruchrelevanten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurden, führt auch die Überprüfung gemäss BGE 141 V 281 zu keinem anderen Ergebnis.

#### **E. 7.5.1**

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung vermochten fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3)

in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte «Foerster-Kriterien», vgl. BGE 130 V 352; 131 V 39 E. 1.2; 139 V 547 E. 3.2.3).

#### **E. 7.5.2**

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch ein strukturiertes normatives Prüfungsraaster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; 141 V 547 E. 2; Urteil des BGer 8C\_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2).

#### **E. 7.5.3**

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).

#### **E. 7.5.4**

Das Gutachten des H. \_\_\_\_\_ vom 21. April 2015 wurde erstellt, bevor das Bundesgericht am 3. Juni 2015 mit BGE 141 V 281 die Rechtsprechung zum invalidisierenden Charakter pathogenetisch-ätiologisch unklarer syndromaler Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage geändert hat. Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren jedoch nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls entscheidend, ob gestützt auf die vorhandenen Beweisgrundlagen eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren möglich ist oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8). Die Vorinstanz hat vor Erlass der angefochtenen Verfügung Dr. med. N. \_\_\_\_\_ vom medizinischen Dienst zu den

Standardindikatoren Stellung nehmen lassen. Dieser hielt am 19. April 2016 fest, dass das H. \_\_\_\_\_-Gutachten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaube. Er hat sich an die normativen Rahmenbedingungen gehalten und kam zum Schluss, dass auch nach Anwendung der Standardindikatoren an der Einschätzung der H. \_\_\_\_\_-Gutachter bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin festgehalten werden könne. Zu ergänzen bleibt, dass die psychiatrische Einschätzung zwar auf die inzwischen überholten Foerster-Kriterien Bezug nimmt, sich jedoch nicht allein auf diese stützt. Zudem fehlen Anhaltspunkte dafür, dass sich der Gutachter von der Vermutung der Arbeitsfähigkeit hätte leiten lassen.

#### **E. 7.5.5**

Was den funktionellen Schweregrad der Störung betrifft und namentlich die im Komplex Gesundheitsschädigung zu prüfende Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, stehen bei chronischen Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) seit mindestens sechs Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen im Vordergrund, die «in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen» verursachen. Dieser Diagnose fehlt ein Bezug zum Schweregrad, weshalb sich die Schwere der Störung in ihrer rechtlichen Relevanz erst bei deren funktionellen Auswirkungen zeigt (vgl. Urteil des BGer 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 E. 5.1 und E. 5.2.2). Aus dem H. \_\_\_\_\_-Gutachten geht hinreichend hervor, dass die Ausprägung der psychischen und somatischen diagnoserelevanten Befunde nicht stark ins Gewicht fällt. Dem psychiatrischen Gutachten ist insbesondere zu entnehmen, dass von einem unauffälligen psychischen Gesundheitszustand auszugehen ist. Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf und ein primärer Krankheitsbegriff wurden vom psychiatrischen Gutachter verneint. Die Beschwerdeführerin hat im Rahmen der Begutachtung ihre Nackenschmerzen auf einer Skala von 1 bis 10 bei 2 angesiedelt, wobei diese aber im Laufe des Tages zunehmen würden. Zu einer Zunahme der Schmerzen komme es nach einstündiger Computerarbeit, Gemüserüsten, sowie bei Stress, Multitasking und bei Kälte. Zwei bis dreimal pro Monat habe sie sehr intensive Schmerzen, die von Erbrechen begleitet seien. Konkret kann die Beschwerdeführerin zwar nach ihren glaubhaften Angaben körperlich belastende Aktivitäten aufgrund der nachvollziehbaren Knie- und Schulterbeschwerden nicht mehr ausüben und ist insoweit auch in ihren Alltagsfunktionen beeinträchtigt. Mit Blick auf die Schmerzangaben der Beschwerdeführerin und ihrer Lebensführung (u.a. regelmässige Tagesgestaltung, leichtere Haushaltarbeiten, Spaziergänge, Hometraining, Schwimmen, berufliche Tätigkeit von 2-3 Stunden pro Tag, Halten von Vorträgen, Publizieren von Fachliteratur, regelmässiger Kontakt mit ihrer Schwester und deren Familie, Kontakt mit Freundinnen und Freunden in der Schweiz via soziale Medien) fällt eine schwere Ausprägung der Störung aber ausser Betracht (vgl. Urteil des BGer 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.1 und 9C\_514/2015 vom 14. Januar 2016 E. 4). Auch wenn die Beschwerdeführerin im Rahmen der Hausarbeiten auf die Unterstützung einer Putzfrau angewiesen ist, kann allein daraus nicht auf ein erheblich ausgeprägtes Leiden geschlossen werden (vgl. Urteil des BGer 9C\_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.1.1).

#### **E. 7.5.6**

Die funktionellen Auswirkungen der chronischen Schmerzstörungen sind weiter im Hinblick auf den bisherigen Verlauf und den Ausgang von Therapien zu würdigen. Der

erforderliche Schweregrad der funktionellen Auswirkungen wäre namentlich bei einer Therapieresistenz zu bejahen. Die Beschwerdeführerin stand im Zeitpunkt der Begutachtung durch das H.\_\_\_\_\_ in keiner psychiatrischen und physiotherapeutischen, jedoch in regelmässiger hausärztlicher Behandlung. Die ambulante Therapie bei einem Psychiater, die sie von 2009 bis 2014 in Anspruch genommen hatte, beendete sie, nachdem der behandelnde Arzt seine Praxis geschlossen hatte. Die physiotherapeutische Behandlung, die sie in der Schweiz noch absolviert hatte (vgl. act. 123 und 124), nahm sie in den USA nicht mehr auf. Eigenen Angaben zufolge geht sie aktuell einmal wöchentlich zur Massage, was etwas helfe. Gegen die Schmerzen nehme sie zudem Medikamente ein, die ebenfalls etwas Linderung bringen würden. Die Gutachter des H.\_\_\_\_\_ empfahlen keine medizinische Behandlung, um die aus ihrer Sicht volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zu erhalten. Das wird aus psychiatrischer Sicht nicht mit einer Therapieresistenz des Leidens, sondern mit der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung begründet und dem Umstand, dass die geklagten Beschwerden weder durch eine somatische noch durch eine psychiatrische Störung hinreichend erklärbar seien. Unter diesen Umständen ist es nicht zu beanstanden, dass Dr. med. N.\_\_\_\_\_ trotz des langjährigen Verlaufs nicht von einer Behandlungsresistenz ausgegangen ist. Der Einwand der Beschwerdeführerin, dass die eingetretene Chronifizierung des Leidens nicht mehr rückgängig zu machen sei, und im Rahmen der Beurteilung der Standardindikatoren nicht gebührend Rechnung getragen worden sei, ist vor diesem Hintergrund nicht geeignet, die Schlussfolgerungen von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ in Frage zu stellen. Rückschlüsse auf den Schweregrad einer Gesundheitsschädigung können nicht nur aus der medizinischen Behandlung gezogen werden, sondern auch aus der Eingliederung im Rechtssinne (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Aus diesem Grund ist es nicht zu beanstanden, dass Dr. med. N.\_\_\_\_\_ die Fähigkeit der Beschwerdeführerin, sich nach dem Wegzug aus der Schweiz in die USA gut zu integrieren, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen, sich um die behinderte Schwester zu kümmern, Vorträge zu halten und zu publizieren, als positive Ressource wertet.

#### **E. 7.5.7**

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen, unabhängig von ihrer Diagnose (vgl. BGer 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 E. 8.1). Eine Komorbidität wurde vom psychiatrischen Gutachter nicht festgestellt. In somatischer Hinsicht bestehen neben den nicht objektivierbaren Nacken- und Kopfschmerzen zwar nachvollziehbare Knie- und Schulterbeschwerden. Diese wiegen in diesem Kontext jedoch nicht besonders schwer, da sie belastungsabhängig sind und laut dem Gutachten des H.\_\_\_\_\_ bei fehlender Belastung kaum Beschwerden verursachen, weshalb sie bei der Gesamtbetrachtung hinsichtlich des funktionellen Schweregrades nicht wesentlich ins Gewicht fallen. Im Übrigen wurden die somatischen Begleiterkrankungen im Rahmen der Festlegung des Zumutbarkeitsprofils, wie bereits erwähnt, gebührend berücksichtigt.

#### **E. 7.5.8**

Des Weiteren bestehen keine Hinweise auf die im Komplex Persönlichkeit zu prüfenden Merkmale, welche im Rahmen der umfassenden Ressourcenprüfung ins Gewicht fallen könnten. Gegenteils ergeben sich aus dem sozialen Lebenskontext, so insbesondere die

Einbettung in die Familie, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren. Bei dieser Sachlage ergeben sich auch unter Berücksichtigung der Standardindikatoren keine erheblichen funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten Diagnosen, weshalb die Gutachter die chronische Schmerzstörung in nachvollziehbarer Weise als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufführten. Zusammenfassend fehlt es unter Berücksichtigung der dargelegten Indikatoren an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden. Eine Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4) erübrigt sich vor diesem Hintergrund. Weitere Abklärungen sind nicht angezeigt.

## **E. 8**

Die Vorinstanz ist aufgrund des Gesagten zu Recht von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Ärztin wie auch in der aktuell ausgeübten Tätigkeit im kaufmännisch-administrativen Bereich ausgegangen. Damit erübrigt sich die Durchführung eines Einkommensvergleichs oder eines erwerblich gewichteten Betätigungsvergleichs. Im Übrigen wäre auch aus erwerblicher Sicht ein Revisionsgrund zu bejahen, zumal die Beschwerdeführerin ihre selbständige Erwerbstätigkeit als Ärztin in der Schweiz im Jahr 2007 aufgegeben hat und in den USA ab 2008 eine neue Erwerbstätigkeit im Bereich Beratung, Administration und Versand aufgenommen hat. Da die Invaliditätsbemessung auf der ausserordentlichen Methode (erwerblich gewichteter Betätigungsvergleich) basierte, ist die Stilllegung der Arztpraxis grundsätzlich geeignet, eine Änderung der Bemessungsmethode der Invalidität herbeizuführen (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 28a, Rz. 44).

## **E. 9.1**

Die revisionsweise Aufhebung einer Rente kann erst erfolgen, wenn die versicherte Person im Rahmen des Zumutbaren bestmöglich eingegliedert ist. Die Eingliederungsfrage ist auch im Revisionsverfahren prioritär und von Amtes wegen zu prüfen, woran grundsätzlich nichts ändert, wenn sich die versicherte Person im Ausland befindet (Urteil des BGER 9C\_921/2009 vom 22. Juni 2009 E. 5.3). Da die Beschwerdeführerin seit mehr als fünfzehn Jahren eine Rente der Invalidenversicherung bezogen hat, ging die Vorinstanz zu Recht davon aus, dass die Möglichkeit einer Revision nach den Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket) nicht besteht.

## **E. 9.2**

Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar. Indes sind bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (Urteil des BGER 8C\_19/2016 vom 4. April 2016 E. 5.1; 9C\_412/2014 vom 20. Oktober 2014 E. 3.1; 9C\_367/2011 vom 10. August 2011 E. 3.2; 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.1). Ausnahmen vom Grundsatz der Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen dann vor, wenn die langjährige Abstinenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, die versicherte Person besonders agil, gewandt und im

gesellschaftlichen Leben integriert ist oder über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren (Urteil des BGer 9C\_183/2015 vom 19. August 2015 E. 5).

### **E. 9.3**

Die Vorinstanz hat in der angefochtenen Verfügung festgehalten, dass im vorliegenden Fall keine Notwendigkeit bestehe, die Zumutbarkeit einer Selbsteingliederung zu prüfen, da die Beschwerdeführerin stets zu 50 % erwerbstätig gewesen sei. In ihrer Vernehmlassung führte die Vorinstanz ergänzend aus, dass die Beschwerdeführerin bis 2007 entsprechend der ärztlich festgestellten Arbeitsfähigkeit von 50 % als Ärztin erwerbstätig gewesen sei. Seit ihrer Auswanderung in die USA sei sie Teilzeit im Handel mit Medikamenten und Gesundheitsprodukten aktiv. Die Aufgabe der Tätigkeit als Ärztin sei nicht gesundheitsbedingt, sondern aus persönlichen Gründen erfolgt. Sie übe heute also aus invaliditätsfremden Gründen anstatt der Tätigkeit als Ärztin eine Handelstätigkeit aus. Weiter hielt die Vorinstanz fest, dass nicht die Invalidenversicherung für die wirtschaftlichen Folgen einzustehen habe, falls die Beschwerdeführerin heute nicht mehr in der Lage wäre, wieder als Ärztin zu arbeiten. Objektiv betrachtet sei es der Beschwerdeführerin durchgehend möglich und zumutbar gewesen, einer Teilzeiterwerbstätigkeit als Ärztin nachzugehen. Falls es in dieser Tätigkeit aufgrund fehlender Ausübung in den letzten Jahren zu einer arbeitsmarktlichen Desintegration gekommen sein sollte, so sei diese gemäss der Rechtsprechung invaliditätsfremd und könnte dementsprechend keinen Anspruch auf Abklärung bzw. Durchführung von beruflichen Massnahmen begründen.

### **E. 9.4**

In der Beschwerde wird vorgebracht, dass von der Beschwerdeführerin, die seit 27 Jahren mit dem Schleudertrauma und dem allenfalls daraus entstandenen Schmerzsyndrom leben müsse, nicht von heute auf morgen verlangt werden könne, so zu arbeiten, als ob sie gesund wäre, was sie denn auch nicht sei. Die eingetretene Chronifizierung sei nicht mehr rückgängig zu machen. Es sei haltlos und realitätsfremd, davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin heute wieder als Ärztin arbeiten und ein Einkommen erzielen könnte, das aufgrund der Akten heute rund Fr. 200'000.- betragen müsste. Aufgrund der langen Karenz vom Arbeitsmarkt, den fehlenden Weiterbildungen, der fehlenden Erfahrung und dem stark veränderten System könnte die Beschwerdeführerin heute als Ärztin nicht mehr Fuss fassen, jedenfalls nicht ein Einkommen von Fr. 200'000.- erzielen. Die Vorinstanz habe es unterlassen, hierzu nähere Abklärungen zu treffen. In ihrer Replik macht die Beschwerdeführerin geltend, die Behauptung der Vorinstanz, die Ausübung einer Teilerwerbstätigkeit als Ärztin sei ihr durchgehend möglich gewesen, sei schlicht aktenwidrig und widerspreche den früheren Festlegungen des Invalideneinkommens aufgrund einer Bürotätigkeit. Selbst wenn sie die medizinisch-theoretisch festgelegte Resterwerbsfähigkeit optimal ausgenützt hätte, wäre es ihr nicht möglich gewesen, eine Tätigkeit als Ärztin auszuüben. Da ihr dies nach Abschluss des Studiums nie möglich gewesen sei, müsse auch die Möglichkeit einer zumutbaren Selbsteingliederung in diesem Bereich und der Erwirtschaftung eines rentenausschliessenden Einkommens verneint werden.

### **E. 9.5**

Die Beschwerdeführerin war bei Erlass der rentenaufhebenden Verfügung fast 51 Jahre alt und bezog seit rund 25 Jahren eine Invalidenrente. Damit ist ein langjähriger Rentenbezug im Sinne der hievor wiedergegebenen Rechtsprechung gegeben. Vorgängig der Einstellung der Rentenleistungen ist deshalb rechtsprechungsgemäss zu prüfen, ob ihr die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zumutbar ist. Wie der angefochtenen Verfügung zu entnehmen ist, hat sich die Vorinstanz mit der Frage der Zumutbarkeit einer Selbsteingliederung befasst und im Wesentlichen unter Hinweis auf die während Jahren durch die Beschwerdeführerin ausgeübte Teilerwerbstätigkeit bejaht.

### **E. 9.6**

Der Einschätzung der Vorinstanz kann gefolgt werden. Für eine zumutbare Selbsteingliederung spricht insbesondere, dass der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Ärztin stets eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit von 50 % attestiert wurde. Diese Tätigkeit hat sie nach Zusprache der halben Rente denn auch über mehrere Jahre in der Schweiz ausgeübt. So gab sie gegenüber den H. \_\_\_\_\_-Gutachtern an, bis Juni 2007 in freier Praxis als Ärztin erwerbstätig gewesen und seit der Auswanderung seit dem 1. Januar 2008 in einem Versandhandelsgeschäft als Medical Consultant und in der Administration tätig zu sein. Als Grund für die Auswanderung gab sie Schwierigkeiten mit Behörden in Bezug auf den Medikamentenhandel und mit dem Bau eines Schwimmbads an. Die Aufgabe der Tätigkeit als Ärztin und damit die mehrjährige Abstinenz von diesem Arbeitsmarkt ist daher nicht invaliditätsbedingt erfolgt (vgl. Urteile des BGer 8C\_393/2016 vom 25. August 2016 E. 3.7 und 9C\_3/2015 vom 20. Mai 2015 E. 4.3). Auch der Umstand, dass eine Wiederaufnahme der Tätigkeit in den USA aufgrund fehlender Diplome oder Zulassungen nicht möglich sein sollte, ist invaliditätsfremd und damit für die vorliegende Beurteilung nicht von Belang. Für nicht invaliditätsbedingte Schwierigkeiten bei der Wiedereingliederung hat die Invalidenversicherung nicht einzustehen (Urteil 9C\_581/2017 vom 30. November 2017 E. 4.2). Die Vorinstanz bzw. die kantonale IV-Stelle ging im Rahmen der Invaliditätsbemessung stets davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall als Ärztin erwerbstätig gewesen wäre, und berücksichtigte als Invalidentätigkeit (im Rahmen der ausserordentlichen Bemessungsmethode) die Tätigkeit als Ärztin (vgl. Verfügung vom 2. November 1999; Act. 92; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 11. März 2002 E. 2 und 3). Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin als Rentenbezügerin in der Schweiz und auch nach ihrer Auswanderung in die USA stets gearbeitet hat, belegt zudem, dass sie über Ressourcen verfügt, sich selber einzugliedern (vgl. Urteil des BGer 8C\_586/2014 vom 22. Dezember 2014 E. 8.2). Im Übrigen könnte auch davon ausgegangen werden, dass als bisherige Tätigkeit nicht mehr die Tätigkeit als Ärztin, sondern diejenige als Medical Consultant und in der Administration zu gelten hat, zumal sich die Beschwerdeführerin aus invaliditätsfremden Gründen beruflich verändert hat. Diesbezüglich gelten die Beurteilung der gesundheitlichen Einschränkungen und der Fähigkeit zur Selbsteingliederung umso mehr. Weiter haben die Gutachter des H. \_\_\_\_\_ das attestierte volle Leistungsvermögen nicht unter den Vorbehalt der Durchführung befähigender Massnahmen gestellt (vgl. Urteil des BGer 9C\_668/2015 vom 17. Februar 2016 E. 4.3). Insgesamt sind damit keine Anhaltspunkte erkennbar, dass es der Beschwerdeführerin trotz langjährigem Bezug einer Teilrente nicht möglich sein sollte, ihre wiedererlangte volle Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Selbsteingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt erfolgreich zu verwerten. Daher ist die

Rentenaufhebungsverfügung vom 16. Dezember 2016 auch unter eingliederungsrechtlichem Gesichtspunkt nicht zu beanstanden.

#### **E. 10**

Aus dem Dargelegten folgt, dass die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 16. Dezember 2016 zu bestätigen ist.

#### **E. 11.1**

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.- 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 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.