



Urteil vom 23. Juni 2020

Besetzung

Richterin Viktoria Helfenstein (Vorsitz),
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz, Richter Beat Weber,
Gerichtsschreiber Roger Stalder.

Parteien

A. _____, (Deutschland),
vertreten durch **B.** _____, (Deutschland),
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenrevision, Verfügung der IVSTA
vom 13. Juni 2018.

Sachverhalt:**A.**

Die 1975 geborene A. _____ (*im Folgenden: Versicherte oder Beschwerdeführerin*) ist Schweizerin und wohnt in Deutschland. Sie ist ausgebildete medizinische Praxisassistentin. Bevor sie sich am 12. August 1999 zufolge einer seit 1997 bestehenden Depression bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons C. _____ (*im Folgenden: SVA C. _____*) zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung (IV) in Form von Berufsberatung und Umschulung auf eine neue Tätigkeit angemeldet hatte, war sie vom 1. November 1996 bis 31. August 1997 in der D. _____ in (...) teilzeitlich erwerbstätig (Akten [*im Folgenden: act.*] der Invalidenversicherungs-Stelle für Versicherte im Ausland [*im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz*] 1 und 2). Nach Durchführung der für die Beurteilung des Leistungsanspruchs massgeblichen Abklärungen in medizinischer (act. 4 und 7) und beruflich-erwerblicher (act. 5 und 6) Hinsicht erliess die SVA C. _____ am 31. Oktober 2000 eine Verfügung, mit welcher sie der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad (*im Folgenden auch: IV-Grad*) von 52 % mit Wirkung ab 1. Juni 2000 eine halbe IV-Rente zusprach (act. 9). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

B.

Nach Vorliegen der Berichte der Berufsberatung vom 14. Februar und 2./10. Mai 2001 (act. 10 und 13 S. 2 und S. 4) und weiterer medizinischer Dokumente (act. 11) fand vom 9. bis 27. Juli 2001 eine Vorabklärung der Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit statt (act. 14). Nach Abschluss dieser Massnahme leitete die SVA C. _____ mit dem vom 16. August 2001 datierenden Fragebogen eine Rentenrevision von Amtes wegen ein (act. 15). In Kenntnis unter anderem des Abschlussberichts über die berufliche Vorabklärung vom 20. September 2001 (act. 19) und des Fragebogens für den Arbeitgeber vom 21. September 2001 (act. 17) sowie des Schlussberichts der Berufsberatung vom 31. Oktober 2001 (act. 19; vgl. auch act. 21 S. 3) erliess die SVA C. _____ am 4. Dezember 2001 einen Vorbescheid, mit welchem sie der Versicherten bei einem IV-Grad von 89 % mit Wirkung ab 1. Juli 2001 eine ganze IV-Rente in Aussicht stellte (act. 23); die entsprechende Verfügung vom 31. Januar 2002 (act. 24) wurde ebenfalls unangefochten rechtskräftig.

C.

Nachdem die Versicherte in den Kanton E. _____ umgezogen war, stellte sie am 31. Oktober 2002 beim Sozialversicherungszentrum des Kantons

E. _____ (im Folgenden: SVZ E. _____) ein Gesuch um finanzielle Unterstützung für Wiedereingliederungsmassnahmen (act. 27). Nach Durchführung der entsprechenden Abklärungen (act. 28 bis 30, 32 bis 34) und nachdem die Versicherte die Ausbildung zur Spielgruppenleiterin absolviert hatte (act. 35 S. 1 bis 3), erstellte die Berufsberatung am 6. Februar und 25. April 2004 zwei weitere Berichte (act. 35 S. 4 und 38). Daraufhin wurde das Kostengutsprachegesuch mit Verfügung vom 13. Juli 2004 abgewiesen (act. 40).

D.

Mit Datum vom 10. Juni 2005 leitete das SVZ E. _____ von Amtes wegen eine Rentenrevision ein (act. 45 S. 1 bis 3). In Kenntnis eines Arztberichts von Dr. med. F. _____ vom 22. bzw. 24. November 2005 (act. 45 S. 4 bis 11) und Durchführung eines Einkommensvergleichs (act. 45 S. 12 und 13) teilte das SVZ E. _____ der Versicherten am 3. Januar 2006 mit, dass sie bei einem IV-Grad von 89 % weiterhin Anspruch auf die bisherige ganze IV-Rente habe (act. 44 S. 1 und 2). Gleichentags wurden zufolge Wohnsitznahme der Versicherten in Deutschland die Akten zuständigkeitshalber an die IVSTA überwiesen (act. 46).

E.

Mit Datum vom 17. Mai 2010 leitete erstmals die IVSTA von Amtes wegen eine Rentenrevision ein (act. 51). In Würdigung des Arztberichts von Dr. med. G. _____ vom 20. Juli 2010 (act. 56 und 57) war Dr. med. H. _____ vom IV-internen medizinischen Dienst am 18. November 2010 der Auffassung, dass ein stationärer Zustand akzeptiert werden müsse (act. 64). Daraufhin bestätigte die IVSTA mit Mitteilung vom 2. Dezember 2010 den Anspruch auf die bisherige IV-Rente (act. 65).

F.

F.a Eine weitere Rentenrevision seitens der IVSTA erfolgte ab dem 20. Oktober 2014 (act. 68). In Kenntnis der entsprechenden Fragebögen vom 6. und 7. Januar 2015 (act. 72) sowie weiterer medizinischer Dokumente (act. 73 bis 75) empfahl Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seiner Stellungnahme vom 29. Mai 2015 die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens (act. 81). Daraufhin beauftragte die IVSTA mit Schreiben vom 7. Juli 2015 den Psychiater und Psychotherapeuten Dr. med. J. _____ mit einer medizinischen Abklärung (act. 89). Nach Vorliegen der entsprechenden Expertise vom 11. Januar 2016 (act. 99) nahm Dr. med. I. _____ am 12. Februar 2016 erneut Stellung (act. 101).

Nach am 10. März 2016 erfolgter Invaliditätsbemessung (act. 102) erliess die IVSTA am 21. März 2016 einen Vorbescheid, mit welchem sie der Versicherten die Herabsetzung der ganzen IV-Rente auf eine Viertelsrente in Aussicht stellte (act. 103).

F.b Hiergegen brachte die Versicherte am 13. April 2016 unter Beilage zahlreicher Schriftstücke ihre Einwendungen vor (act. 104 bis 111). Nach weiterer Berichterstattung durch Dr. med. I. _____ am 7. Oktober 2016 (act. 114) und von der Versicherten im Zusammenhang mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. J. _____ am 10. Dezember 2016 gemachten Ergänzungen (act. 118) schlug Dr. med. I. _____ am 2. März 2017 vor, hierzu dem Experten Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen (act. 120). Nachdem Dr. med. I. _____ am 5. April 2017 unter anderem gefragt worden war, ob das Gutachten von Dr. med. J. _____ nach den neuen Standardindikatoren ausgewertet werden könne (act. 123; vgl. auch act. 122), empfahl Dr. med. I. _____ am 1. Juni 2017 die Einholung einer weiteren IV-internen Stellungnahme beim RAD (act. 124 S. 5 und 6). Nach Vorliegen des entsprechenden Berichts von Dr. med. K. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 12. Juni 2017 (act. 124 S. 3 und 4) schlug Dr. med. I. _____ am 22. Juni 2017 vor, von der Versicherten – bevor Dr. med. J. _____ zu ihren am 10. Dezember 2016 vorgebrachten Einwendungen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werde – einen ausführlichen orthopädischen Untersuchungsbericht mit Beschreibung der Funktionsdefizite und Angaben zur Arbeits(un)fähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit beibringen zu lassen (act. 124 S. 1 und 2). Nachdem sich die Versicherte im Schreiben vom 17. Oktober 2017 erneut geäußert (act. 130) und Dr. med. L. _____, Facharzt für Orthopädie, am 23. Oktober 2017 ein fachorthopädisches Gutachten erstellt hatte (act. 134), hielt der RAD-Arzt Dr. med. K. _____ am 27. November 2017 fest, dem Vorschlag von Dr. med. I. _____, dem Gutachter Dr. med. J. _____ Gelegenheit zu den Einwendungen der Versicherten zu geben, könne nun gefolgt werden (act. 143). In der Folge verfasste der Experte Dr. med. J. _____ am 14. Januar 2018 einen ergänzenden Bericht (act. 147). In Würdigung dieses Berichts hielt Dr. med. I. _____ am 4. Juni 2018 fest, es bleibe bezüglich der Arbeits(un)fähigkeit bei den bereits getroffenen Feststellungen (act. 149). Gestützt darauf erliess die IVSTA am 13. Juni 2018 eine Verfügung, mit welcher sie – entsprechend dem Vorbescheid vom 21. März 2016 (act. 103) – die bisherige ganze IV-Rente durch eine Viertelsrente ersetzte; die Herabsetzung erfolgte vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (act. 151 f.).

G.

G.a Gegen die Verfügung vom 13. Juni 2018 erhob die Versicherte beim Bundesverwaltungsgericht mit Eingabe vom 11. Juli 2018 Beschwerde und beantragte (sinngemäss) die Aufhebung dieses Entscheids (act. im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden: B-act.*] 1).

Zur Begründung führte sie zusammengefasst aus, bei keiner der vorherigen Revisionen sei eine Verbesserung ihres gesundheitlichen Zustands festgestellt worden. Stattdessen habe sich die IVSTA immer der Ansicht ihrer behandelnden Ärzte angeschlossen. Mit der aktuellen Revision soll sich nun eine Verbesserung des IV-Grades ergeben haben, und das in nicht einmal fünf Jahren. Dem widerspreche sie. Sie habe im Alltag und im Arbeitsleben eigentlich immer noch die gleichen erheblichen Probleme wie zuvor mit ihrer stark eingeschränkten Belastungs- und Konzentrationsfähigkeit, mit der zwischenmenschlichen Interaktion und ihrer ausgeprägten emotionalen Instabilität. Hier habe es leider trotz diverser Therapien nur geringfügige Verbesserungen gegeben. Dies habe sich auch bei den Arbeitsversuchen immer wieder gezeigt. Auch ihr langjähriger Hausarzt Dr. M. _____ und ihr behandelnder Psychiater Dr. G. _____ hätten sich dieser Einschätzung wiederholt angeschlossen und dies mit ihren letzten Attesten bzw. Berichten bestätigt. Auf ihre Argumentation sei die IVSTA mit keinem Wort eingegangen. Deren Begründung beziehe sich im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. J. _____ sowie ihre Arbeitsversuche in den letzten Jahren. Sie lehne Dr. med. J. _____ als Gutachter nachträglich und begründet ab. Aufgrund ihrer Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, Affektivität, Nervosität, Anspannung, Ängstlichkeit, Unsicherheit, emotionalen Instabilität und Niedergeschlagenheit habe sie sich vor dem Gespräch bei Dr. med. J. _____ Notizen gemacht. Dieser habe dann darauf bestanden, dass sie diese weglege, worauf sie gesagt habe, diese zu benötigen, was er jedoch verneint habe. In der Folge sei es ihr schwergefallen, Angaben, Berichte und Beispiele vollständig und korrekt darzulegen. Sie sei zum Zeitpunkt der Begutachtung in einem gefühlt depressiven Zustand gewesen und habe öfters geweint. Durch diesen Zustand sei sie eher passiv gewesen und habe oft nicht mehr die Kraft gehabt, sich zu einer Aussage oder Annahme von Dr. med. J. _____ zu äussern, besonders weil dieser oft sehr dominant, bestimmend und steuernd auf sie gewirkt habe. Ausserdem habe sie Dr. med. J. _____ immer wieder als gereizt und unberechenbar erlebt. Sie habe auch den Eindruck gehabt, dass er wütend auf ihren christlichen Glauben gewesen sei und diesen zum Beispiel durch eine massiv grenzüberschreitende Frage nach vorehelichem

Sex angegriffen habe; dies habe definitiv nichts mit ihrer Arbeitsfähigkeit zu tun. Dr. med. J. _____ habe ihr im Gespräch gesagt, dass es möglich sei, trotz Depressionen zu arbeiten. Dabei habe er ihres Erachtens die Kausalität nicht erkannt, denn die Depressionen seien nie der Grund für ihre Arbeits-/Berufsunfähigkeit, sondern eine Folge ihrer psychischen Symptomatik/Verhaltensauffälligkeit gewesen wie die Arbeits-/Berufsunfähigkeit. Sie habe sich von Dr. med. J. _____ auch nicht ernstgenommen gefühlt. Dem Gutachten nach solle sie gesagt haben, dass sie sich zu 50 % arbeitsfähig erachte, was nicht der Wahrheit entspreche. Sie habe anlässlich der Begutachtung gesagt, dass sie sich für maximal zwei Tage pro Woche arbeitsfähig sehe. Allerdings entspreche dies nicht der Realität. Sie habe diese Aussage aus einem Zustand der ängstlichen Passivität heraus getätigt und habe ihre Angabe dann auch nicht näher erläutern können. Daher widerrufe sie diese Aussage. Ihre zuvor getätigten Aussagen zur Begutachtung könne sie nicht weiter belegen, da bei der Begutachtung keine Zeugen anwesend gewesen seien. Weitere Einwände gegen das Gutachten und die Begutachtung durch Dr. med. J. _____ habe sie in der Anlage G zusammengetragen. Ihre Schwierigkeiten bei der Arbeit beschränkten sich nicht nur auf Planungs- und Teamprobleme, sondern sie habe auch erhebliche Probleme mit der Konzentration bei einfachen Aufgaben und geringer Belastung. Ein schon sehr geringer Leistungsdruck oder eine alltägliche Interaktion mit anderen Menschen könne sie emotional stark und anhaltend destabilisieren. Dies alles habe sie auch gegenüber Dr. med. J. _____ ausführlich und anhand aktueller Beispiele dargelegt. Sie habe versucht, bei ihrem Mann als Bürohilfe zu arbeiten, jedoch rasch gemerkt, dass sie das nicht schaffe. Die (einfachen) Tätigkeiten hätten sie oft belastet, und sie habe vieles aufgrund ihrer Konzentrationsprobleme nicht zu Ende bringen können. Auch habe ihre emotionale Instabilität sie häufig daran gehindert, die ihr gestellten Aufgaben sachlich zu erledigen. Auch im Rahmen ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit hätten ihr immer wieder soziale und emotionale Konflikte mit den festangestellten Mitarbeitern zu schaffen gemacht. Wegen den genannten Konflikten habe sie dann im Sommer 2016 die ehrenamtliche Tätigkeit komplett aufgegeben. Auch die Arbeit im Haushalt habe sie immer wieder überlastet. Selbst ab Sommer 2016 sei die Haushaltsarbeit eine Herausforderung gewesen, welcher sie oft nicht gewachsen gewesen sei. Sie habe versucht, fernab von realen Arbeitsbedingungen zu arbeiten, wobei ihr dies dauerhaft nicht gelungen sei. Sie finde es sehr traurig, dass die IVSTA ihre Versuche nun gegen sie auslege und sogar behaupte, dass sie "zu 53 % arbeitsfähig" wäre, obwohl sie in den letzten 17 Jahren nachgewiesenermassen nicht einmal 20 % geschafft habe. Interessanterweise habe die IVSTA in den Jahren 2000 bis 2001 ihre

Arbeitsversuche während des Bezugs der Teilrente realistisch bewertet, so dass sie dann durch die gescheiterten Arbeitsversuche eine ganze Rente bekommen habe.

G.b Mit Zwischenverfügung vom 18. Juli 2018 wurde die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die Säumnisfolgen (Nichteintreten auf die Beschwerde) aufgefordert, einen Kostenvorschuss von Fr. 800.- in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (B-act. 2 und 3); dieser Aufforderung kam die Beschwerdeführerin nach (B-act. 4).

G.c In ihrer Vernehmlassung vom 7. August 2018 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde (B-act. 6).

Zur Begründung führte sie zusammengefasst aus, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. J. _____ vom 11. Januar 2016 entspreche – wie vom ärztlichen Dienst bestätigt – den Kriterien der Rechtsprechung an eine beweiskräftige Expertise. Zu den von der Beschwerdeführerin dagegen erhobenen Einwänden habe der Gutachter am 14. Januar 2018 einlässlich Stellung genommen und deren Unbegründetheit dargelegt. Es fänden sich keine sachlichen Anhaltspunkte, welche Anlass dazu geben würden, die Objektivität des Gutachters in Zweifel zu ziehen. Dieser habe die Leiden der Beschwerdeführerin ernst genommen und im Gutachten objektiv und vorurteilslos dazu Stellung genommen. Es sei somit kein Grund ersichtlich, weshalb dem Eventualantrag auf Einholung eines weiteren psychiatrischen Gutachtens Folge geleistet werden sollte. Was die von der Beschwerdeführerin beschwerdeweise aufgrund ihrer Erfahrungen in den letzten Jahren geltend gemachte Arbeitsfähigkeit von höchstens 20 % betreffe, sei festzuhalten, dass es sich bei den ausgeübten Tätigkeiten gemäss der Beurteilung des Gutachters um Tätigkeiten gehandelt habe, welche angesichts der psychischen Problematik der Beschwerdeführerin für diese äusserst ungeeignet gewesen seien. Dieser Sachverhalt werde auch durch die mit der Beschwerde vorgelegten Aussagen des Ehemannes und der Schwester bestätigt. Dementsprechend sei die in solchen Tätigkeiten erreichte Arbeitsfähigkeit nicht aussagekräftig in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in Verweisungstätigkeiten (dem Leiden angepasste, einfache und keine Ansprüche an die Sozialkompetenz stellenden Arbeiten). Die gutachterliche Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 60 % in wirklich angepassten Tätigkeiten werde durch die von der Beschwerdeführerin geschilderten Erfahrungen folglich nicht widerlegt.

G.d Nachdem der Ehemann das Bundesverwaltungsgericht mit Eingabe vom 30. August 2018 über die stationäre Hospitalisierung der Beschwerdeführerin orientiert und um eine Fristerstreckung zur Einreichung der Replik ersucht hatte (B-act. 11), hiess die Instruktionsrichterin das Fristerstreckungsgesuch insofern teilweise gut, als sie die Frist bis zum 19. Oktober 2018 erstreckte. Weiter wies sie die Beschwerdeführerin an, innert gleicher Frist eine Vollmacht nachzureichen, mit welcher ihr Ehemann bevollmächtigt werde, sie im vorliegenden Verfahren zu vertreten (B-act. 12); die entsprechende Vollmacht vom 17. September 2018 ging am 25. September 2018 beim Bundesverwaltungsgericht ein (B-act. 13)

G.e Nachdem die Instruktionsrichterin mit prozessleitender Verfügung vom 17. Oktober 2018 (B-act. 15) die Frist zur Einreichung einer Replik antragsgemäss (B-act. 14) bis zum 10. Dezember 2018 erstreckt hatte, ging am 21. November 2018 die Replik der Beschwerdeführerin vom 17. November 2018 beim Bundesverwaltungsgericht ein (B-act. 16).

Darin führte sie zusammengefasst aus, die psychische Symptomatik habe sich gegenüber den Jahren 2000/2001 weder qualitativ noch quantitativ signifikant geändert. Ebendiese Symptomatik und nicht die "(Nummer einer)" Diagnose verhindere eine normale Teilnahme am Arbeitsleben. Die Ärzte und Therapeuten hätten ihr immer wieder gesagt, dass eine Diagnostik in ihrem Fall sehr schwierig sei, da viele unterschiedliche Problematiken zusammenkämen und somit eine differentialdiagnostische Abgrenzung schwierig bis unmöglich sei. Sie stimme mit der IVSTA nicht überein, dass ein derartiges Gutachten wie von Dr. med. J. _____, primär resultierend aus einer viertelstündigen interviewartigen Befragung bei dominanter Gesprächsführung des Befragers, hunderte Kilometer von ihrem Wohnort entfernt, in einer für sie extrem belastenden und angespannten Situation, eine signifikant höhere Aussagekraft haben müsse als die Aussagen von Personen, die sie regelmässig, teilweise täglich über Jahre in Alltags- und Arbeitssituationen erlebten bzw. erlebt hätten. Zum orthopädischen Gutachten von Dr. med. L. _____ könne sie leider keine Stellung nehmen, da ihr dieses nicht vorliege. Sie vertrete jedoch den Standpunkt, dass eine Invalidität allein aus ihrer psychischen Symptomatik heraus schon hinreichend und ausreichend für eine ganze Rente sei. Während ihres stationären Aufenthalts habe auch das von diversen Ärzten bisher oft schon vermutete ADHS definitiv bestätigt werden können. Die Diagnose ADHS zusammen mit der gegebenen Komorbidität erklärten ihrer persönlichen Ansicht nach ihre psychische Problematik und deren massive Auswirkungen im Alltag und im Arbeitsleben besser als die zuvor gestellten Diagnosen,

auch wenn die Diagnostik sicher weiterhin kompliziert oder gar komplex sei. Sie habe genauso eine Tätigkeit, wie von der Vorinstanz vorgeschlagen, als ungelernete Bürohilfe bei ihrem Ehemann ausgeübt. Aufgrund der psychischen Problematik sei sie jedoch regelmässig gescheitert und habe sich schnell damit überfordert gefühlt, obwohl diese Aufgabe keine Ansprüche an Planung oder Teamfähigkeit an sie gestellt habe und auch unmittelbar aus sich wiederholenden Arbeitsabläufen bestanden habe. Eine erhöhte Arbeitsfähigkeit wäre im Rahmen ihrer Belastbarkeit wohl bestenfalls nur durch Vermeidung sämtlicher Kontakte mit Menschen möglich. Doch sogar Dr. med. J. _____ habe festgestellt, dass für sie bei der Arbeit der verbale Austausch nicht zu kurz kommen dürfe. Dazu komme dann noch, dass ihre Ablenkbarkeit bei einfachen Tätigkeiten sehr hoch sei. Ihr Dilemma bestehe darin, dass sie einerseits die soziale Interaktion mit Menschen benötige, und andererseits, dass sie diese oft überhaupt und gar nicht (richtig) kognitiv verarbeiten könne. Und genau deswegen sei eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 20 % für sie aktuell einfach nicht realistisch.

G.f In ihrer Duplik vom 28. Dezember 2018 beantragte die Vorinstanz weiterhin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie auf den Bericht des RAD-Arztes Dr. med. I. _____ vom 18. Dezember 2018 (B-act. 18).

G.g Mit prozessleitender Verfügung vom 17. Januar 2019 schloss die Instruktionsrichterin unter dem Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen den Schriftenwechsel (B-act. 19 und 20).

G.h Im Rahmen der prozessleitenden Verfügung vom 5. März 2020 wurde der Beschwerdeführerin die Möglichkeit eingeräumt, bis zum 20. April 2020 zur beabsichtigten Rückweisung an die Vorinstanz zur Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen Stellung zu nehmen oder die Beschwerde allenfalls zurückzuziehen (B-act. 22). Innert Frist liess sich die Beschwerdeführerin nicht vernehmen.

G.i Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften und Beweismittel der Parteien ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 VwVG; BVGE 2016/15 E. 1; 2014/4 E. 1.2).

1.1 Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG; SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG; SR 172.021), soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a - 26^{bis} und 28 - 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

1.3 Als direkte Adressatin ist die Beschwerdeführerin von der angefochtenen Verfügung vom 13. Juni 2018 (B-act. 152) berührt und kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 63 Abs. 4 VwVG) ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (B-act. 4), einzutreten.

1.4 Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 13. Juni 2018, mit welcher die Vorinstanz in Anwendung von Art. 88^{bis} Abs. 2 Bst. a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die

Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) die ganze IV-Rente der Beschwerdeführerin auf eine Viertelsrente herabgesetzt hat. Strittig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieser Verfügung und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

1.5 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

1.6 Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet zum einen sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seine Entscheidung, 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. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

2.

Im Folgenden sind die weiteren, im vorliegenden Verfahren im Wesentlichen anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

2.1 Die Beschwerdeführerin ist schweizerische Staatsbürgerin. Aufgrund ihres Wohnsitzes in Deutschland besteht in räumlicher Hinsicht ein internationaler Sachverhalt mit Bezug zur EU, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zu beachten sind. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch

die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

2.2 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). Im vorliegenden Verfahren finden demnach jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 13. Juni 2018 (act. 152) in Kraft standen (so auch die Normen der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Fassung des IVG vom 18. März 2011 [6. IV-Revision]); weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

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

2.4 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG so-

wie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser Schaden auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

2.5 Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2, 141 V 281 E. 2.1.1). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7, 141 V 281 E. 4.1). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach 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 oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 und E. 2.2). Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrahmens mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsrahmen ist rechtlicher Natur (E. 5). 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 (E. 6).

2.6 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1). Dies trifft vorliegend auf die Beschwerdeführerin zu.

2.7 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Das Institut der Revision von Invalidenrenten gilt für alle Sozialversicherungen, welche Invalidenrenten ausrichten, und wurde vom Gesetzgeber in Weiterführung der entsprechenden bisherigen Regelungen übernommen. Da somit keine davon abweichende Ordnung beabsichtigt war, ist auch die dazu entwickelte Rechtsprechung grundsätzlich anwendbar (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 und E. 3.5.4). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3, 130 V 343 E. 3.5). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte

gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3, 117 V 198 E. 4b).

2.8 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 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). Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4).

Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche

in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2).

2.9 Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den – den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden – Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung

des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 6.1.2). Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 E. 6.1.3).

3.

Vorab sind in einem ersten Schritt die beiden massgeblichen Vergleichszeitpunkte zu bestimmen:

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

bis 31. Dezember 2011 Art. 74^{quater} IVV), in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

3.2 Im Rahmen der unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 31. Januar 2002 (act. 24) erhöhte die SVA C._____ die mit ursprünglicher Verfügung vom 31. Oktober 2000 mit Wirkung ab 1. Juni 2000 zugesprochene halbe IV-Rente (act. 9) ab 1. Juli 2001 auf eine ganze Rente. Diese Rente wurde – nach der am 3. Januar 2006 durch das SVZ E._____ erfolgten Bestätigung (act. 44 S. 1 und 2) – letztmals von der IVSTA mit Mitteilung vom 2. Dezember 2010 bestätigt (act. 65). Die Vorinstanz stützte sich dabei insbesondere auf die Stellungnahme von Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 18. November 2010 (act. 64). Obwohl Dr. med. H._____ nicht über einen Facharztstitel in den Disziplinen Psychiatrie und Psychotherapie verfügt, ist zum damaligen Zeitpunkt von einer gerade noch rechtskonformen medizinischen Sachverhaltsabklärung auszugehen. Der Grund liegt insbesondere im Umstand, dass Dr. med. H._____ zum damaligen Zeitpunkt aktuelle Berichte des Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. med. G._____ vom 20. Juli 2010 (act. 56 und 57) würdigte und es sich somit um eine ärztliche Beurteilung eines damals an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts, welcher zuvor von einem Facharzt mit den erforderlichen ärztlichen Qualifikationen festgestellt worden war, gehandelt hatte (vgl. E. 2.8 hier vor).

3.3 Nach dem vorstehend Dargelegten ist zusammenfassend festzuhalten, dass im vorliegenden Fall die massgeblichen zeitlichen Vergleichszeitpunkte die Mitteilung vom 2. Dezember 2010 (act. 65) sowie die vorliegend angefochtene Revisionsverfügung vom 13. Juni 2018 (act. 152) bilden. Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in der Zeit vom 2. Dezember 2010 bis zum 13. Juni 2018 in rentenrelevanter Weise verändert resp. verbessert hat.

4.

Im Rahmen des Erlasses der Mitteilung vom 2. Dezember 2010 (act. 65) dienten der Vorinstanz – wie bereits vorstehend erwähnt (vgl. E. 3.2 hier vor) – als Entscheidungsbasis in medizinischer Hinsicht die Stellungnahme von Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 18. November 2010 (act. 64) sowie die Berichte des Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. med. G._____ vom 20. Juli 2010 (act. 56 und 57).

4.1 Dr. med. G. _____ diagnostizierte in seinen Berichten vom 20. Juli 2010 eine rezidivierende depressive Störung sowie einen Verdacht auf eine bipolare Störung II. Weiter führte er zusammengefasst aus, "aktuell" bestehe ein leichtes Stimmungshoch bei über lange Zeiträume bestehenden depressiven Phasen. Daraus ergebe sich eine verminderte Belastbarkeit. Die Versicherte gerate in Überforderungssituationen. Es bestehe eine verminderte berufliche und soziale Anpassungsfähigkeit. Der psychiatrische Befund präsentierte sich dabei am 24. Juni 2010 wie folgt: "Wach, voll orientiert, Stimmung leicht gehoben, formal geordnet, keine inhaltlichen Denkstörungen, Antrieb indifferent. Im Verhalten kooperativ, keine Störung der Auffassung und Konzentration, verminderte Belastbarkeit. Stimmungsschwankungen. Keine Ich-Störung, keine Trugwahrnehmung, kein paranoides Erleben, nicht suizidal".

4.2 In seiner Stellungnahme vom 18. November 2010 gab Dr. med. H. _____ einzelne Passagen der Berichte von Dr. med. G. _____ wieder und hielt dafür, dass der Untersuchungsbefund vom 24. Juni 2010 weitgehend normal sei; trotzdem müsse aufgrund der lang dauernden depressiven Phasen und unveränderten Diagnosen ein stationärer Zustand akzeptiert werden.

5.

Anlässlich der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 13. Juni 2018 (act. 152) dienten der Vorinstanz in medizinischer Hinsicht als Entscheidungsbasis insbesondere zahlreiche Stellungnahmen der Dres. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und K. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11. Januar 2016 bzw. der ergänzende Bericht vom 14. Januar 2018 sowie die fachorthopädische Expertise von Dr. med. L. _____, Facharzt für Orthopädie, vom 23. Oktober 2017. Die relevantesten dieser ärztlichen Dokumente sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

5.1

5.1.1 In seinem Gutachten vom 11. Januar 2016 (act. 99) diagnostizierte der Psychiater und Psychotherapeut Dr. med. J. _____ rezidivierende depressive Episoden unterschiedlichen Ausmasses, zum Zeitpunkt der Untersuchung remittiert (ICD-10: F33.4), und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und unreifen Zügen (ICD-10: F61).

Weiter berichtete Dr. med. J. _____, für eine bipolare Störung seien die vorhandenen Berichte wenig überzeugend. Es würden keine klar abgrenzbaren Phasen erhöhten Antriebs, gesteigerter Aktivität, gehobener Stimmung, überdrehten Denkens, vermehrter Gleichgültigkeit beschrieben. Auch im Gespräch mit der Versicherten liessen sich weder manische resp. submanische Phasen herauschälen. Die ADHS-Abklärung in mehreren Sitzungen im Frühjahr 2015 hätten zwar gewisse geringfügige kognitive Einschränkungen ergäben, die für ein ADHS sprächen. Da dieses auch bedingt sein könnte durch die gleichzeitig vorliegende leichte depressive Symptomatik, sei die Diagnose eines ADHS nicht vergeben und dementsprechend auch keine Behandlung initiiert worden. Der einzige Hinweis auf eine psychotische Symptomatik sei ein nicht näher beschriebener "fast katatonen" Zustand in der Adoleszenz. Möglicherweise habe es sich dabei um eine psychotiforme Adoleszentenkrise gehandelt. Die Hinweise genügten weder für die Diagnose einer bipolaren noch einer schizoaffektiven Störung. Wahrscheinlicher sei, dass die diagnostizierten submanischen Symptome Ausdruck der ausgeprägten emotionalen Labilität bei einer Persönlichkeit mit emotional instabilen und unreifen Zügen seien. Gar keine Hinweise finde er für die vom Universitätsklinikum in Münster festgehaltenen "schizotypen Merkmale". Im aktuellen psychiatrischen Befund sei keine Depression auszumachen. Im Vordergrund stünden Merkmale seitens der Persönlichkeit aus der Domäne negativer Affektivität, die zusammen mit dem eingeschränkten Funktionsniveau im praktischen Leben, dem vulnerablen Selbstwert, den hohen persönlichen Ansprüchen und Erwartungen, der hohen Selbstbezogenheit und der impulsiven, oft konflikthaften zwischenmenschlichen Beziehungen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und unreifen Zügen wahrscheinlich machten. Deren Ausprägung wäre als mittelgradig einzustufen. ADHS und emotional instabile Persönlichkeit würden als Störung oft gemeinsam auftreten. Eine turbulente, dramatische Adoleszenz mit dem Aspekt einer Affektpsychose habe bei der Versicherten im Jahr 2000 aufgrund einer psychischen Krankheit zur Berentung geführt. Noch 2001 sei sie anlässlich einer Abklärung im beruflichen Trainingszentrum als zu schwer gestört erachtet worden, als dass eine berufliche Massnahme möglich gewesen wäre. Aus der Rückschau mache es den Anschein, als ob in den Jahren danach die Symptomatik abgeflaut wäre. Es sei nebst häufigen – wahrscheinlich persönlichkeitsbedingten – Stimmungsschwankungen vereinzelt zu depressiven Episoden gekommen. Die zu Beginn bestehende Dramatik sei nicht mehr aufgetreten. Wenn man die Intensität der Beanspruchung psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlungen als Richtschnur nehmen dürfe, scheine der Leidensdruck abgenommen zu haben. Trotzdem sei weiterhin

eine verminderte Belastbarkeit und konsekutive Invalidität angenommen worden. Bezüglich ihrer mentalen Funktionen sei die Versicherte eingeschränkt. Im Vordergrund der funktionellen Einschränkungen stünden die Funktionen von Temperament und Persönlichkeit. Weiter sei die Funktion der Aufmerksamkeit "grenzwertig". In Aktivität und Partizipation seien ebenfalls diverse Funktionsbereiche eingeschränkt. Die erwähnten mentalen Defizite und Einschränkungen in Aktivität und Partizipation genügten aber nicht, um eine Invalidität zu postulieren. Grundsätzlich sei eine theoretische Restarbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit vorhanden. Die Frage sei nur, für welche Tätigkeit. Eine angepasste Tätigkeit wäre aufgrund geringer beruflicher Ressourcen notwendigerweise eine Hilfsarbeit, welche die aufgelisteten Kriterien erfüllen müsste. Im angestammten Bereich als medizinische Praxisassistentin sei eine Arbeitstätigkeit nicht denkbar. In den jeweils nur sporadisch und stundenweise ausgeübten Hilfstätigkeiten in Kinder- und Altenbetreuung sowie im Bürobereich habe sich gezeigt, dass die Versicherte eine berufliche Kontinuität nicht habe erreichen können. Diese beruflichen Bereiche seien inkompatibel mit ihrer Persönlichkeit. Es bestehe aktuell eine theoretische Restarbeitsfähigkeit. Er sehe keine Gründe für eine zeitliche Einschränkung einer allfälligen beruflichen Tätigkeit. Diese könnte in Vollzeit bei vermindertem Leistungsanspruch ausgeübt werden. Die funktionelle Leistungsfähigkeit sei durch die Probleme mentaler Art und die Einschränkungen in Partizipation und Aktivität bedingt. Es bestehe mithin eine theoretische Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit von 60 bis 70 %. Eine solche wäre aufgrund geringer beruflicher Ressourcen notwendigerweise eine Hilfsarbeit. Sie müsste Kriterien erfüllen, damit die Versicherte die vorhandene Leistungsfähigkeit auch nutzen könnte (Tätigkeit, in der Teamfähigkeit nicht gefordert sei; sich wiederholende Arbeitsabläufe; Arbeiten, die keine grossen Ansprüche an planendes Denken verlangten; der mögliche Arbeitsplatz müsste die motorischen Unruhe, die Unfähigkeit, während längerer Zeit stillzuhalten, berücksichtigen; Aufnahme einer Psychotherapie, wo die notwendigerweise auftretenden zwischenmenschlichen und inneren Konflikte bearbeitet werden könnten). Es seien Berufsfachpersonen gefordert, eine entsprechende Aufgabe, einen möglichen Arbeitsplatz zu finden. Im Haushalt sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Die attestierte Arbeitsfähigkeit bestehe seit dem Zeitpunkt der Begutachtung. Die Zeit davor sei retrospektiv schwer einzuschätzen. Es scheine sich in den letzten zehn Jahren wenig am Krankheitsverlauf geändert zu haben (übliche Stimmungsschwankungen, die gewohnten zwischenmenschlichen Konflikte und Aufregungen). Geändert habe er, Dr. med. J. _____, lediglich die diagnostische Sichtweise der psychopathologischen Manifestationen, deren Auswirkungen auf die

funktionelle Leistungsfähigkeit und den therapeutischen Fokus. Die therapeutischen Optionen seien in den letzten zehn Jahren auch keineswegs ausgeschöpft worden. Eine kontinuierliche Psychotherapie habe nicht stattgefunden. Stattgefunden hätten lediglich halbherzige, symptomorientierte psychopharmakologische Behandlungen. Von einer Psychotherapie könnte die Versicherte bezüglich Lebensqualität und beruflicher Leistungsfähigkeit profitieren und mithin die Prognose verbessern. Eine Psychotherapie sei deshalb eine zumutbare Auflage.

5.1.2 In seiner Stellungnahme vom 12. Februar 2016 attestierte Dr. med. I. _____ der Versicherten in der Tätigkeit als medizinische Praxisassistentin ab dem 1. Juli 2001 keine Arbeitsfähigkeit mehr und in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit ab dem 27. Oktober 2015 (Untersuchung beim Gutachter Dr. med. J. _____ eine 40%ige Leistungsunfähigkeit. Weiter berichtete er zusammengefasst, Dr. med. J. _____ sei zum Ergebnis gelangt, dass bei der Versicherten in diagnostischer Hinsicht eine Persönlichkeitsstörung vorliege mit in der Vergangenheit häufiger aufgetretenen depressiven Episoden unterschiedlicher Schweregrade, aktuell aber ein remittierter Zustand vorliege. Insgesamt könne der Gutachter keine derart gravierenden Einschränkungen des Gesundheitszustandes feststellen, sodass eine Restarbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit vorhanden sei, die er im Ausmass von 60 % für zumutbar halte. Ausserdem habe die Versicherte eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aufzunehmen (act. 101).

5.1.3 Nach Vorlage von Arztberichten seitens der Beschwerdeführerin war Dr. med. I. _____ am 7. Oktober 2016 der Auffassung, dass diese Dokumente die von Dr. med. J. _____ vorgenommene Beurteilung nicht in Frage zu stellen vermöchten, da sie keine neuen Gesichtspunkte enthielten. Diese seien zum Teil schon berücksichtigt worden und nach Umfang und inhaltlicher Qualität nicht geeignet, eine andere als die im Schlussbericht vom 12. Februar 2016 getroffene Einschätzung zu ermöglichen (act. 114).

5.1.4 Nachdem gemäss vorinstanzlicher interner Notiz vom 4. April 2017 unter anderem darauf hingewiesen worden war, Dr. med. I. _____ anzufragen, ob das Gutachten von Dr. med. J. _____ vom 11. Januar 2016 nach den neuen Standardindikatoren ausgewertet werden könne (act. 122), empfahl Dr. med. I. _____ am 1. Juni 2017 die Einholung einer weiteren IV-internen RAD-Stellungnahme (act. 124 S. 5 und 6). Im entsprechenden, von Dr. med. K. _____ am 12. Juni 2017 verfassten Bericht

fürte dieser zusammengefasst aus, eine somatoforme Schmerzstörung oder ähnliche Beeinträchtigungen, die anhand der Standardindikatoren evaluiert werden müssten, seien von Dr. med. J. _____ in seinem Gutachten ausgeschlossen worden. Aus der vorliegenden Dokumentation könne aus somatischer, physikalisch-rehabilitativer und orthopädischer Sicht nicht auf eine andauernde Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden. Insbesondere die zuletzt ausgeführte leichte Bürotätigkeit scheine zumutbar. Zur Untermauerung der These wäre ein ausführlicher orthopädischer Arztbericht mit Beschreibung der Funktionsdefizite und mit Aussagen zur Arbeits(un)fähigkeit in angestammter/angepasster Tätigkeit hilfreich (act. 124 S. 3 und 4). Dieser Auffassung schloss sich auch Dr. med. I. _____ am 22. Juni 2017 an (act. 124 S. 1 und 2).

5.1.5 Dr. med. L. _____, Facharzt für Orthopädie, diagnostizierte in seinem Gutachten vom 23. Oktober 2017 ein chronisch rezidivierendes LWS-Syndrom (ohne Nervenwurzelreizsymptomatik bei leichter Fehlstatik der Wirbelsäule ohne wesentliche Bewegungseinschränkungen und röntgenologisch nachweisbaren geringen degenerativen Veränderungen), ein chronisch rezidivierendes HWS-Syndrom (ohne Nervenwurzelreizsymptomatik, ohne wesentliche Bewegungseinschränkungen der HWS bei kernspintomographisch nachgewiesenen flachen Protrusionen HWK 3 und HWK 5/6 sowie relativer spinaler Enge bei HWK 5/6) sowie eine Chondropathia patellae am linken Knie (ohne intraarticuläre Reizsymptomatik und ohne Bewegungseinschränkung). Aufgrund der vorliegenden Befunde sei die Versicherte aus orthopädischer Sicht noch in der Lage, leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten zu verrichten (Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen, keine Arbeiten mit Zwangshaltungen, keine Überkopfarbeiten, ohne häufiges Bücken, keine mit häufigem Knien oder in die Hocke gehenden verbundenen Arbeiten, Tragen und Bewegen von Lasten bis 10 kg, gelegentlich bis 15 kg möglich, keine Arbeit bei Nässe, Zugluft oder extrem schwankenden Temperaturen). Weiter führte er zusammengefasst aus, die Versicherte könne ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Altenbetreuung oder auch in ihrem Ausbildungsberuf als Arzthelferin in einem Zeitrahmen von 6 und mehr Stunden verrichten. Auch Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könnten unter Berücksichtigung des positiven und negativen Leistungsbildes in einem Zeitrahmen von 6 und mehr Stunden ausgeführt werden. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben würden im orthopädischen Fachgebiet keine wesentliche Verbesserung des Leistungsvermögens ergeben (act. 134).

5.1.6 Mit Datum vom 27. November 2017 hielt Dr. med. K. _____ dafür, aus dem Gutachten von Dr. med. L. _____ gehe klar hervor, dass aus somatischer/orthopädischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege. Somit bleibe es bei der Beurteilung durch Dr. med. I. _____ vom 12. Februar 2016. Dem Vorschlag von diesem, Dr. med. J. _____ Gelegenheit zur Stellungnahme zu den Einwendungen der Versicherten zu geben, könne nun gefolgt werden (act. 143).

5.1.7 Im Rahmen seiner Gutachtensergänzung vom 14. Januar 2018 bemerkte Dr. med. J. _____ zusammenfassend, er sehe keine Aspekte, seine Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit und die Angaben zu einer möglichen Tätigkeit zu revidieren. Naturgemäss habe die Versicherte Angst, ihre gewohnte Lebenssituation zu verändern, und Angst, zu versagen. Aus diesem Grund wäre es eben wichtig, dass sie in einer kontinuierlichen psychiatrischen Betreuung stünde. Die medizinischen Akten gäben auch keine weiteren konkreten Einsichten. Insgesamt sehe er auch aufgrund der neueren medizinischen Akten keinen Anlass, seine Beurteilung von Januar 2016 zu überarbeiten. Die von der Versicherten selbst attestierte Besserung des Zustands sehe er auch so, allerdings in einem höheren Ausmass (act. 147).

5.1.8 In seinem Schlussbericht vom 4. Juni 2018 führte Dr. med. I. _____ im Wesentlichen aus, Dr. med. J. _____ habe sich in der Stellungnahme vom 14. Januar 2018 ausführlich mit den von der Versicherten vorgebrachten Einwänden auseinandergesetzt. Dieser könne keine Gesichtspunkte und Hinweise erkennen, die eine andere als die von ihm im Gutachten vom 11. Januar 2016 getroffene Feststellung zuliessen. Die somatisch-orthopädische Untersuchung habe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben. Es bleibe daher bezüglich Arbeitsfähigkeit/Arbeitsunfähigkeit bei der in den Berichten vom 12. Februar und 7. Oktober 2016 getroffenen Feststellung (act. 149).

5.2 Zwar ist das psychiatrische Gutachten von Dr. med. J. _____ vom 11. Januar 2016 umfassend. Es beruht weiter auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Dennoch bildet es für den vorliegenden Fall aufgrund der nachfolgenden Erwägungen (vgl. E. 5.2.1 ff.) keine vollständige, rechtsgenügende Entscheidungsgrundlage. Dies gilt mangels Erfüllens der allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht auch für die im Sinne von Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG verfassten Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dr. med. I. _____ und K. _____.

5.2.1 Zwar kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die – von der Beschwerdeführerin monierte – Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (SVR 2017 IV Nr. 75 S. 232 E. 4.3, 2016 IV Nr. 35 S. 110 E. 3.2.2). Auch steht der Umstand, dass die Beschwerdeführerin weder von Dr. med. I. _____ noch von Dr. med. K. _____ selber untersucht worden war, der Beweiskraft der Stellungnahmen dieser Ärzte grundsätzlich nicht entgegen. In Ermangelung einer fachärztlichen Beurteilung eines – aufgrund eines beweiskräftigen medizinischen Dokuments – an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts kann darauf jedoch nicht abgestellt werden (vgl. E. 2.8 hiervor und E. 5.2.2 hiernach).

5.2.2 Die Expertise von Dr. med. J. _____ wurde am 11. Januar 2016 und mithin zwei Jahre und etwas mehr als fünf Monate vor dem massgebenden Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 13. Juni 2018 (BGE 129 V 169 E. 1 mit Hinweisen) erstellt. Mit Blick auf die vom 14. Januar 2018 datierende Gutachtensergänzung vermöchte die Expertise in zeitlicher Hinsicht zwar eine rechtsgenügende Beurteilungsgrundlage zu bilden. Da sie jedoch gewisse Unklarheiten aufweist, kann darauf in Anwendung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. E. 2.8 hiervor) nicht abgestellt werden. Der Hauptgrund dafür ist folgender: Einerseits berichtete Dr. med. J. _____, die von der Versicherten selbst attestierte Besserung des Zustands sehe er auch so, und es mache den Anschein, dass in den Jahren nach 2001 die Symptomatik abgeflaut wäre und die zu Beginn bestehende Dramatik nicht mehr aufgetreten sei resp. der Leidensdruck abgenommen zu haben scheine. Andererseits führte Dr. med. J. _____ explizit aus, es scheine sich in den letzten zehn Jahren wenig am Krankheitsverlauf geändert zu haben; aus seiner Sicht habe lediglich die diagnostische Sichtweise der psychopathologischen Manifestationen und deren Auswirkungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit eine Änderung erfahren. Da aus diesen teilweise hypothetischen Ausführungen nicht klar hervorgeht, ob bei der Beschwerdeführerin tatsächlich eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hatte (vgl. E. 2.9 hiervor), oder ob es sich bei der Beurteilung von Dr. med. J. _____ lediglich um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts handelt, was im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich zu bleiben hat (SVR 2011 IV Nr. 1 S. 1, 8C_972/2009 E. 3.2; Urteil 8C_133/2013 vom 29. Mai 2013 E. 4.1), vermag die Expertise von Dr. med. J. _____ in medizinischer Hinsicht keine rechtsgenügende Ent-

scheidbasis zu bilden. Ergänzend ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass eine weggefallene Diagnose – gemäss Dr. med. J. _____ den von Dr. G. _____ am 20. Juli 2010 geäusserten Verdacht auf eine bipolare Störung II – nicht per se einen Revisionsgrund darstellt, da damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverbesserung nicht zwingend ausgewiesen ist. Eine weggefallene Diagnose bedeutet nur dann eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (vgl. BGE 141 V 9 E. 5.2 mit Hinweisen). Diese Frage lässt sich jedoch – wie bereits oben erläutert – noch nicht rechtsgenüglich beantworten.

5.2.3 Weiter war Dr. med. J. _____ der Ansicht, dass ein ADHS und eine emotional instabile Persönlichkeit als Störung oft gemeinsam auftreten würden, die Diagnose eines ADHS nicht vergeben und entsprechend keine Behandlung initiiert worden seien. Diesbezüglich ist mit Blick auf den Entlassungsbericht der Klinik N. _____ vom 26. September 2018 (B-act. 16 Anlage A) – welcher im vorliegenden Beschwerdeverfahren ebenfalls zu berücksichtigen ist (zu den Voraussetzungen der Ausdehnung des Anfechtungs- resp. Streitgegenstands vgl. BGE 130 V 501 E. 1.2, 122 V 3 E. 2a; BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweisen) – festzuhalten, dass sich die Beschwerdeführerin im Verlauf der vom 15. August bis 25. September 2018 durchgeführten stationären Behandlung mit einer erheblich ausgeprägten Depressionssymptomatik mit rezidivierendem Störungsverlauf präsentiert hat, wobei ein hierfür relevanter Vulnerabilitätsfaktor im sehr ausgeprägten ADHS mit nunmehr Persistenz ins Erwachsenenalter, welches nie störungsspezifisch psychotherapeutisch und medikamentös behandelt worden sei, liege. Zwar sind ausländische Ärzte und Ärztinnen sowie Kliniken mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin nicht vertraut (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C-3826/2014 vom 19. November 2015 E. 5.3), und lassen eine oder mehrere Diagnosen für sich alleine genommen keinen Schluss auf eine gesundheitlich bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zu (vgl. BGE 132 V 65 E. 3.4 mit Hinweisen). Dem Umstand, dass die Klinik N. _____ nun – nach blosserem vorangehendem Verdacht – die Diagnose eines ADHS gestellt hat, ist im Rahmen weiterer medizinischer Abklärungen auch unter dem Aspekt, dass gemäss Dr. med. J. _____ das ADHS und eine instabile Persönlichkeit als Störung oft gemeinsam auftreten würden, Rechnung zu tragen.

5.2.4 Hinzu kommt weiter, dass mit Blick auf die psychisch-psychiatrische Seite auch auf die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen ist. Gemäss dieser erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 und BGE 141 V 281 E. 4.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6), wobei dies – wie von Dr. med. K. _____ in seiner Stellungnahme vom 12. Juni 2017 erwähnt – nicht nur für eine somatoforme Schmerzstörung oder ähnliche Beeinträchtigungen, sondern gemäss der am 30. November 2017 erfolgten, präzisierenden Rechtsprechung von BGE 141 V 281 für sämtliche psychische Störungen gilt (BGE 143 V 418 und BGE 143 V 409). Da im vorliegenden Fall bisher keine solche Prüfung stattgefunden hatte und Dr. med. K. _____ nicht über einen Facharztstitel in der medizinischen Disziplin Psychiatrie und Psychotherapie verfügt, kann auch nicht per se im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung (vgl. hierzu BGE 136 I 229 E. 5 und 131 I 153 E. 3; SVR 2007 IV Nr. 45 S. 149 E. 4; Urteil des BGer I 9/07 vom 9. Februar 2007 E. 4) davon ausgegangen werden, dass betreffend die bei der Beschwerdeführerin vorliegenden psychischen Beschwerden von einer zusätzlichen, medizinisch nachvollziehbar und schlüssig begründeten Expertise keine verwertbaren entscheiderelevanten Erkenntnisse zum Grad der Arbeitsunfähigkeit und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu erwarten sind (vgl. zum Ganzen Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). Zwar würde die nach altem Verfahrensstandard eingeholte psychiatrische Expertise von Dr. med. K. _____ vom 11. Januar 2016 rechtsprechungsgemäss nicht per se ihren Beweiswert verlieren (vgl. hierzu BGE 141 V 281 E. 8). Da diese jedoch – wie vorstehend dargelegt – hinsichtlich der Verbesserung des Gesundheitszustands Unklarheiten aufweist und sie überdies auch nicht rechtsgenügend Aufschluss gibt über das Ausmass und die Dauer der während den vergangenen Jahren vorliegenden Arbeits- und Leistungsunfähigkeiten, reicht eine bloss punktuelle Ergänzung dieser Expertise nicht aus. Vielmehr ist – obwohl retrospektive Beurteilungen der Arbeitsunfähigkeit schwierig sind und deshalb entsprechende Begutachtungen erhöhten Ansprüchen genügen müssen (vgl. hierzu Urteil des BVer C-1421/2013 vom 29. September 2014 E. 3.4.2 mit Hinweis) – eine neue umfassende medizinische Begutachtung in die Wege zu leiten. In diesem Zusammenhang ist mit Blick auf die persönliche

Kritik der Beschwerdeführerin an Dr. med. J. _____ (gereiztes, unberechenbares und dominantes Verhalten, grenzüberschreitende Fragen etc.) zu erwähnen, dass sich die entsprechenden Ausführungen zwar nicht verifizieren lassen. Jedoch ist im vorliegenden Entscheid darauf hinzuweisen, dass die Anforderungen an die medizinische Begutachtung, wie sie in BGE 137 V 210 für polydisziplinäre MEDAS-Begutachtungen umschrieben worden sind, grundsätzlich auch auf mono- und bidisziplinäre Expertisen sinngemäss anwendbar sind. Das gilt sowohl für die justiziablen Garantien (Partizipationsrechte, Verfügungspflichten und Rechtsschutz) als auch für die appellativen Teilgehälte von BGE 137 V 210 (BGE 139 V 349 E. 5.4).

5.2.5 Die gesundheitlichen Probleme der Beschwerdeführerin sind nicht nur auf psychische, sondern auch auf somatisch-orthopädische Beeinträchtigungen zurückzuführen. Zwar berichtete der Orthopäde Dr. med. L. _____ in seinem Gutachten vom 23. Oktober 2017 trotz der gestellten Diagnosen, dass die Versicherte sowohl ihre angestammte und zuletzt ausgeübte Tätigkeit als auch eine Verweisungstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter Berücksichtigung des positiven und negativen Leistungsbildes in einem Zeitrahmen von sechs und mehr Stunden ausüben könnte. Jedoch ist fraglich und nicht rechtsgenügend erstellt, ob die Beschwerdeführerin trotz den von Dr. med. L. _____ hinsichtlich der noch möglichen und zumutbaren Arbeiten erwähnten zahlreichen gewichtigen Einschränkungen (vgl. E. 5.1.5 hiervor) auch ein vollzeitliches Pensum von täglich über acht Arbeitsstunden bewältigen könnte.

5.3 Zufolge des unter den gegebenen Umständen durchaus möglichen Zusammenwirkens von physischen und psychischen Beeinträchtigungen war es grundsätzlich nicht gerechtfertigt, die somatischen und psychischen Befunde und deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit isoliert abzuklären (vgl. hierzu Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweis auf 8C_321/2007 vom 6. Mai 2008, E. 6.3). Da die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich die Fachgebiete Orthopädie sowie Psychiatrie beschlägt, hat die Vorinstanz deshalb eine bidisziplinäre Begutachtung in die Wege zu leiten (BGE 139 V 349 E. 3.2). Sollte sich anlässlich dieser Expertise zeigen, dass der Beizug weiterer Expertinnen oder Experten notwendig wäre, läge die entsprechende Entscheidung im Ermessen der die bidisziplinäre Exploration durchführenden Fachpersonen (vgl. hierzu Entscheid des BGer 8C_277/2014 vom 30. Januar 2015 E. 5.2; zum Zweck eines interdisziplinären Gutachtens vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.1).

6.

Nach dem vorstehend Dargelegten ergibt sich zusammenfassend, dass sich der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit mit Blick auf die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung (BGE 143 V 418, 143 V 409 und 141 V 281) und aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht schlüssig und zuverlässig beurteilen lässt (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb; vgl. zum Ganzen auch E. 2.8 und 2.9 hiervor). Das Gutachten von Dr. med. J. _____ sowie weitere aktenkundige medizinische Berichte und Stellungnahmen vermögen keine abschliessenden Beurteilungsgrundlagen zu bilden, sondern geben betreffend den aktuellen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowie allfällige medizinische Veränderungen gegenüber dem Zeitpunkt der letztmaligen Bestätigung der Rente vom 2. Dezember 2010 (vgl. E. 3.3 hiervor) Anlass zu weitergehenden Abklärungen. Somit wurde im vorliegenden zu beurteilenden Beschwerdeverfahren der rechtserhebliche Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG). Eine Rückweisung der Sache in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung der Auswirkungen sämtlicher Leiden auf die Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit anlässlich einer umfassenden medizinischen interdisziplinären Begutachtung durch entsprechend ausgebildete Fachärztinnen oder Fachärzte in den Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychotherapie sowie Orthopädie (oder in weiteren, durch die Experten oder Expertinnen zu bestimmenden Disziplinen [vgl. hierzu E. 5.3 hiervor]) in der Schweiz ist unter den gegebenen Umständen notwendig und aufgrund der aktuellen Bundesgerichtsrechtsprechung auch möglich. Der Grund für die Rückweisung an die Vorinstanz liegt insbesondere auch im Umstand, dass mit Blick auf Praxisänderungen des Bundesgerichts eine Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.2). Im Rahmen der notwendigen medizinischen Begutachtung sind sämtliche bisher verfassten ärztlichen Berichte zu würdigen. Da Diagnosen unerlässliche Voraussetzung für eine abschliessende Beurteilung bilden, haben sich die Gutachterinnen und Gutachter auch mit den aktenkundigen, abweichenden Diagnosestellungen auseinanderzusetzen und sich – nach feststehenden Diagnosen – zur Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit resp. zu den vorhandenen Einschränkungen der Beschwerdeführerin in der angestammten und in einer leidensadaptierten Erwerbstätigkeit mit Hilfe der heranzuziehenden, im Fokus stehenden Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 zu äussern.

7.

Nach neuer Ermittlung des vollständigen und richtigen medizinischen Sachverhalts hat die Vorinstanz die Beschwerdeführerin bei andauerndem Vorhandensein von psychotherapeutischen und/oder psychopharmakologischen Behandlungsoptionen – wie bereits von Dr. med. J. _____ postuliert – an ihre Schadenminderungspflicht (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG) zu erinnern, denn eine fortgesetzte Krankheitsbehandlung, die insbesondere auch die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente umfasst, ist in aller Regel eine jederzeit zumutbare Form allgemeiner Schadenminderung (vgl. Urteile des BGer 8C_625/2016 vom 24. Januar 2017 E. 3.4.1, U 510/05 vom 20. März 2007 E. 3.3 und I 824/06 vom 13. März 2007 E. 3.1 mit Hinweisen, in: SVR 2008 IV Nr. 7 S. 19).

8.

Weiter hat die Vorinstanz auch in beruflicher Hinsicht zusätzliche Abklärungen in die Wege zu leiten. Die Gründe hierfür ergeben sich aus der nachvollziehbaren Schilderung von Dr. med. J. _____, wonach die grosse Frage sei, ob es auf dem freien Arbeitsmarkt eine Verweistätigkeit für die Versicherte gebe, die kompatibel sei mit ihrer Persönlichkeit. Hier seien Berufsberaterinnen und -berater sowie Integrationsfachleute gefordert. Zur Realisierung der Restarbeitsfähigkeit empfehle er deshalb, eine berufliche Massnahme im Sinne eines Arbeitstrainings einzuleiten. Mit Blick auf diese Äusserungen kann angenommen werden, dass die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von Dr. med. J. _____ letztlich auch unter dem Vorbehalt praktischer Erprobung stand. Unter den gegebenen Aspekten ist im jetzigen Zeitpunkt nicht auszuschliessen, dass aus einer zusätzlichen Abklärung bei einer Beruflichen Abklärungsstelle (BEFAS) zusätzliche Ergebnisse resultieren werden, weshalb die Vorinstanz nach Vorliegen der neuen medizinischen Abklärungsergebnisse zu prüfen haben wird, ob eine solche Abklärung in die Wege zu leiten ist. Im Rahmen dieser Abklärungsmassnahme wird zu erläutern sein, welche Aufgaben und Arbeiten (in welchem Umfang und mit welchem Resultat) der Beschwerdeführerin aufgetragen wurden und in welchem Verhältnis diese zu der neuen fachärztlichen Expertise stehen werden. Ohne eine entsprechende Abklärung und Berichterstattung aus der Praxis kann der Gesundheitszustand der Versicherten und insbesondere dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht abschliessend beurteilt werden (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C_662/2016 vom 15. März 2017 E. 6 ff). Nach Vorliegen der entsprechenden Abklärungsergebnisse hat die Vorinstanz auch einen neuen Einkommensvergleich durchzuführen und zu prüfen, ob und in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin zufolge ihres Gesundheitszustandes auf

dem ihr nach ihren Fähigkeiten noch offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch erwerbstätig sein könnte (vgl. hierzu etwa Urteil des BGer 9C_921/2009 vom 22. Juni 2010, E. 5.3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen sind (vgl. hierzu Urteile des BGer 9C_744/2008 vom 19. November 2008 E. 3.2 und 9C_236/2008 vom 4. August 2008 E. 4.2; Urteil des EVG I 349/01 vom 3. Dezember 2003 E. 6.1) und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person nach der Tätigkeit zu beurteilen ist, die sie – im Rahmen der Schadenminderungspflicht (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG) – nach ihren persönlichen Verhältnissen und gegebenenfalls nach einer gewissen Anpassungszeit bei gutem Willen ausüben könnte (vgl. Urteil des BVGer C-4315/2009 vom 22. August 2011 E. 5.2 mit Hinweisen).

9.

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerde vom 11. Juli 2018 insoweit gutzuheissen ist, als die angefochtene Verfügung vom 13. Juni 2018 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung von weiteren umfassenden medizinischen und beruflichen Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind. Ergänzend bleibt darauf hinzuweisen, dass die Rückweisung die Gefahr einer reformatio in peius beinhaltet, da die von der Vorinstanz mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 13. Juni 2018 zugesprochene Viertelsrente allenfalls in Frage gestellt wird (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4). Der Beschwerdeführerin wurde daher vorgängig mit prozessleitender Verfügung vom 5. März 2020 das rechtliche Gehör gewährt (B-act. 22). Die Beschwerdeführerin liess sich zur beabsichtigten Rückweisung an die Vorinstanz zur Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen innert gesetzter Frist nicht vernehmen.

10.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

10.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin keine Kosten aufzuerlegen. Dieser ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss in

der Höhe von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

10.2 Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für die ihr erwachsenen, notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten zugesprochen werden. Der nicht anwaltlich vertretenen, obsiegenden Beschwerdeführerin sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die unterliegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insofern gutgeheissen, als die Verfügung vom 13. Juni 2018 aufgehoben und die Sache zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Verfahrenskostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- wird dieser nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Einschreiben mit Rückschein; Beilage: Formular Zahladresse)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Viktoria Helfenstein

Roger Stalder

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: