



Urteil vom 29. Januar 2019

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),
Richterin Caroline Bissegger,
Richter Christoph Rohrer,
Gerichtsschreiber Lukas Schobinger.

Parteien

A. _____, Österreich,
vertreten durch MLaw Ulrich Kurmann, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenrevision,
Verfügung der IVSTA vom 19. Dezember 2016.

Sachverhalt:**A.**

A._____ (*im Folgenden*: Beschwerdeführerin, Versicherte) wurde (...) 1964 geboren und ist schweizerische Staatsangehörige (...). Sie absolvierte die Handelsschule. Bevor sie eine Invalidenrente bezog, arbeitete sie von Dezember 1989 bis Januar 1997 als Bankangestellte mit einem Vollpensum (40 Wochenstunden ab November 1994) (...), wobei der letzte effektive Arbeitstag am 19. April 1996 war. Ihr letzter Monatslohn im Januar 1997 belief sich inklusive Anteil am 13. Monatslohn auf Fr. 5'424.25 (Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [*im Folgenden*: act.] 4, 7).

B.

B.a In einem undatierten und nicht unterzeichneten Arztbericht, der mutmasslich von Dr. B._____ (aus dem Jahr 1996) stammt, wurde festgehalten, die Versicherte leide seit zehn Jahren unter rezidivierenden lumbalen Beschwerden. Seit einem halben Jahr seien die Schmerzen deutlich progredient. Sie klagt über Beschwerden im Bereich der Aussenseite des Oberschenkels und der Innenseite des Unterschenkels mit Parästhesien und manchmal auch „Lähmungen“ im Fuss. Gehen und Sitzen verursachten inkonstant vermehrt Beschwerden (act. 1, Seite 2).

B.b Die Beschwerdeführerin meldete sich am 13. Juni 1997 bei der IV-Stelle C._____ wegen Rückenschmerzen mit Schmerzausbreitung in Beine und Arme („einschlafen, gefühlstaub“) und häufigen Kopfschmerzen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an. Sie hielt fest, sie können nicht zu lange stehen und sitzen (act. 4).

B.c In einem Bericht über die berufliche Abklärung vom 8. Dezember 1997 hielt die IV-Stelle C._____ unter anderem fest, die Versicherte sehe sich ausserstande für eine Erwerbstätigkeit (act. 14, Seite 6).

B.d Eine Abklärung zur beruflichen Eingliederung im kaufmännischen Bereich im Zeitraum vom 6 April 1999 bis zum 25. Juni 1999 ergab, dass das Vorgehen der Versicherten bei den Aufgaben überlegt und zweckdienlich gewesen sei. Die Aufgaben im Rechnungswesen seien ihr leichter gefallen und man habe gemerkt, dass ihr dieser Bereich nicht fremd sei. Etwas schwerer habe sie sich bei den Sekretariatsaufgaben getan. Hier habe sie weniger Erfahrung gezeigt. Es sei wenig Motivation spürbar gewesen. Die Versicherte habe Mühe im Umgang mit ihren Schmerzen gehabt. Wegen ihren Einschränkungen und den Schmerzen beim längeren Sitzen sei eine

Integration in den Arbeitsprozess nur zu etwa 40 % möglich (act. 25, Seite 5 f.).

B.e Oberärztin Dr. D._____ (Rheuma- und Rehabilitationsklinik E._____) erhob am 11. September 1998 einen Verdacht auf Morbus Behçet (act. 10, Seite 5).

B.f In einem rheumatologischen Arztbericht vom 3. Januar 2000 (Dr. D._____, Rheuma- und Rehabilitationsklinik E._____) wurden folgende Diagnosen genannt: 1. Morbus Behçet (mit schweren oralen und palatinalen Ulcerationen, Pseudofolliculitis und acneiformen Läsionen, Arthralgien und klinisch milden Synovitiden, fraglicher Beteiligung der Augenmuskulatur und abdominalen Schmerzen), 2. Degeneratives Wirbelsäulenleiden mit lumbospondylogem Syndrom und Wirbelsäulenfehlform mit Flachrücken (Osteochondrose L5 / S1, kleine Diskushernie L4 / L5 und L5 / S1, deutliche muskuläre Insuffizienz), 3. Intermittierend cervicospondylogenes Syndrom, 4. Reversible Eisenmangelanämie bei Meno- / Metrorrhagien. Es wurde festgehalten, die Versicherte habe auf die Kolchizintherapie angesprochen. Da sie Doppelbilder beim Blick nach unten angebe, werde der Neuroophthalmologe beigezogen, um die bedrohliche Beteiligung zentraler Strukturen auszuschliessen. Insgesamt bestehe an der Diagnose Morbus Behçet kein Zweifel. Glücklicherweise sei der Verlauf bisher milde und ohne sichere cerebrale Beteiligung. Die Beschwerden seien im Rahmen dieser Erkrankung glaubhaft und die Versicherte sollte eine gewisse Strategie zur Schmerzbewältigung erarbeiten. Die Beschwerden könnten indes nicht auf eine psychogene Überlagerung abgeschoben werden (act. 35, 53).

B.g Der RAD-Arzt Dr. F._____ (ohne Angabe eines Facharztstitels) führte nach Würdigung des rheumatologischen Arztberichts vom 3. Januar 2000 sinngemäss aus, dem von der IV-Stelle C._____ berechneten Invaliditätsgrad von 71.9 % könne beigepflichtet werden. Da angesichts der nun gesicherten Diagnose (Morbus Behçet) eine Verbesserung der (infolge der chronisch schmerzhaften Krankheit) reduzierten Arbeitsfähigkeit ohne Aussicht auf Erfolg sei, könne eine Therapieauflage zur psychischen Schmerzbewältigung unterbleiben (act. 39). Mit Verfügung vom 22. September 2000 wurde der Versicherten mit Wirkung ab 1. April 1997 eine ganze Invalidenrente zugesprochen (act. 44).

C.

Mit Mitteilungen vom 30. Oktober 2001 (act. 51), 16. Dezember 2005 (act.

63) und 17. Juni 2011 (act. 78) wurde die ganze Invalidenrente jeweils bestätigt.

C.a Im Rahmen der Revision der Invalidenrente 2005 meldete die Versicherte einen „Bürojob“ (...), der ihr monatlich circa Fr. 300.- eintrug. Sie hielt fest, die (Teilzeit-)Stelle sei auf „Abruf / stundenweise seit April 05“. Die Einsätze seien nicht absehbar oder schwierig zu planen (act. 56, Seite 8). Sie reichte entsprechende Gehaltsabrechnungen ein (act. 54 ff.). Zudem findet sich ein Arztbericht von Dr. D. _____ vom 5. September 2005 in den Akten, in dem sie als Rheumatologin und Internistin unter anderem ausführte, die therapeutischen Massnahmen für den Morbus Behçet seien soweit möglich erfolgt. Die Krankheit zeige sich „stabilisiert mit Zeiten von Schüben und leichter Verschlechterung und wieder Stabilisierung“ (act. 60, Seite 2).

C.b Mit Schreiben vom 7. Juli 2011 übermittelte die IV-Stelle C. _____ die Akten der IV-Stelle G. _____, nachdem die Beschwerdeführerin ihren Wohnsitz (...) verlegt hatte (act. 81).

C.c Der Assistenzarzt für obere Extremitäten Dr. H. _____ (...) berichtete am 1. März 2013 ohne genauere Angaben, die Versicherte „arbeite im kaufmännischen Bereich“ (act. 85).

C.d Mit Schreiben vom 4. Juli 2013 übermittelte die IV-Stelle G. _____ die Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*im Folgenden: Vorinstanz*), nachdem die Beschwerdeführerin ihren Wohnsitz (...) (nach Österreich) verlegt hatte (act. 86, 90).

D.

Mit Schreiben vom 12. August 2013 eröffnete die Vorinstanz ein umfangreiches Revisionsverfahren, das schliesslich zur Aufhebung der Invalidenrente führte (act. 93).

D.a Die Beschwerdeführerin gab am 27. August 2013 im Fragebogen für die IV-Rentenrevision sinngemäss an, sie stehe weder in einem Beschäftigungsverhältnis noch sei sie selbständig erwerbstätig (act. 94).

D.b Der RAD-Arzt Dr. I. _____ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH) hielt am 5. September 2013 fest, die bisherige Rente sei ausschliesslich aufgrund von rheumatologischen Erkrankungen der Wirbelsäule zugesprochen worden. Für die Revision werde ein umfassender rheumatologi-

scher Bericht benötigt. Er verwies auf die angeführte Diagnose eines lumboradikulären Reizsyndroms (act. 95). Die medizinische Abklärung wurde in der Folge bei der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt (...) in Auftrag gegeben (act. 97, 98).

D.c Aufgrund der jeweiligen Auszüge aus dem Handelsregister stellte die Vorinstanz fest, dass die Beschwerdeführerin Verwaltungsrätin mit Einzelunterschrift der J. _____ SA, der K. _____ AG und der L. _____ AG ist (act. 91). Die Vorinstanz forderte die Versicherte mit Schreiben vom 12. September 2013 auf, einen Fragebogen auszufüllen und Unterlagen einzureichen, die über ihre Tätigkeit als Verwaltungsrätin der drei Gesellschaften Aufschluss geben (act. 96). Daraufhin teilte die Versicherte der Vorinstanz mit, sie arbeite nicht in den betreffenden Gesellschaften. Sie sei Mitglied (act. 99; vgl. die Unterlagen in act. 106 und die Angaben in act. 107).

D.d Rechtsanwalt Manuel Bader (...) ersuchte mit Vollmacht vom 2. Oktober 2013 und Schreiben vom 7. Oktober 2013 um Zustellung der Akten (act. 101).

D.e Beiliegend zum (unausgefüllten) Fragebogen vom 11. November 2013 reichte die Beschwerdeführerin die Steuererklärungen der vergangenen Jahre sowie Abrechnungen der deutschen M. _____ AG ein, von der sie für ihre Tätigkeit im Aufsichtsrat folgende Vergütungen netto ausbezahlt erhielt: 2007 Euro 7'200.-, 2008 Euro 6'151.50, 2009 Euro 6'151.50, 2010 Euro 6'151.50, 2011 Euro 6'835.-, 2012 Euro 6'151.50 (act. 106, Seite 23 ff.). (Die rechtskräftigen Steuerveranlagungen sind nicht aktenkundig.) Im entsprechenden Begleitschreiben teilte sie durch ihren Anwalt im Wesentlichen mit, der Aufwand für die Funktion als Verwaltungsrätin der J. _____ SA, der K. _____ AG und der L. _____ AG sei minimal gewesen und habe sich im Wesentlichen auf das Unterzeichnen von bereits vorbereiteten Dokumenten sowie auf das Weiterleiten von Post an die Treuhandgesellschaft zur weiteren Bearbeitung beschränkt. Sie habe hierfür keine Entschädigung bezogen, weshalb nicht von einer Erwerbstätigkeit ausgegangen werden könne (vgl. dazu den Beleg der Buchführungsstelle in act. 107, Seite 3). Sie sei sich weiter nicht bewusst gewesen, dass sie die ausländischen Einkünfte für das Aufsichtsratsmandat der deutschen M. _____ AG (umgehend) hätte angeben müssen. Die Einkünfte seien indessen nicht bemessungsrelevant. Aufgrund der weiteren Verschlechterung der Gesundheit werde sie die Verwaltungsratspositionen aufgeben

müssen. Als Aufsichtsrätin der M._____ AG und als Verwaltungsrätin der J._____ SA sei sie heute bereits ausgeschieden (act. 107).

D.f Im „ärztlichen Gesamtgutachten“ vom 3. Dezember 2013 (Dr. N._____, Facharzt der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt für Innere Medizin) finden sich folgende Diagnosen: (Hauptursachen) 1. Bluthochdruck; 2. Anamnestisch Morbus Behçet mit Arthralgien und Synovitiden sowie oralen und palatinalen Ulcerationen, bekannt seit etwa 1998, mit Colchicin behandelt; 3. Degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule mit intermittierender Cervikodorsolumbalgie; (weitere Leiden) 4. Cervikogener Schwindel; 5. Zustand nach Teilentfernung der Gebärmutter wegen Myomen 2011; 6. Schuppenflechte. Es wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin präsentiere sich cardiorespiratorisch kompensiert und stabil. Der Blutdruck sei „h.o.“ (vermutlich hoch oben) im Normbereich. Die Carotiden (Halsschlagadern) seien geräuschfrei. Derzeit seien im Rahmen des Morbus Behçet keine Ulcerationen im Bereich der Mundhöhle feststellbar. Die Beweglichkeit scheine nicht wesentlich eingeschränkt. Im Bereich der Gelenke seien keine Schwellung, Rötung oder auffällige Bewegungseinschränkungen feststellbar. Aus internistischer Sicht seien alle leichten und mittelschweren Tätigkeiten (mit den Einschränkungen gemäss dem Leistungskalkül) vollschichtig zumutbar. Die üblichen Arbeitspausen seien ausreichend (act. 111, Seite 4, 6).

D.g Der RAD-Arzt Dr. I._____ (Allgemeine Innere Medizin FMH) hielt am 19. Februar 2014 fest, die Aussagen der behandelnden Ärztin Dr. O._____ (Allgemein Medizin FMH; vgl. act. 112) und der Pensionsversicherungsanstalt würden sich bezüglich der Arbeitsfähigkeit erheblich widersprechen. Dr. N._____ habe keine Aktivität des Morbus Behçet und keine Arbeitsbehinderung mehr gefunden, was einer signifikanten Besserung des Gesundheitszustands gleichkomme. (Dr. O._____ erachtete demgegenüber eine angepasste, rückschonende Tätigkeit nur während maximal zwei Stunden pro Tag als zumutbar.) Dr. I._____ beantragte eine rheumatologische Beurteilung in der Schweiz (act. 118). Die Vorinstanz forderte daraufhin von der Pensionsversicherungsanstalt (...) zunächst erneut einen rheumatologischen Bericht an (act. 123).

D.h Im „ausführlichen ärztlichen Bericht“ der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt vom 8. Juli 2014 gab die Versicherte gegenüber der Vertrauensärztin Dr. P._____ an, das Hauptproblem sei der Morbus Behçet. Sie habe Schmerzen am ganzen Körper, Gliederschmerzen, Übelkeit,

Nackenschmerzen und Kopfschmerzen. Die Beine und die Gelenke würden anschwellen, vor allem die Hände, Finger, Kniegelenke, Unterschenkel und Füße. Sie verspüre ein Kribbeln in den Händen und Füßen. Die täglichen Kopfschmerzen seien besonders schlimm, ebenso die Schluck- und Kaubeschwerden. Sie stehe etwa alle drei bis vier Monate in Behandlung (...). Es gehe ihr in den letzten sechs Jahren zunehmend schlechter. Dr. P._____ hielt fest, dass sich aus orthopädischer Sicht (wie schon bei der Voruntersuchung durch Dr. N._____ am 3. Dezember 2013) im Bereich der Gelenke keine Schwellung, Rötung oder relevante Bewegungseinschränkung zeigen würden. Der Beschwerdeführerin seien leichte, fallweise mittelschwere Tätigkeiten ohne Kälte-, Nässe- und Höhenexposition gemäss dem Leistungskalkül zumutbar (act. 125, Seite 2, 7; vgl. auch die Diagnosen auf Seite 7).

D.i Der RAD-Arzt Dr. I._____ (Allgemeine Innere Medizin FMH) hielt mit Stellungnahme vom 9. September 2014 sinngemäss fest, in einer zumutbaren Verweistätigkeit bestehe keine Arbeitsunfähigkeit mehr. Zumutbar seien eine Tätigkeit im Verkauf (auf dem Korrespondenzweg, via Telefon oder Internet) oder einfache Tätigkeiten in der Verwaltung und im Bürobereich ohne spezielle Qualifikation. Ebenso sei die Versicherte im früheren Beruf als Bankangestellte wieder uneingeschränkt arbeitsfähig. Wie die österreichischen Vertrauensärztin Dr. P._____ erneut bestätigt habe, sei die Versicherte von ihrer rheumatisch-entzündlichen Erkrankung her asymptomatisch. Die Veränderung (Verbesserung) des Gesundheitszustands bestehe in der mehrmals überprüften vollständigen klinischen Remission des Morbus Behçet (act. 127).

D.j Die Vorinstanz stellte der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 17. September 2014 in Aussicht, dass infolge der Remission des Morbus Behçet kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente bestehe (act. 128). Die Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Manuel Bader, erhob Einwand (act. 131, 137, 140) und reichte eine Bestätigung der behandelnden Ärztin Dr. O._____ (Allgemeine Medizin FMH; Befund: stabiler, weder verschlechterter noch verbesserter Allgemeinzustand; act. 135) und ein Parteigutachten von Dr. Q._____ ein (act. 139).

D.k Dr. Q._____ (Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH) diagnostizierte im rheumatologischen Parteigutachten vom 18. März 2015 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Morbus Behçet mit einer residuellen Aktivität unter Colchicin-Therapie (mit rezidivierenden oralen UI-

zera, rezidivierenden pseudofollikulären oder urtikariellen Hautveränderungen, Polyarthralgien und vereinzelt Polyarthritiden, Müdigkeit, Erschöpfbarkeit) sowie ein lumbovertebrales und cervikales Syndrom (bei degenerativen Veränderungen der unteren LWS und Osteochondrose C 5/6 und beginnenden degenerativen Veränderungen der mittleren BWS; act. 139, Seite 11; vgl. auch die Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit). Der Privatgutachter Dr. Q. _____ führte im Wesentlichen aus, die Versicherte übe seit 1996 keine Berufstätigkeit mehr aus (act. 139, Seite 8). Es könne nicht von einer vollständigen Remission des Morbus Behçet gesprochen werden. Ihre anamnestischen Angaben seien glaubwürdig. Sie berichte von rezidivierend auftretenden oralen Ulzera und typischen Hautveränderungen. Zusätzlich klage sie über Polyarthralgien mit intermittierenden Gelenkschwellung, häufige Kopfschmerzen, kognitive Beeinträchtigungen und rasche Ermüdbarkeit. Die Symptome seien mit einer weiterhin aktiven, milden Form eines Morbus Behçet vereinbar. Die aktuelle Abwesenheit von klinisch objektivierbaren Veränderungen der Haut, Schleimhäute oder Gelenke lasse nicht unbedingt auf eine Inaktivität des Morbus Behçet schliessen, da diese Symptome typischerweise episodisch auftreten würden. Die wiederholt normalen Laborbefunde könnten zur Beurteilung einer Restaktivität des Morbus Behçet nicht herangezogen werden. Die systemischen Entzündungszeichen seien bei einem Morbus Behçet ohne vaskulitischen Befall von grossen Gefässen häufig normal. Im November 2009 seien erstmals Kopfschmerzen beschrieben und differenzialdiagnostisch im Rahmen des Morbus Behçet interpretiert worden. Die beklagten kognitiven Symptome wie Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörungen und Vergesslichkeit sowie die rasche allgemeine Ermüdbarkeit könnten Ausdruck einer aktiven systemisch-entzündlichen Erkrankung sein. Seit 2009 könne bezüglich des Morbus Behçet im Wesentlichen von einer stationären Symptomatik ausgegangen werden. Die funktionellen Einschränkungen durch die partielle Restaktivität des Morbus Behçet seien einerseits durch die Arthralgien und andererseits durch die kognitiven Beeinträchtigungen sowie eine allgemeine Leistungsminderung bedingt. Zusätzlich würden Einschränkungen von Seiten der degenerativen cervikalen und lumbalen Beschwerden bestehen. In der angestammten, vorwiegend sitzenden, jedoch körperlich leichten Tätigkeit würden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu einem gewissen Grad durch die Haltungskonstanz bei längeren Arbeiten am PC bestehen (insbesondere von Seiten der lumbalen und zervikalen Beschwerden). Hauptsächlich dürften sich aber die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit ebenfalls dem Morbus Behçet zuzuordnenden Kopfschmerzen und die kognitiven Störungen auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auswirken. Aus rheumatologischer

Sicht und ohne eine zusätzliche psychiatrisch-neuropsychologische Beurteilung sei eine genaue Bestimmung der Restarbeitsfähigkeit als Bankangestellte schwierig. Sie dürfte aber für wenig verantwortungsvolle Tätigkeiten maximal 50 % betragen. Zur genauen Quantifizierung der Beeinträchtigung im kognitiven Bereich sei eine neuropsychologische Testung sinnvoll. Aus rein rheumatologischer Sicht seien adaptierte, körperlich leichte Tätigkeiten (ohne repetitives Heben und Tragen von Lasten über 5 kg oder von vereinzelt Lasten bis maximal 12.5 bis 15 kg, ohne längeres Sitzen oder Stehen und ohne höhergradige Anforderungen an die Konzentration medizinisch-theoretisch) ohne Einschränkung zumutbar (act. 139, Seite 14, 15).

D.I Der RAD-Rheumatologe Dr. R._____ führte mit dem ausführlichen Aktengutachten vom 24. April 2015 im Wesentlichen aus, die Arbeitsfähigkeit sei in einer leichten Tätigkeit wie als Bankangestellte aus rheumatologischer Sicht aktuell nur noch leicht eingeschränkt. Der Morbus Behçet sei aktuell ausreichend kontrolliert, sodass er keine schwerwiegende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit bewirke. Diese Einschätzung werde durch die Tatsache unterstützt, dass (seit längerem) keine Fachärzte konsultiert worden und die Grundbehandlung nicht eskaliert sei. Während den Untersuchungen 2013 und 2015 hätten sich keine klinischen Anzeichen für die Aktivität der Krankheit finden lassen. Die Verbesserung basiere auf dem Verschwinden der peripheren Arthritiden („arthrites périphériques“). Hinsichtlich der Wirbelsäule gebe es keine bedeutende Beeinträchtigung der Mobilität, keine Anzeichen für eine neurologische Komplikation und keinen gewichtigen radiologischen Schaden. Die Arbeitsunfähigkeit werde - im Unterschied zum Privatgutachter Dr. Q._____, der sie (für die Tätigkeit als Bankangestellte) mit 50 % angebe - für sämtliche Tätigkeiten auf 20 % veranschlagt. Der Versicherten sollte dabei erlaubt sein, die Positionen zu verändern, um eine Überbelastung der Schultern, der Gelenke und der Knie zu vermeiden (act. 142, Seite 7 f.).

D.m Die RAD-Neurologin Dr. S._____ führte am 1. September 2015 unter anderem aus, dass eine neurologische Expertise mit einer neuropsychologischen Testung interessant wäre. Eine neue MRI-Bildgebung des Gehirns sei notwendig. Sie schlug jedoch vor, das Dossier zunächst für ein Konsilium den RAD-Ärzten zu unterbreiten (act. 146). Die RAD-Ärzte (aus verschiedenen Disziplinen) hielten am 26. Januar 2016 fest, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei nicht von vornherein ausgeschlossen. Deshalb sei die medizinische Situation aus neurologischer Sicht abzuklären (act.

149). Die Vorinstanz beauftragte in der Folge Prof. Dr. T._____ (Neuropsychologe) und Dr. U._____ (Neurologe) mit der medizinischen Abklärung (act. 163 ff., act. 171 ff.).

D.n Prof. Dr. rer. nat. T._____, Diplompsychologe, und lic. phil. V._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, hielten im neuropsychologischen Teilgutachten vom 13. Juli 2016 im Wesentlichen fest, dass sich aufgrund der erhobenen neuropsychologischen Befunde folgende Störungen ausschliessen lassen würden: Störung der verbalen und figuralen Gedächtniskodierung, des Behaltens und verzögerten Erinnerns, Störung des Antriebs und der psychomotorischen Geschwindigkeit und des Reaktionsvermögens, Störung der selektiven Aufmerksamkeit und der Erfassungsspannen, Störung des Abstraktionsvermögens, Störung der räumlichen Wahrnehmung und Störung der Sprache. Das Leistungsverhalten (also die Anstrengungsbereitschaft oder das Anstrengungsvermögen) müsse als eingeschränkt beurteilt werden. Aufgrund des daraus resultierenden limitierenden Leistungsverhaltens sei die Validität der neuropsychologischen Befunde nicht gegeben. Schwere neuropsychologische Funktionsbeeinträchtigungen könnten ausgeschlossen werden (Agnosie, Apraxie, Aphasie, Agraphie, Alexie, Amnesie und Antriebsstörung). Aufgrund der eingeschränkten Validität der aktuellen Befunde könne keine neuropsychologische Diagnose gestellt werden. Es sei bei einem unauffälligen MRT-Befund davon auszugehen, dass Faktoren wie Kopfschmerzen, Motivation und proaktive Anstrengungsvermeidung zu den vereinzelt kognitiven Minderleistungen beigetragen oder diese verursacht hätten (act. 179, Seite 1, 19). Auf rein neuropsychologischem Gebiet würden keine die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Funktionseinschränkungen vorliegen. Die Beschwerdeführerin sei in der angestammten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Aus neuropsychologischer Sicht sei eine berufliche Eingliederung per sofort möglich. Schwierigkeiten könnten sich einzig aufgrund möglicher mehrjähriger Dekonditionierungsprozesse ergeben. Die Beschwerdeführerin arbeite seit praktisch zwanzig Jahren nicht mehr in ihrem angestammten Beruf. Aufgrund ihrer kognitiven Fähigkeiten dürfte sie sich jedoch schnell wieder eingearbeitet haben. Ihre anamnestisch berichteten, guten Sprachkenntnisse dürften dabei von Vorteil sein. Ob auf somatischem Gebiet Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vorliegen würden, sei nicht Gegenstand des neuropsychologischen Teilgutachtens (act. 179, Seite 20).

D.o Prof. Dr. rer. nat. T._____, Diplompsychologe, und lic. phil. V._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, hielten im neuropsychologischen Teilgutachten vom 13. Juli 2016 zudem fest, die Versicherte habe versichert, dass sie motiviert sei, ihr Bestes zu geben. Dennoch habe es in der Untersuchungssituation Hinweise auf eine gewisse bewusste Verfügbarkeit über das Leistungsvermögen gegeben. Eine Tendenz, Symptome zu verdeutlichen bzw. zu aggravieren, habe nicht ausgeschlossen werden können. Sowohl in der Beobachtung als auch in verschiedenen Beschwerdevalidierungsverfahren hätten sich Hinweise auf eine fluktuierende und nicht durchgängig gegebene Anstrengungsbereitschaft gegeben (act. 179, Seite 9). Es sei (...) anzunehmen, dass gerade in computergestützten Testverfahren mit geschwindigkeitssensitiven Parametern (...) die Arbeitshaltung einen eher demonstrativen Charakter angenommen habe und das Abschneiden in diesen Tests durch eine Schonhaltung deutlich unter den anzunehmenden Möglichkeiten gelegen habe (act. 179, Seite 14). Es müsse (...) davon ausgegangen werden, dass die Motivation und Anstrengungsbereitschaft im Laufe der Untersuchung deutlich nachgelassen hätten und die Testleistungen dadurch beeinflusst worden seien (act. 179, Seite 15). Aufgrund der auffälligen Leistungen in drei von vier Beschwerdevalidierungsverfahren sowie Auffälligkeiten bezüglich der Konsistenz von Testverfahren sei von einem limitierten Leistungsverhalten auszugehen (act. 179, Seite 16).

D.p Dr. U._____, Facharzt für Neurologie FMH, hielt im neurologischen Gutachten vom 13. Juli 2016 mit interdisziplinärer Beurteilung unter Berücksichtigung des neuropsychologischen Gutachtens von Prof. Dr. T._____ im Wesentlichen fest, dass die aktuelle Kopfschmerzanamnese unter Berücksichtigung der Internationalen Kopfschmerzklassifikation ICDH-II bzw. 3-beta der IHS die diagnostischen Kriterien eines Kopfschmerzes bei Analgetikaübergebrauch (gemäss Codierung 8.2.3) erfülle. Im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts würden (theoretisch) effektive Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Sinnvoll seien ein Analgetikaentzug sowie die Etablierung einer geeigneten medikamentösen Kopfschmerzprophylaxe unter fachneurologischer Supervision und in psychotherapeutischer Begleitung. Ein migräneartiger Kopfschmerz, der teilweise in den Akten kursiere, könne anhand der aktuellen Kopfschmerzanamnese nicht nachvollzogen werden. Die MRI-Bildgebung vom 20. Juni 2016 lasse weiterhin Hinweise auf eine zerebrale Beteiligung im Rahmen des Morbus Behçet vermissen. Die aktuelle zerebrale MRI-Bildgebung demonstriere weiterhin keine Zeichen einer zerebralen Vaskulitis. Es würde keine abweichenden fachneurologischen Voreinschätzungen vorliegen. Schon Prof.

Mumenthaler habe bei seiner Untersuchung im Mai 2000 keine Hinweise auf eine neurologische Beteiligung des Morbus Behçet gesehen. Die Beschwerdeführerin zeige keine klinische Zeichen eines Morbus Behçet (keine Gelenkschwellung mit Bewegungseinschränkung, keine Hautveränderung, keine Augensymptome). Sie kenne auch die genaue Dosierung ihrer angeblich täglich eingenommenen Colchicin-Medikamente nicht. In ihren Ausführungen sei sie bei der aktuellen Untersuchung häufig vage und ausweichend geblieben. Aus versicherungsmedizinischer Sicht solle die rheumatologische Diagnose eines Morbus Behçet daher nochmals kritisch überprüft werden. Das kleine Falxmeningeom sei nicht raumfordernd und klinisch nicht relevant. Es würden fokal-neurologisch keine funktionell relevanten Ausfälle bestehen. Die Beschwerdeführerin gebe bei der aktuellen Untersuchung vage eine schlauch- bzw. strumpfförmige Gefühlsstörung für Schmerz und Temperatur am gesamten rechten Bein an, die sich weder an ein zentrales, noch ein radikuläres oder peripher-neurogenes Muster halte. Die motivationsbedingte Anstrengungsbereitschaft sei bei der neuropsychologischen Untersuchung eingeschränkt gewesen. Die Symptomvalidierung sei entsprechend auffällig. Schwere neuropsychologische Funktionsbeeinträchtigungen hätten dagegen ausgeschlossen werden können. Aufgrund der eingeschränkten Validität der Befunde habe keine neuropsychologische Diagnose gestellt werden können. Auf neurologischem und neuropsychologischem Gebiet hätten keine die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Funktionseinschränkungen nachgewiesen werden können (act. 178, Seite 1, 11 ff.). Weiter wurde eine Bürotätigkeit (...) mit einem Pensum von 10 % 2004 / 2005 erwähnt und festgehalten, die Versicherte könne sich mit ihren derzeitigen Beschwerden keinerlei Tätigkeiten mehr vorstellen. Vielleicht könne sie unregelmässig in einem kleinen Pensum von 10 bis 20 % in einem Büro arbeiten. Weiter wurde festgehalten, die Versicherte habe den heutigen Untersuchungsort mit dem Zug erreicht. Ansonsten fahre sie auch Auto. Sie fahre (mit dem Auto) nur keine ganz langen Strecken mehr (act. 178, Seite 7 f.).

D.q Die RAD-Ärzte (aus verschiedenen Disziplinen) führten am 2. September 2016 aus, die neuen Dokumente würden unmissverständlich erlauben, eine Verbesserung zu bestätigen. Obwohl die Versicherte seit mehr als 15 Jahren eine Rente beziehe, sei sie in der Lage ihre Arbeitsfähigkeit umzusetzen (act. 185). Die Vorinstanz stellte der Versicherten mit dem zweiten Vorbescheid vom 19. September 2016 erneut in Aussicht, dass kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente bestehe (act. 186).

D.r Die Versicherte, nun vertreten durch Rechtsanwalt MLaw Ulrich Kurmann (...), erhob Einwand (act. 190). Sie führte mit ergänzender Einwandbegründung vom 18. November 2016 zusammengefasst aus, die anlässlich der Revision eingeholten Berichte und Gutachten würden keine Veränderung des Gesundheitszustands aufzeigen. Aus rheumatologischer Sicht könne anhand des Parteigutachtens von Dr. Q._____ keine Verbesserung erkannt werden. Demzufolge sei ihr bis auf Weiteres eine ganze Invalidenrente auszurichten (act. 192, Seite 7).

D.s Die Vorinstanz hob mit Verfügung vom 19. Dezember 2016 die Invalidenrente per 1. Februar 2017 auf (act. 195).

E.

E.a Mit Beschwerde vom 27. Januar 2017 beantragte die Beschwerdeführerin, die angefochtene Verfügung vom 19. Dezember 2016 sei aufzuheben und ihr sei weiterhin eine volle Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei durch das Gericht eine Begutachtung zu veranlassen. Subeventualiter sei durch die Vorinstanz eine Begutachtung zu veranlassen (BVGer act. 1). Die Beschwerdeführerin führte im Wesentlichen aus, gemäss der Erstanmeldung 1997 habe sie unter Rückenschmerzen gelitten. Damals habe eine „reine Rückensituation“ vorgelegen, wie einem RAD-Bericht von 1997 entnommen werden könne. Die Kopfschmerzen, die Gedächtnisstörungen sowie der Morbus Behçet hätten für die Rentenzusprache keine oder nur eine untergeordnete Rolle gespielt. Der Morbus Behçet sei erst 2000 diagnostiziert worden. Der RAD habe 2000 eine Arbeitsunfähigkeit von 71 % attestiert. 2011 sei die ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 71 % bestätigt worden. Im Revisionsverfahren 2013 habe der RAD festgehalten, die bisherige Rente sei ausschliesslich aufgrund von rheumatologischen Erkrankungen der Wirbelsäule zugesprochen worden. Daher gehe es in der bis heute andauernden Revision einzig um diese Erkrankung. Dem rheumatologischen Privatgutachten von Dr. Q._____ vom 18. März 2015 könne entnommen werden, dass sie zusätzlich zum Morbus Behçet unter degenerativen Wirbelsäulenbeschwerden und vor allem unter der cervikalen und lumbalen Symptomatik bei Osteochondrose C 5/6 und der Osteochondrose / Spondylarthrose L 4 bis S 1 leide. Radiologisch würden sich zusätzlich beginnende degenerative Veränderungen der BWS darstellen, die subjektiv wenig symptomatisch scheinen würden. Dr. Q._____ zeige auf, dass die Beschwerden bezüglich des Morbus Behçet seit 2009 und die Rückenbeschwerden seit 1997 im Wesentlichen gleichgeblieben seien. Eine wesentliche gesundheitliche Veränderung im

Vergleich mit 1997 zeige er nicht auf. Dr. Q._____ begründe die funktionellen Einschränkungen folgendermassen: „In der angestammten, vorwiegend sitzenden, jedoch körperlich leichten Tätigkeit bestehen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu einem gewissen Grad durch die Haltungskonstanz bei längeren Arbeiten am PC, insbesondere von Seiten der lumbalen und zervikalen Beschwerden. Hauptsächlich dürften sich aber die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit ebenfalls dem Morbus Behçet zuzuordnenden Kopfschmerzen und kognitiven Störungen auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auswirken. Aus rheumatologischer Sicht und ohne zusätzliche psychiatrisch-neuropsychologische Beurteilung ist eine genaue Bestimmung der Restarbeitsfähigkeit als Bankangestellte schwierig, dürfte aber für wenig verantwortungsvolle Tätigkeiten maximal 50 % betragen. Zur genauen Quantifizierung der Beeinträchtigung im kognitiven Bereich wäre eine neuropsychologische Testung sinnvoll.“ Aus dem im Anschluss verfassten, ausführlichen, auf den Akten basierenden Bericht von RAD-Arzt Dr. R._____ vom 24. April 2015 gehe hervor, dass aus den Akten keine Verbesserung der Rückenbeschwerden entnommen werden könne, die 1997 Anlass für die Rentenzusprache gegeben hätten. Dr. R._____ vertrete jedoch die Ansicht, dass die von Dr. Q._____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % zu hoch bemessen sei und einzig eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % vorliege. Gemäss den aufgeführten Berichten hätten sich die Rückenbeschwerden seit 1997 weder relevant verschlechtert noch verbessert. Auch eine Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung werde in den Akten nicht erwähnt. Somit könne die Vorinstanz nicht mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit darlegen, dass eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten sei. Somit fehle es an der Legitimation für eine Revision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG. Falls davon auszugehen sei, dass auch der Morbus Behçet Anlass zur Berentung ab 1997 gegeben habe, sei darauf hinzuweisen, dass die Akten keine genügende Grundlage bieten würden, um eine tatsächliche Veränderung des Gesundheitszustands beweistauglich darzustellen. Dr. Q._____ berichte „von im Vergleich zu früheren Berichten weitgehend unveränderten Beschwerden, so dass bezüglich des Morbus Behçet von einer seit 2009 im Wesentlichen gleichbleibenden Symptomatik ausgegangen werden kann.“ Andere Berichte zum aktuellen Gesundheitszustand würden nicht vorliegen. Dr. Q._____ habe die Arbeitsfähigkeit schlüssig auf maximal 50 % geschätzt. Der RAD-Arzt Dr. R._____ schätze die Arbeitsfähigkeit um 30 % höher ein, ohne dass er tatsächliche Unterschiede betreffend die gesundheitlichen Einschränkungen geltend mache. Reine Aktenberichte könnten nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung unter Umständen zwar beweiskräftig sein. Bei

geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen seien jedoch ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Demnach sei eine weitere medizinische Abklärung in Form eines verwaltungsexternen Gutachtens einzuholen, falls der Morbus Behçet rentenrelevant und das Privatgutachten von Dr. Q. _____ nicht beweiskräftig sei. Das neurologische Gutachten von Dr. U. _____ und das neuropsychologische Teilgutachten von Dr. T. _____ würden sich vordergründig auf den Morbus Behçet und die diesbezüglichen neurologischen Beschwerden beziehen. Diese Gutachten seien somit für eine Revision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG nur insoweit relevant, als - entgegen der von ihr vertretenen Ansicht - davon auszugehen sei, dass der Morbus Behçet für die Berentung ab 1997 Relevanz gehabt habe. Das neuropsychologische Teilgutachten von Dr. T. _____ setze sich kaum mit den Akten und den diesbezüglichen Diskrepanzen auseinander. Die Widersprüche und Diskrepanzen seien unbeantwortet geblieben. Das Gutachten sei widersprüchlich betreffend das während der Untersuchung von ihr gezeigte Verhalten. So werde anfangs beschrieben, sie habe sorgfältig, jedoch in verlangsamtem Arbeitstempo gearbeitet. Ihr Antrieb sei unauffällig gewesen. Anlässlich der Schlussfolgerungen sei dann trotzdem von einem limitierenden Leistungsverhalten gesprochen worden. Letztlich scheine Frau V. _____ bereits zu Beginn der Begutachtung als befangen, indem sie die geäusserten Schulterbeschwerden links mit unschlüssigen Argumenten angezweifelt habe. Gemäss den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) müssten Begutachtungen im institutionellen Rahmen hauptsächlich vom beauftragten Gutachter durchgeführt werden. Anlässlich der fünfeinhalbstündigen Begutachtung sei der eigentlich beauftragte Neuropsychologe Dr. T. _____ gesamthaft nur während etwa 30 Minuten anwesend gewesen. Frau V. _____, die somit den grössten Teil der Begutachtung durchgeführt habe, verfüge über keine ausgewiesene gutachterliche Ausbildung. Die Teilbegutachtung und wohl auch das daraufhin verfasste schriftliche Teilgutachten sei mithin mehrheitlich von einer nicht dazu ausgebildeten Psychologin angefertigt worden. Die Ausführungen in der angefochtenen Verfügung, wonach es sich beim Gutachten von Dr. T. _____ um ein neurologisches Gutachten handle, seien ohne weiteren Kommentar zu bestreiten. Wenn eine Untersuchung beim Neuropsychologen Dr. T. _____ in Aussicht gestellt werde, heisse das, dass der genannte Spezialist die Untersuchung durchführe und nicht, dass der genannte Neuropsychologe einzig die nicht näher definierte Leitung der Untersuchung übernehme. Gerade die unqualifizierten Aussagen von Frau V. _____, unter anderem

betreffend die physischen Beschwerden, würden zeigen, dass sie als Gutachterin nicht qualifiziert sei. Somit sei das neuropsychologische Untergutachten nicht beweiskräftig, womit kognitive Beeinträchtigungen aufgrund des Morbus Behçet nicht ausgeschlossen werden könnten. Dr. U. _____ habe anlässlich der Hauptbegutachtung keine Hinweise für eine neurologische Beteiligung im Rahmen des Morbus Behçet gefunden. Auffallend an seiner Beurteilung sei, dass er die leistungslimitierenden Kopfschmerzen neu auf einen Analgetikaübergebrauch zurückführe, nachdem diese bisher mit den cervikalen Beschwerden in Verbindung gebracht worden seien. Obwohl die Kopfschmerzen bisher durchgehend als durch die Verspannung („Spannungskopfschmerzen“) sowie die cervikale Grunderkrankung bedingt betrachtet worden seien, habe sich Dr. U. _____ mit dem diesbezüglichen Widerspruch kaum auseinander gesetzt. Als einzige, aber nicht überzeugende Begründung gebe der Gutachter an, anhand der aktuellen Kopfschmerzanamnese seien keine migräneartigen Kopfschmerzen zu verzeichnen. Somit würden sowohl eine differenzialdiagnostische Auseinandersetzung als auch ein umfassender Bezug auf frühere, anderslautende Beurteilungen fehlen. Es sei zudem fraglich, ob die behauptete Diagnose des Analgetikaübergebrauchs überhaupt eine neurologisch zu beurteilende Frage sei. Das sehr kurz gefasste Gutachten von Dr. U. _____ zeige keine Veränderung des Gesundheitszustands auf und die Ausführungen zu den Kopfschmerzen würden nicht überzeugen.

E.b Mit Vernehmlassung vom 6. April 2017 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer act. 6).

E.c Mit Replik vom 16. Mai 2017 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen in der Beschwerdeschrift fest (BVGer act. 8). Die Vorinstanz verzichtete auf eine Duplik (BVGer act. 10).

F.

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der Verfügung vom 19. Dezember 2016 zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Kostenvorschuss von Fr. 800.- rechtzeitig geleistet wurde (BVGer act. 4), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 27. Januar 2017 einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 und Art. 38 Abs. 4 lit. c ATSG).

2.

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

2.2 Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Urteil des BGer 2C_393/2015 vom 26. Januar 2016 E. 1.2; BGE 132 II 47 E. 1.3 m.H.).

2.3 Nach ständiger Rechtsprechung beschränkt sich die Prüfung des Sozialversicherungsgerichts auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung entwickelt haben (vgl. Urteil des BGer 8C_489/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2 m.H. auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

2.4 Der Beschwerdeführerin ist schweizerische Staatsangehörige und hat ihren Wohnsitz in Österreich. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681, in Kraft getreten am 1. Juni 2002) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA zur Anwen-

derung. Der Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich jedoch auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

2.5 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des 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 19. 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.

3.

3.1 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).

3.2 Der Invaliditätsgrad einer erwerbstätigen versicherten Person wird im Rahmen eines Einkommensvergleichs ermittelt (allgemeine Methode; Art. 16 ATSG). Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Valideneinkommen).

3.3 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen

wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Viertelrente.

3.4 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 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).

3.5 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, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind

aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

3.6 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). Anlass zur Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch 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. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich. 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 m.H.). Ist 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).

3.7 Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. 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 Gesundheitszustands stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben. 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 Schweregrads der Störungen geführt haben (Urteil des BGer 9C_143/2017 vom 7. Juni 2017 E. 4.1 m.H.).

4.

Im klinischen Wörterbuch Pschyrembel 2013 (Seite 249 f.) findet sich für die Behçet-Krankheit folgender (gekürzter) Eintrag: schubartig verlaufende systemische Vaskulitis (Bezeichnung für systemische Entzündung der Blutgefässwand, die zur Nekrose im versorgten Areal führen kann; Seite

2194) mit Befall venöser und arterieller Gefässe besonders der Haut, Schleimhaut und am Auge. Epidemiologie: gehäuftes Auftreten in Türkei, Iran, China, Korea und Japan, durch Zuwanderung bedingt auch in Deutschland; Manifestationsgipfel: 20. bis 35. Lebensjahr. Einteilung: nach betroffenem Organ oder Gewebe: 1. mukokutaner Typ: orale, eventuell genitale (sogenannte bipolare) Aphthe, Erythema nodosum, Follikulitis, akneiforme Papulopusteln, gastrointestinale Beteiligung; 2. arthritischer Typ: Arthritis, Oligoarthritis; 3. neurologischer Typ: selten ZNS-Beteiligung; 4. okulärer Typ: rezidivierende posteriore und anteriore Uveitis, Iridozyklitis, Katarakte, Glaukom, Neuritis nervi optici. Ätiologie: unklar; HLA-B51-Assoziation; Komplex aus Leukozytenfunktionsstörung, Thromboseneigung aufgrund abnormer Gerinnungsneigung und Fibrinolyse in der Regel ohne Embolisation; eventuell Überempfindlichkeitsreaktion mit molekularer Mimikry (Herpes-Viren, Streptokokken). Komplikation: Erblindung, Meningoenzephalitis, Aneurysmaruptur, Darmperforation, Amyloidose, Phlebothrombose. Diagnose: rezidivierende orale Aphthe mindestens dreimal pro Jahr; sogenanntes Pathergie-Phänomen mit Bildung einer Pustel oder Pappel 24 bis 28 Stunden nach intrakutaner NaCl-Injektion (positiv in 60 %). Therapie: Glukokortikoide, Immunsuppression, Chlorambucil (bei Augenbeteiligung), Colchicin (bei Erythema nodosum und Arthritis), Sulfasalazin (bei gastrointestinaler Manifestation), TNF-Blocker, bei Therapiereisistenz Interferon alfa-2a. Prognose: ungünstig bei frühem Manifestationsalter und bei Männern; sonst meist nach Jahren Stillstand bzw. Spontanheilung (vgl. die auch die allgemeinen Ausführungen von Dr. Q. _____ zum Morbus Behçet in act. 139, Seite 13). Morbus Behçet ist kein Leiden, das von der Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 erfasst ist (Urteil des BGer 9C_805/2015 vom 7. Dezember 2015 E. 2).

5.

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Vorinstanz der Beschwerdeführerin die ganze Invalidenrente zu Recht entzogen hat.

5.1 Zur Vergleichsbasis und zur (von der Beschwerdeführerin bestrittenen) Relevanz des Morbus Behçet für die Berentung ist Folgendes zu erwägen:

5.1.1 Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, 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). Eine Revisionsverfügung gilt dann als Vergleichsbasis, wenn sie die ursprüngliche Rentenverfügung nicht bestätigt, sondern die laufende Rente aufgrund eines neu festgesetzten Invaliditätsgrades geändert hat. Dabei kommt einer Verfügung, welche die ursprüngliche Rentenverfügung bloss bestätigt, bei der Bestimmung der zeitlichen Vergleichsbasis keine Rechtserheblichkeit zu (vgl. BGE 109 V 262 E. 4a; 130 V 71 E. 3.2.3). Dies gilt im vorliegenden Fall mit Blick auf die Mitteilungen vom 30. Oktober 2001 (act. 51), 16. Dezember 2005 (act. 63) und 17. Juni 2011 (act. 78), mit denen die ganze Invalidenrente jeweils bestätigt wurde. Als Vergleichsbasis kommt damit nur die Verfügung vom 22. September 2000 in Betracht, mit der der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. April 1997 eine ganze Invalidenrente zugesprochen wurde (act. 44).

5.1.2 Massgebend für die Gewährung der ganzen Invalidenrente war im Wesentlichen der rheumatologische Arztbericht vom 3. Januar 2000 (Dr. D._____, Rheuma- und Rehabilitationsklinik E._____.). Darin wurde der Morbus Behçet (als Hauptdiagnose) mit folgender Symptomatik beschrieben: schwere orale und palatinale Ulcerationen, Pseudofolliculitis und acneiforme Läsionen, Arthralgien und klinisch milde Synovitiden, fragile Beteiligung der Augenmuskulatur und abdominalen Schmerzen. Es wurde festgehalten, die Versicherte habe auf die Kolchizintherapie angesprochen. Da sie Doppelbilder beim Blick nach unten angebe, werde der Neuroophthalmologe beigezogen, um die bedrohliche Beteiligung zentraler Strukturen auszuschliessen. Insgesamt bestehe an der Diagnose Morbus Behçet kein Zweifel. Glücklicherweise sei der Verlauf bisher milde und ohne sichere cerebrale Beteiligung. Die Beschwerden seien im Rahmen dieser Erkrankung glaubhaft und die Versicherte sollte eine gewisse Strategie zur Schmerzbewältigung erarbeiten. Die Beschwerden könnten indes nicht auf eine psychogene Überlagerung abgeschoben werden (act. 35, 53).

5.1.3 Der RAD-Arzt Dr. F.____ (ohne Angabe eines Facharztstitels) führte nach Würdigung des rheumatologischen Arztberichts vom 3. Januar 2000 sinngemäss aus, dem von der IV-Stelle C.____ berechneten Invaliditätsgrad von 71.9 % könne beigepflichtet werden. Da angesichts der „nun gesicherten Diagnose“ - womit nur der Morbus Behçet gemeint sein konnte - eine Verbesserung der (infolge der chronisch schmerzhaften Krankheit) reduzierten Arbeitsfähigkeit ohne Aussicht auf Erfolg sei, könne eine Therapieauflage zur psychischen Schmerzbewältigung unterbleiben (act. 39).

5.1.4 Mithin erfolgte die Berentung (mit Wirkung ab 1. April 1997) mit Verfügung vom 22. September 2000 - entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 27. Januar 2017 (BVGer act. 1) - auch und gerade wegen der „nun gesicherten Diagnose“ Morbus Behçet und nicht allein aufgrund des degenerativen Wirbelsäulenleidens und des intermittierenden cervicospondylogenen Syndroms (act. 39). Die letzteren, nachrangigen, die Wirbelsäule betreffenden Diagnosen waren hierfür nur von untergeordneter Bedeutung (act. 53). Auch gemäss ihren eigenen Angaben im neuropsychologischen Teilgutachten vom 13. Juli 2016 bezieht die Beschwerdeführerin die ganze Invalidenrente aufgrund dieser Erkrankung (Morbus Behçet; act. 179, Seite 7), die sie auch bei der Untersuchung durch die österreichische Pensionsversicherungsanstalt am 8. Juli 2014 als ihr Hauptproblem benannte (act. 125, Seite 2). Weshalb dann der RAD-Arzt Dr. I. _____ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH) am 5. September 2013 unter Hinweis auf die angeführte Diagnose eines lumboradikulären Reizsyndroms festhielt, die bisherige Rente sei ausschliesslich aufgrund von rheumatologischen Erkrankungen der Wirbelsäule zugesprochen worden, ist nicht nachvollziehbar und irreführend (act. 95). In Anbetracht der (ebenso fragwürdigen) Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. F. _____ (ohne Angabe eines Facharztstitels) vom 3. Januar 2000 war eindeutig der Morbus Behçet massgeblich (act. 39).

5.2 Ein Vergleich des damaligen (2000) mit dem aktuellen Gesundheitszustand (2016) ergibt folgendes Bild:

5.2.1 Dr. Q. _____ (Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH) diagnostizierte im rheumatologischen Parteigutachten vom 18. März 2015 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Morbus Behçet mit einer (nur noch) residuellen Aktivität unter Colchicin-Therapie. Er beschrieb die Symptomatik mit rezidivierenden oralen Ulzera, rezidivierenden pseudofollikulären oder urtikariellen Hautveränderungen, Polyarthralgien und vereinzelt Polyarthritiden, Müdigkeit und Erschöpfbarkeit (act. 139, Seite 11). Allerdings waren auch bei der Untersuchung durch Dr. Q. _____ - wie bei allen medizinischen Untersuchungen, die im vorliegenden Revisionsverfahren im Zeitraum von 2013 bis 2016 durch Dr. N. _____, Dr. P. _____ und Dr. U. _____ durchgeführt wurden - aktuelle, klinisch objektivierbare Veränderungen der Haut, Schleimhäute oder Gelenke abwesend. Weiter sprach selbst der Privatgutachter nur noch von einer partiellen Restaktivität des Morbus Behçet und begründete die funktionellen Ein-

schränkungen durch die Arthralgien einerseits und die kognitiven Beeinträchtigungen und eine allgemeine Leistungsminderung andererseits (act. 139, Seite 14, 15).

5.2.2 Der RAD-Rheumatologe Dr. R._____ führte mit dem ausführlichen Aktengutachten vom 24. April 2015 nach Würdigung der gesamten Aktenlage seit 1996 für den medizinischen Laien nachvollziehbar aus, der Morbus Behçet sei unter der Colchicin-Therapie aktuell ausreichend kontrolliert, sodass er keine schwerwiegende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit bewirke. Diese Einschätzung werde durch die Tatsache unterstützt, dass (seit längerem) keine Fachärzte konsultiert worden und die Grundbehandlung unterdessen nicht eskaliert sei. Während den Untersuchungen 2013 und 2015 hätten sich keine klinischen Anzeichen für die Aktivität der Krankheit finden lassen. (Diese Feststellung ist zutreffend und stellt gegenüber 2000 eine wesentliche und entscheidende Verbesserung dar.) Die Verbesserung basiere auf dem Verschwinden der anfänglich präsentierten peripheren Arthritiden („arthrites périphériques“). Hinsichtlich der Wirbelsäule gebe es keine bedeutende Beeinträchtigung der Mobilität, keine Anzeichen für eine neurologische Komplikation und keinen gewichtigen radiologischen Schaden (act. 142, Seite 7 f.).

5.2.3 Weiter konnte durch das neurologische Gutachten vom 13. Juli 2016 (Dr. U._____) und die aktuelle MRI-Bildgebung eine zerebrale Beteiligung des Morbus Behçet (in Form einer Vaskulitis der Gehirngefässe) nicht nachgewiesen werden. Schwere neuropsychologische Funktionsbeeinträchtigungen hingegen konnten durch Prof. Dr. rer. nat. T._____, Diplompsychologe, und lic. phil. V._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, ausgeschlossen werden (act. 179, Seite 19 f.). Die Kopfschmerzen, die im rheumatologischen Arztbericht vom 3. Januar 2000 noch nicht erwähnt wurden (act. 35, 53), sind gemäss dem Neurologen Dr. U._____ effektiv behandelbar und führen nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit (act. 178, Seite 11 ff.).

5.2.4 Der von Dr. Q._____ und Dr. R._____ beschriebene Zustand stellt gegenüber der Diagnose und der Symptomatik, die im rheumatologischen Arztbericht vom 3. Januar 2000 beschrieben wurden, eine wesentliche Verbesserung hinsichtlich des Morbus Behçet dar.

5.3 Zur (von der Beschwerdeführerin bestrittenen) Beweiskraft der vorliegenden Gutachten ist Folgendes zu erwägen:

5.3.1 Das widerspruchsfreie, schlüssig erscheinende, nachvollziehbar begründete, umfassende Aktengutachten von RAD-Rheumatologe Dr. R. _____ erweist sich als beweiskräftig, nachdem 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. Urteil des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1 mit Hinweis auf die Urteile 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1; 8C_908/2012 vom 29. Mai 2013 E. 4.2.1; 9C_444/2012 vom 29. August 2012 E. 2.2).

5.3.2 Das neurologische Gutachten und das neuropsychologische Teilgutachten genügen den Anforderungen an die Beweiskraft ebenso (act. 178, 179). Insbesondere erfolgte auch die neuropsychologische Begutachtung lege artis, zumal die Dauer der Untersuchung grundsätzlich der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des Experten unterliegt (vgl. Urteil des BGer 9C_71/2017 vom 24. April 2017 E. 3.2 mit Hinweis auf die Urteile 9C_275/2016 vom 19. August 2016 E. 4.3.2; 9C_246/2010 vom 11. Mai 2010 E. 2.2.2; 9C_664/2009 vom 6. November 2009 E. 3). Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin erscheint der Beizug einer Hilfspersonen im Rahmen der neuropsychologischen Testung grundsätzlich zulässig und nicht als unhaltbar oder gar rechtswidrig, zumal die Verantwortung für das Gutachten letztlich beim Diplompsychologen Prof. Dr. rer. nat. T. _____ liegt. Weiter ist nicht einzusehen, inwiefern die Testung zu einem anderen Ergebnis geführt hätte, wenn sie von Prof. Dr. rer. nat. T. _____ selber statt von lic. phil. V. _____ durchgeführt worden wäre, die als Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP ebenfalls ausreichend qualifiziert ist. Zudem wird mit der gutachterlichen Anmerkung zu den Schulterbeschwerden (vgl. act. 179, Seite 9) kein Grund substantiiert vorgebracht, der den Anschein von Befangenheit der genannten Personen zu konkretisieren vermöchte und Anlass gäbe, an ihrer Unabhängigkeit zu zweifeln (vgl. Urteil des BGer I 874/06 vom 8. August 2007 E. 4.1.1). Die Einschränkungen auf somatischem Gebiet waren im Übrigen ohnehin nicht Gegenstand des neuropsychologischen Teilgutachtens (act. 179, Seite 20). Die diesbezüglichen Vorbringen der Beschwerdeführerin erschöpfen sich in appellatorischer Kritik, die den angefochtenen Entscheid nicht umzustossen vermögen. Der Antrieb und das Leistungsverhalten sind sodann unterschiedliche (psychologische) Kategorien, weshalb in diesem Zusam-

menhang kein Widerspruch konstruiert werden kann. Weiter ist nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. U. _____ als Neurologe und zertifizierter Gutachter zur Würdigung der (effektiv behandelbaren) Kopfschmerzen nicht ausreichend kompetent sein soll. Sein beweiskräftiges Gutachten basiert auf den Vorakten, einer aktuellen MRI-Bildgebung und einer neurologischen Untersuchung und berücksichtigt das neuropsychologische Teilgutachten. Es fand eine persönliche Besprechung zwischen den Teilgutachtern statt, in der sich ein interdisziplinärer Konsens herausbildete (act. 178, Seite 15). Für eine differenzialdiagnostische Würdigung der (Spannungs-) Kopfschmerzen im Zusammenhang mit den cervikalen Beschwerden sah Dr. U. _____ offenbar keinen Anlass, obwohl er den entsprechenden (keineswegs besonders aufschlussreichen) Arztbericht des Universitätsspitals W. _____ (Klinik für Immunologie) vom 20. November 2009 (act. 70) zur Kenntnis nahm und unter den Vorakten aufführte (vgl. act. 178, Seite 4). Diesbezüglich ist aber nicht einzusehen, weshalb eine solche differenzialdiagnostische Auseinandersetzung bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu einem anderen Ergebnis hätte führen können, zumal effektive (und zumutbare) Behandlungsoptionen bestehen (act. 178, Seite 13). Anzumerken ist, dass durch Dr. U. _____ primär eine mögliche zerebrale Beteiligung des Morbus Behçet abzuklären war, nachdem (auch) Privatgutachter Dr. Q. _____ die Kopfschmerzen und kognitiven Störungen „mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit dem Morbus Behçet“ zugeordnete hatte (act. 139, Seite 15). Die von der Beschwerdeführerin vorgetragene Einwände vermögen die überzeugende Einschätzung von Dr. U. _____ nicht in Frage zu stellen.

5.3.3 Gegen eine neurologische oder neuropsychologische Beeinträchtigung spricht ferner der Umstand, dass die Beschwerdeführerin selber Autofährt, wohl auch im Stadtverkehr von X. _____ (act. 178, Seite 8). Auch häufigere (längere) Autofahrten (...) zum Besuch von Heilbädern sind in den Akten verzeichnet (act. 179, Seite 7). Allgemein scheint die Beschwerdeführerin im Alltag abgesehen von einer zeitraubenden, zweimal in der Woche durchgeführten Cremeprozedur wenig handicapiert: Sie sei in X. _____ (...) gut integriert (...). Aufgrund der Arbeit des Ehemanns seien sie öfters eingeladen oder sie würden selber Essen veranstalten. Sie mache den Haushalt (selber), so gut sie es könne (act. 179, Seite 7). Manchmal, aber nicht regelmässig beanspruche sie eine Haushaltshilfe, zum Beispiel zum Bügeln (act. 178, Seite 8) oder für strenge Tätigkeiten (act. 139, Seite 8). Ihre grösste Freude seien ihr Enkel und ihre Familie (act. 179, Seite 6). Sie gehe täglich mit ihrem Hund spazieren (act. 139, Seite 8). Das

beschriebene Aktivitätsniveau lässt mithin auf die weitgehende Zumutbarkeit einer adaptierten Erwerbstätigkeit schliessen. Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 13. Juli 2016 wurden zudem konkrete Indizien dokumentiert, die eine Tendenz der Beschwerdeführerin aufzeigen, ihre Symptome zu verdeutlichen. Die aufgeführten Aktivitäten sind nicht geeignet, eine massive Einschränkung im erwerblichen Bereich zu belegen.

5.3.4 Mithin ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass gegenüber dem Vergleichszeitpunkt am 22. September 2000 (nicht gegenüber 2009) durch die Remission des Morbus Behçet (unter der Colchicin-Therapie) eine massgebliche Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten ist. Daran ändert nichts, dass die Kolchizintherapie 2000 schon eingeleitet war.

5.4 Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist Folgendes zu erwägen:

5.4.1 Bezüglich der Arbeitsfähigkeit ist der begründeten und schlüssigen Einschätzung des RAD-Rheumatologen Dr. R._____ zu folgen. Demnach beträgt die Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des aktuell ausreichend kontrollierten Morbus Behçet sowie den moderaten rheumatologischen Degenerationen in allen (zumutbaren) Aktivitäten 20 %, wobei es der Versicherten jeweils erlaubt sein sollte, die Positionen zu verändern, um eine Überbelastung der Schultern, der Gelenke und der Knie zu vermeiden (act. 142, Seite 7 f.).

5.4.2 Der Einschätzung des Privatgutachters Dr. Q._____, wonach die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Bankangestellte maximal 50 % betrage, ist hingegen nicht zu folgen. Dr. Q._____ führte diesbezüglich aus, „hauptsächlich“ dürften sich die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit ebenfalls dem Morbus Behçet zuzuordnenden Kopfschmerzen und kognitiven Störungen auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auswirken. Aus rheumatologischer Sicht und ohne eine zusätzliche psychiatrisch-neuropsychologische Beurteilung sei eine genaue Bestimmung der Restarbeitsfähigkeit als Bankangestellte schwierig. Zur genauen Quantifizierung der Beeinträchtigung im kognitiven Bereich sei eine neuropsychologische Testung sinnvoll (act. 139, Seite 15). Im vorliegenden Revisionsverfahren konnten indessen die vermutete zerebrale Beteiligung des Morbus Behçet nicht nachgewiesen sowie schwere neuropsychologische Funktionsbeeinträchtigungen durch entsprechende Gutachten beweiskräftig ausgeschlossen werden (act. 178, 179).

5.4.3 Deshalb kann die Einschätzung von Dr. Q._____ zur Arbeitsfähigkeit (von maximal 50 % als Bankangestellte) nicht massgeblich sein. Seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, mit der er sich auf das fachfremde neurologische und neuropsychologische Gebiet begab, weckt keine auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen. Daher kann der Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, selbst wenn im vorliegenden Fall strenge Anforderungen an die Beweismwürdigung zu stellen sind (Urteil des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 142 V 58 E. 5.1 und BGE 135 V 465 E. 4.4). Abgesehen von der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bestehen zwischen dem Parteigutachten von Dr. Q._____ und dem Aktengutachten des RAD-Rheumatologen Dr. R._____ keine wesentlichen Widersprüche. Insbesondere geht auch Dr. Q._____ von einer milden Form eines Morbus Behçet und nur noch von einer partiellen Restaktivität aus (act. 139, Seite 11, 14, 15), was vom Gericht zu berücksichtigen ist.

5.4.4 Festzuhalten bleibt sodann, dass adaptierte, körperlich leichte Tätigkeiten (ohne repetitives Heben und Tragen von Lasten über 5 kg oder von vereinzelt Lasten bis maximal 12.5 bis 15 kg, ohne längeres Sitzen oder Stehen und ohne höhergradige Anforderungen an die Konzentration) auch gemäss dem Privatgutachter Dr. Q._____ aus rheumatologischer Sicht ohne Einschränkung zumutbar sind (act. 139, Seite 15). Insofern scheint er sogar von einer höheren Arbeitsfähigkeit als der RAD-Rheumatologe Dr. R._____ auszugehen. Die Beurteilung von Dr. Q._____ deckt sich insofern mit den Einschätzungen von Dr. N._____ (Facharzt der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt für Innere Medizin; act. 111, Seite 6) und der Vertrauensärztin Dr. P._____ (act. 125, Seite 7), die allerdings bei fehlendem Voraktenbezug und nur rudimentärer Begründung nicht beweiskräftig sind.

5.4.5 Nach dem Gesagten beträgt die Arbeitsunfähigkeit in allen zumutbaren Aktivitäten - wozu auch die angestammte, körperlich leichte Tätigkeit als Bankangestellte zu zählen ist (vgl. auch act. 127, Seite 2) - 20 %. Das Aktengutachten des RAD-Rheumatologen Dr. R._____, das neuropsychologische Teilgutachten von Prof. Dr. rer. nat. T._____, Diplompsychologin, und lic. phil. V._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, und das neurologische Gutachten von Dr. U._____, Facharzt für Neurologie FMH, erweisen sich hinsichtlich der entscheidenden Fragen als schlüssig und überzeugend. Die Gutachten genügen den geltenden beweisrechtlichen Anforderungen, weshalb darauf abzustellen ist. Die mit den

Rügen vorgebrachten Gesichtspunkte erweisen sich allesamt nicht als stichhaltig. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin liegen keine konkreten Indizien oder (auch nur geringe) Zweifel vor, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertisen sprechen würden. Die Vorinstanz hat den medizinischen Sachverhalt zutreffend gewürdigt. Weitere Abklärungen, wie sie von der Beschwerdeführerin gefordert werden, erübrigen sich. Wenn die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen - wie im vorliegenden Fall - bei pflichtgemässer Beweismässigkeit zur Überzeugung führen, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist in antizipierter Beweismässigkeit auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (vgl. UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz. 450; FRITZ GYGI, a.a.O., S. 274; vgl. auch BGE 122 II 464 E. 4a, BGE 122 III 219 E. 3c, BGE 120 1b 224 E. 2b, BGE 119 V 335 E. 3c mit Hinweisen).

5.5 Zur Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit und zur Bemessung des Invaliditätsgrads ist Folgendes zu erwägen:

5.5.1 Der Beschwerdeführerin wurde mit Verfügung vom 22. September 2000 rückwirkend ab 1. April 1997 eine ganze Invalidenrente zugesprochen (act. 44). Die Beschwerdeführerin hatte die Invalidenrente somit im Zeitpunkt der Rentenaufhebung mit Verfügung vom 19. Dezember 2016 seit mehr als 15 Jahren bezogen (act. 195). Nach ständiger Rechtsprechung (gemäss dem Urteil des BGer 9C_508/2016 vom 21. November 2016 E. 6.1) ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar. Indes können nach langjährigem Rentenbezug ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der sofortigen Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 30 S. 86 und seitherige Praxis, z.B. 9C_178/2014 vom 29. Juli 2014). Das bedeutet nicht, dass sich die versicherte Person auf eine Besitzstandsgarantie berufen kann, sondern lediglich, dass ihr zugestanden wird, dass ihre Rente erst nach Prüfung und Durchführung von Eingliederungsmassnahmen eingestellt wird (vgl. etwa Urteil 9C_920/2013 vom 20. Mai 2014 E. 4.4 mit Hinweis). Diese Rechtsprechung ist allerdings auf Fälle beschränkt worden, in

denen die revisionsweise Rentenaufhebung eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (Urteil 9C_661/2014 vom 17. September 2015 E. 3.1 mit Hinweis).

5.5.2 Obwohl die Beschwerdeführerin die Invalidenrente im Zeitpunkt der Rentenaufhebung mit Verfügung vom 19. Dezember 2016 seit mehr als 15 Jahren bezogen hatte (act. 195), liegt hier kein Anwendungsfall der zitierten Rechtsprechung vor. Die RAD-Ärzte führten am 2. September 2016 nachvollziehbar (sinngemäss) Folgendes aus: Die Versicherte sei trotz ihres Rentenbezugs seit mehr als 15 Jahren in der Lage, ihre Arbeitsfähigkeit (ohne Eingliederungsmassnahmen) zu verwerten. Sie sei als (mehrfache) Verwaltungsrätin tätig (vgl. act. 99; vgl. die Angaben zu den vier aktenkundigen Mandaten in act. 91, 106, 107). Sie sei in der Lage gewesen, sich am neuen Wohnort in X._____ zu integrieren. Sie fahre Auto. Sie erfülle ihre sozialen Verpflichtungen im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit des Ehemanns. Sie führe Aktivitäten mit der Familie und insbesondere mit dem Grosskind durch (act. 185).

5.5.3 Insbesondere die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin als Verwaltungsrätin bzw. Aufsichtsrätin von vier Gesellschaften amtet(e), ist vom Gericht zu würdigen. Die Führung dieser Mandate, die im Falle der M._____ AG auch die Vorbereitung und die entgeltliche Teilnahme an vier bis fünf Sitzungen pro Jahr umfasste (act. 107), lässt (wie der insgesamt wenig beeinträchtigte Lebenswandel mit zahlreichen Aktivitäten und Interessen) auf ein durch Selbsteingliederung verwertbares Leistungspotenzial schliessen. Zudem wurde im neuropsychologischen Teilgutachten explizit festgehalten, dass sich die Versicherte in der angestammten Tätigkeit (als Bankangestellte) aufgrund ihrer kognitiven Fähigkeiten und guten Sprachkenntnisse schnell wieder einarbeiten könne (act. 179, Seite 20). Die vorinstanzliche Rentenaufhebung ohne vorgängige Umsetzung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen ist somit nicht bundesrechtswidrig (vgl. Urteil des BGer 9C_508/2016 vom 21. November 2016 E. 6.2 mit Hinweis auf die Urteile 8C_586/2014 vom 22. Dezember 2014 E. 8.2; 9C_315/2011 vom 30. Mai 2011 E. 3.3).

5.5.4 Im Bereich der Invalidenversicherung gilt die Fiktion des ausgeglichenen Arbeitsmarkts. Dabei handelt es sich um einen theoretischen und abstrakten Begriff, der dazu dient, den Leistungsanspruch der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Der Begriff

umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Stellenangebot und der Nachfrage. Andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten offenhält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre verbleibende Erwerbsfähigkeit zu verwerten. Für die Bemessung der Invalidität ist nicht darauf abzustellen, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (vgl. BGE 110 V 276 E. 4b; ZAK 1991 Seite 320 E. 3b und AHI 1998 S. 291 E. 2b). An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind mithin keine übermässigen Anforderungen zu stellen (vgl. dazu im Einzelnen SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, 9C_830/2007 E. 5.1).

5.5.5 Unter der Bedingung eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes ist die Vorinstanz zu Recht davon ausgegangen, dass sich die Beschwerdeführerin trotz ihrer rheumatologischen Einschränkung beruflich betätigen könnte und ihr dabei genügend adaptierte Möglichkeiten zur Erzielung eines anrechenbaren Invalideneinkommens offenstehen. Festzuhalten ist, dass auch die angestammte Tätigkeit als Bankangestellte zu 80 % zumutbar ist (vgl. act. 127, Seite 2; act. 142, Seite 8). Das Alter der (...) 1964 geborenen Beschwerdeführerin von 52 Jahren (im Zeitpunkt der abschliessenden RAD-Stellungnahme vom 2. September 2016; act. 185; vgl. BGE 138 V 457 E. 3.3) spricht nicht gegen die wirtschaftliche Verwertbarkeit des verbliebenen Leistungsvermögens. Ebenso schliesst die langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt (seit dem letzten effektiven Arbeitstag am 19. April 1996) die Wiederaufnahme einer adaptierten Erwerbstätigkeit nicht, zumal aktenkundig ist, dass die Versicherte auch in der Lage ist, als Verwaltungsrätin bzw. Aufsichtsrätin von vier Gesellschaften zu amten. Das Bundesgericht hat für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen generell relativ hohe Hürden entwickelt (vgl. Urteil des BGer 9C_118/2015 vom 9. Juli 2015 E. 4.4 mit Hinweis auf Urteil des BGer 9C_918/2008 vom 28. Mai 2009 E. 4.3). Der konkrete Arbeitsmarkt, auf dem stellensuchende Personen ab einem gewissen Alter erfahrungsgemäss oftmals benachteiligt sind, zumal wenn sie mit gesundheitlichen Einschränkungen zu kämpfen haben, ist im vorliegenden Kontext nicht relevant.

5.5.6 Die Vorinstanz hat (soweit ersichtlich) keinen Einkommensvergleich durchgeführt, wofür sie keine nachvollziehbare Begründung anführte (act. 195). Für das Valideneinkommen ist an die letzte Beschäftigung vor der Berentung anzuknüpfen. Der letzte Monatslohn im Januar 1997 belief sich inklusive Anteil am 13. Monatslohn auf Fr. 5'424.25 (act. 7), was unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis 2016 einem Monatslohn von (rund) Fr. 6'899.- entspricht (Valideneinkommen). Das anrechenbare Invalideneinkommen für eine zumutbare Tätigkeit als qualifizierte Bankangestellte (mit absolvierter Handelsschule) ist gemäss der schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2014 (Tabelle TA1, 64, 66 Finanzdienstleistungen, Kompetenzniveau 2, Frauen, Fr. 6'417.-; bei einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.6 Stunden und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis 2016) auf der Grundlage von (rund) Fr. 6'763.- zu bemessen. Durch einen angemessenen leidensbedingten Abzug von 10 % wegen der langjährigen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt ergibt sich eine Ermässigung auf (rund) Fr. 6'086.- (vgl. Urteil des BGer 9C_617/2010 vom 10. Februar 2011 E. 4.3). Bei einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit als Bankangestellte wäre 2016 also ein Monatslohn von (rund) Fr. 4'869.- zu erwarten gewesen (Invalideneinkommen). Im Ergebnis erleidet die Beschwerdeführerin im Vergleich mit dem Valideneinkommen von (rund) Fr. 6'899.- eine Erwerbseinbusse von (rund) 29 %, was keinen Anspruch auf eine Teilrente begründet (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG).

6.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz die Invalidenrente der Beschwerdeführerin mit der angefochtenen Verfügung vom 19. Dezember 2016 zu Recht aufgehoben hat. Demzufolge ist die Beschwerde abzuweisen.

7.

7.1 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. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die auf Fr. 800.- festzusetzenden Verfahrenskosten der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der einbezahlte Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

7.2 Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.– werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– wird zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

David Weiss

Lukas Schobinger

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 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: