

BVGer C-3688/2023 vom 13. Februar 2026

Bundesverwaltungsgericht, 2026-02-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3688_2023

FR: TAF C-3688/2023 du 13 février 2026

IT: TAF C-3688/2023 del 13 febbraio 2026

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht beurteilt gemäss Art. 31 VGG Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG. Die IVSTA gehört als Behörde nach Art. 33 VGG zu den Vorinstanzen des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Eine das Sachgebiet betreffende Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist für die Beurteilung der angefochtenen Verfügung zuständig.

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1).

E. 1.3

Die Beschwerdeführerin ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, sodass sie beschwerdelegitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG und Art. 59 ATSG). Da die Beschwerde im Übrigen form- und fristgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss rechtzeitig bezahlt wurde (Art. 52 Abs. 1 VwVG und Art. 60 Abs. 1 ATSG), ist darauf einzutreten.

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 23. Mai 2023, mit der die Vorinstanz die Invalidenrente der Beschwerdeführerin per 30. Juni 2023 aufhob. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist, ob die Aufhebung des Rentenanspruchs zu Recht erfolgt ist.

E. 3.1

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).

E. 3.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4

VwVG). Es kann 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. BVGE 2013/46 E. 3.2).

E. 3.3

Sowohl das Verwaltungsverfahren als auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 151 V 244 E. 3.4). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a, je m.w.H.). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 151 V 244 E. 3.4; 143 V 168 E. 2).

E. 4.1

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige, wohnt in Deutschland und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert. Es liegt offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1; 143 V 354 E. 4; 143 V 81 E. 8.1). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (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), zur Anwendung. 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; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

E. 4.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 174 E. 4.1; 146 V 364 E. 7.1). Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBl 2017 2535]) sowie die Änderungen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Leistungsansprüche, die nach Inkrafttreten dieser Änderungen entstanden sind, sind nach den neuen Normen zu prüfen. Soweit Ansprüche zu prüfen sind, die noch vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, kommen die bis 31. Dezember 2021 geltenden Bestimmungen zur Anwendung (Urteile des BGer 8C_285/2023 vom 17. November 2023 E. 3.1; 8C_295/2023 vom 14. November 2023 E. 2.1; vgl. auch Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Juli 2022, Rz. 9100 f.; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Januar 2022, Rz. 1007 -

1010). Liegt (in Revisionsfällen) die massgebende Änderung vor dem 1. Januar 2022, finden die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 Anwendung. Der Zeitpunkt der massgebenden Änderung bestimmt sich nach Art. 88a IVV (vgl. KSIR, Rz. 9102). Handelt es sich um eine versicherte Person, welche am 1. Januar 2022 das 55. Altersjahr vollendet hat, finden bis zum Erlöschen oder der Aufhebung des Rentenanspruchs immer die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis zum 31. Dezember 2021 Anwendung (Übergangsbestimmung IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 Bst. c; Urteil des BVGer C-1518/2021 vom 15. Mai 2024 E. 4.7.1). Vorliegend vertritt die Vorinstanz die Ansicht, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich (spätestens) seit dem 12. September 2022 namhaft verbessert (IVSTA-act. 211). Zudem hatte die Beschwerdeführerin, geboren am (...) 1967, am 1. Januar 2022 das 55. Altersjahr knapp nicht vollendet. Folglich ist die im Streit stehende Rentenrevision nach den Bestimmungen des IVG, der IVV und des ATSG in der ab 1. Januar 2022 geltenden Fassung zu beurteilen.

E. 4.3

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 23. Mai 2023) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 224 E. 6.1.1; 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 5.1

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) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 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).

E. 5.2

Gestützt auf Art. 28 Abs. 1 Bst. b und c IVG haben Anspruch auf eine Rente versicherte Personen, die u.a. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

E. 5.3

Gemäss Art. 28 IVG hatte eine versicherte Person bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 66 % (in der bis 31. Dezember 2007 geltenden Fassung) bzw. mindestens 70 %

(in der bis 31. Dezember 2021 geltenden Fassung) Anspruch auf eine ganze Rente. Seit 1. Januar 2022 wird die Höhe des Rentenanspruchs gemäss Art. 28b IVG in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt (Abs. 1). Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40-49 % erhöht sich der Rentenanspruch linear von einem Anteil von 25-47.5 % (Abs. 4).

E. 5.4

Die Invalidenrente wird gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers sich um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (Bst. a) oder auf 100 % erhöht (Bst. b).

E. 5.4.1

Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte Beurteilung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens - Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; 130 V 343 E. 3.5.2; Urteile des BGer 9C_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.2 m.H.; 8C_236/2022, 8C_301/2022 vom 4. Oktober 2022 E. 7.2).

E. 5.4.2

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (vgl. BGE 144 I 103 E. 2.1; 141 V 9 E. 2.3; 130 V 343 E. 3.5).

E. 5.4.3

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 dagegen eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C_779/2015 vom 4. Mai 2016 E. 5.5 m.H.).

E. 5.4.4

Eine Mitteilung nach Art. 74ter Bst. f und Art. 74quater Abs. 1 IVV, mit der eine Revision von Amtes wegen abgeschlossen wurde mit der Feststellung, es sei keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse eingetreten, ist einer rechtskräftigen Verfügung gleichgestellt (Urteile des BGer 9C_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.2 m.H.;

8C_729/2021 vom 29. März 2022 E. 2.2.2).

E. 5.4.5

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist das Vorhandensein einer entscheidenderheblichen Differenz in den - hier den medizinischen Akten 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 entscheidenderheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Tatsachenebene zum früheren Zustand wiedergibt. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen (vgl. BGE 144 I 103 E. 2.1; 141 V 9 E. 2.3). Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen und nicht revisionsbegründend (vgl. Urteile des BGer 9C_244/2017 vom 26. Oktober 2017 E. 4.2 und 4.2.1, 8C_160/2017 vom 22. Juni 2017 E. 2.2 m.H.; 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.1 und 4.2).

E. 5.5.1

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 (vgl. Urteile des BGer 9C_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

E. 5.5.2

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 Spezialärztinnen und 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 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zur Patientin bzw. zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für die allgemein praktizierende Hausärztin bzw. den allgemein

praktizierenden Hausarzt wie die behandelnde Spezialärztin bzw. den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 8C_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potenziellen Stärken der Berichte behandelnder Ärztinnen bzw. 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 Ärztinnen bzw. 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 die befragte Ärztin bzw. 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).

E. 5.5.3

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt 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. Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen verbesserten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des BGer 8C_553/2021 vom 13. April 2023 E. 4.2.4 m.H.).

E. 6

Die letzte Beurteilung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung beruht (vgl. E. 5.4.1 vorstehend), datiert vom 1. Juli 2014. In dieser Mitteilung wurde - gestützt auf eine neurologisch/psychiatrische Begutachtung in Deutschland am 12. Mai 2014 (IVSTA-act. 42) und eine Würdigung derselben durch den medizinischen Dienst der Vorinstanz (IVSTA-act. 44) - festgehalten, die Überprüfung des Invaliditätsgrades habe keine anspruchsbeeinflussende Änderung ergeben. Aufgrund unveränderter Verhältnisse bestehe weiterhin Anspruch auf die entsprechenden Geldleistungen, somit bei der Beschwerdeführerin auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung (IVSTA-act. 45). Folglich bildet die Mitteilung vom 1. Juli 2014 Ausgangspunkt für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des im Juni 2018 eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens (IVSTA-act. 46) eine anspruchsrelevante Änderung des Invaliditätsgrades im Sinne des Art. 17 ATSG eingetreten ist. Der Vollständigkeit halber wird zunächst kurz die medizinische Vorgeschichte ab Zusprache der ganzen Rente ab 1. Mai 1999 (IVSTA-act. 9) geschildert (E. 7 nachfolgend). Danach wird der Sachverhalt, wie er sich am 1. Juli 2014 präsentierte,

dargelegt (E. 8 nachfolgend) und dieser anschliessend mit dem Sachverhalt, wie er zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 23. Mai 2023 vorlag, verglichen (E. 9, 11 nachfolgend).

E. 7.1

Im Schreiben vom 31. Januar 2002 wurde der Beschwerdeführerin mitgeteilt, es sei bei ihr eine rentenbegründende Invalidität festgestellt worden, weshalb sie Anspruch auf eine ganze Rente habe (IVSTA-act. 10). Es wurde ihr der Erlass einer Verfügung in Aussicht gestellt, die Verfügung befindet sich nicht bei den dem Gericht eingereichten Akten. Der Invaliditätsgrad wurde auf 70 % seit 25. September 1998 festgelegt, eine Rente - aufgrund verspäteter Anmeldung - ab 1. Mai 1999 ausbezahlt (IVSTA-act. 9).

E. 7.1.1

Die Rentenzusprache stützte sich auf die Einschätzung des medizinischen Dienstes der Vorinstanz, Dr. med. E. _____, vom 17. Oktober 2001, in der aufgrund einer Enzephalomyelitis disseminata (Multiple Sklerose) seit 1997 und einem sekundären psycho-organischen Syndrom eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % seit 25. September 1997 bescheinigt wurde. Aufgrund der psychischen Situation sei keine Verweistätigkeit zumutbar (IVSTA-act. 12).

E. 7.1.2

Die Einschätzung des medizinischen Dienstes der Vorinstanz stützte sich auf ein von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, (...) (Deutschland), eingeholtes nervenärztliches Gutachten von Dr. med. F. _____, Ärztin für Neurologie und Psychiatrie-Psychotherapie, (...) (Deutschland), vom 29. September 1999. Nach einer ambulanten neurologischen, psychiatrischen und tiefenpsychologischen Untersuchung der Beschwerdeführerin am 23. September 1999 stellte Dr. F. _____ die Diagnosen einer latenten Hemiparese links, eines diskreten hirnrorganischen Psychosyndroms sowie neurophysiologisch nachgewiesener Sehbahnläsionen beidseits bei dringendem Verdacht auf Encephalomyelitis disseminata (Multiple Sklerose; radiologisch und labordiagnostisch nicht objektiviert). Sie attestierte eine Arbeitsfähigkeit in der letzten beruflichen Tätigkeit (Büroarbeit) von unter zwei Stunden pro Tag, angepasste Tätigkeiten seien nicht zumutbar. Dr. F. _____ lagen ein arbeitsamtsärztliches Gutachten vom 30. April 1999, ein ärztlicher Entlassungsbericht der Kliniken G. _____ vom 28. Juli 1998 und ein Arztbrief des damals behandelnden Neurologen, Dr. med. H. _____, vom 9. März 1999 vor (IVSTA-act. 19).

E. 7.1.3

Weiter abgestellt wurde auf zwei von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte eingereichte Berichte der Kliniken G. _____ in (...) (Deutschland) über die stationären Aufenthalte der Beschwerdeführerin vom 16. Juni bis 28. Juli 1998 sowie vom 4. bis 30. April 2000. In beiden Berichten wurden die Diagnosen des dringenden Verdachts auf eine schubförmig verlaufende Encephalomyelitis disseminata (Multiple Sklerose), Beginn 1997 (ICD-10 G35), und auf spezifische nichtpsychotische psychische Störungen nach Hirnschädigungen (ICD-10 G31.0) (Diagnose nach dem Aufenthalt 1998) bzw. auf ein sekundäres hirnrorganisches Psychosyndrom (ICD-10 F07.2) (Diagnose nach dem Aufenthalt 2000) gestellt. Die Kernspintomographie des Neurocraniums vom 17. April 2000 sei unverändert zur Voruntersuchung vom 2. Juli 1998. Sie zeige eine im oberen Bereich der Altersnorm gelegene innere Liquorraumerweiterung. Es zeigten sich keine fokalen Läsionen im Hirnparenchym. Damit ergebe sich weiterhin kein positiver Nachweis

von Veränderungen, die für die Diagnose einer Encephalomyelitis disseminata (Multiple Sklerose) spezifisch wären. Im Bericht zum Aufenthalt im Jahr 2000 wurde der neurologische Status als weitgehend unauffällig und der psychische Befund (grob orientierend) als unauffällig beschrieben. Die Ergebnisse einer neuropsychologischen Untersuchung sprächen jedoch für eine mittelgradige Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei für nicht absehbare Zeit nicht imstande, einer erwerbsbringenden Tätigkeit konkurrenzfähig nachzugehen (IVSTA-act. 17).

E. 7.2

Die Mitteilung der Vorinstanz an die Beschwerdeführerin vom 25. September 2006, es bestehe nach der revisionsweisen Überprüfung weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente (IVSTA-act. 23), stützte sich auf den Bericht von Dr. H._____, (...) (Deutschland), vom 15. Mai 2006, bei dem die Beschwerdeführerin ab 1997 in Behandlung war (IVSTA-act. 16), und auf die Einschätzung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 8. September 2006 (IVSTA-act. 22). Dr. H._____ stellte die Diagnose einer Multiplen Sklerose und eines hirnrorganischen Psychosyndroms bestehend seit 1997, der RAD beschränkte sich auf die Diagnose der Multiplen Sklerose und gab an, es liege eine unveränderte Arbeitsunfähigkeit vor. Dr. H._____ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit als Hotelfachfrau ab 1997 bis auf Weiteres von 100 % (IVSTA-act. 16).

E. 7.3

Am 6. Januar 2010 bestätigte die Vorinstanz den Anspruch auf eine ganze Rente erneut (IVSTA-act. 33) und stützte sich dabei auf das über die Deutsche Rentenversicherung eingeholte neurologische und psychiatrische Gutachten vom 10. November 2009, das von Dr. med. D._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, (...) (Deutschland), erstellt wurde. Er diagnostizierte eine Multiple Sklerose, Verdacht auf vorwiegend sekundär-chronischen Verlauf (ICD-10 G35.30), eine Ataxie mit Kleinhirnzeichen und Einschränkung der Bewegungskoordination (ICD-10 R26.0), eine Te-traspastik linksbetont (ICD-10 G82.49) sowie eine organische Persönlichkeitsänderung im Verlauf der Multiplen Sklerose mit Asthenie und sozialer Anpassungsstörung (ICD-10 F07.0). Er bezeichnete jede Diagnose als «gesichert». Weiter führte er aus, es bestehe kein berufliches Leistungsvermögen von wirtschaftlichem Wert, eine Besserung sei unwahrscheinlich (IVSTA-act. 29). Der medizinische Dienst der Vorinstanz hielt in seiner Einschätzung vom 31. Dezember 2009 fest, die Arbeitsunfähigkeit bestehe unverändert, die Ausfallsymptomatik (Ataxie, Spastizität, POS) sei «eher progredient» (IVSTA-act. 32).

E. 8

Die vorliegend massgebliche letzte materielle Überprüfung des Rentenanspruchs vor Erlass der im Streit stehenden Verfügung vom 23. Mai 2023 erfolgte 2014. Mit Mitteilung vom 1. Juli 2014 stellte die Vorinstanz ein weiteres Mal fest, die Überprüfung des Invaliditätsgrades habe keine anspruchsbeflussende Änderung ergeben (IVSTA-act. 45). Basis der Mitteilung vom 1. Juli 2014 bildete das von der Vorinstanz über die Deutsche Rentenversicherung eingeholte «Ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung auf dem Gebiet/Teilgebiet: Nervenheilkunde» von Dr. med. I._____, Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, von der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie an der Klinik J._____ in (...) (Deutschland) vom 12. Mai 2014 (IVSTA-act. 42).

E. 8.1

Dr. I. _____ stellte in seinem Gutachten die Diagnosen einer Multiplen Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf (ICD-10 G35.3), einer organischen Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F07.0), einer linksbetonten Tetraspastik (ICD-10 G82.49) und eines ataktischen Ganges (ICD-10 R26.0). Die Beschwerdeführerin klagt über ein handschuhförmiges Taubheitsgefühl im linken Arm bis zum Ellbogen sowie über ein sockenförmiges Taubheitsgefühl bis unterhalb des Knies. Sie könne nach eigenen Angaben fast alles machen, sie brauche aber «ewig lange». Den Haushalt teile sie sich gut ein. Dr. I. _____ führte aus, die Beschwerdeführerin wirke organisch wesensverändert. Teilweise erscheine sie etwas läppisch inadäquat und teilweise distanzgemindert. Testdiagnostisch habe sich eine Dissimulationstendenz gefunden, die Beschwerdeführerin scheine ihre Defizite nicht mehr komplett wahrzunehmen. Klinisch-neurologisch habe sich ein unveränderter Befund im Vergleich zur Vorbegutachtung durch den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Dr. D. _____, aus dem Jahr 2009 gezeigt. Dr. D. _____ hielt in seinem «Ärztliche(n) Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung auf dem Gebiet/Teilgebiet: Neurologie/Psychiatrie» vom 10. November 2009 bei der neurologischen Untersuchung unter «Motorik» fest, die Beschwerdeführerin zeige ein Mischbild aus einerseits staksigem, andererseits ataktischem Gangbild bei linksbetonter Tetraspastik, die Funktionsgriffe links seien eingeschränkt. Es bestehe eine geringgradige Fuss- und Zehenheberparese links mit angedeutetem Storchengang sowie eine deutliche Feingeschicklichkeitsstörung der linken Hand, geringer der rechten Hand (IVSTA-act. 29 Seite 10). Gemäss Dr. I. _____ führe das Krankheitsbild weiterhin und mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf Dauer zu qualitativen und quantitativen Leistungseinschränkungen. Arbeiten überwiegend im Sitzen, zeitweise im Stehen und zeitweise im Gehen, ausgeführt sowohl überwiegend im Freien als auch überwiegend in geschlossenen Räumen seien der Beschwerdeführerin zumutbar, ebenfalls zumutbar seien Arbeiten mit Publikumsverkehr. Als unzumutbar qualifizierte Dr. I. _____ Tätigkeiten unter Zeitdruck, im Einzel- und Gruppenakkord, am Fließband sowie taktgebundene Arbeiten und Nacharbeiten, Arbeiten in Zwangshaltung, Arbeiten mit häufigem Heben und Tragen ohne mechanische Hilfsmittel sowie mit häufigem Bücken, Tätigkeiten mit Treppen- und Leitersteigen, Tätigkeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit der Hände voraussetzen, Arbeiten unter Einwirkung von Kälte, Hitze, starken Temperaturschwankungen, Zugluft, Nässe, Lärm Staub, Gas, Dampf, Rauch oder Reizstoffen, Tätigkeiten mit besonderer Anforderung an die nervliche Belastbarkeit, an das Konzentrations- und Reaktionsvermögen sowie an die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit (IVSTA-act. 42 Seiten 9 und 10). Dr. I. _____ befand, es bestehe bei der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Buchhalterin ein eingeschränktes Leistungsvermögen von unter drei Stunden. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe für leichte Tätigkeiten unter Beachtung der genannten qualitativen Einschränkungen ein Leistungsvermögen von ebenfalls unter drei Stunden. Es sei davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin weiterhin und auf Dauer kein berufliches Leistungsvermögen von wirtschaftlichem Wert bestehen werde. Eine medizinische Rehabilitationsmassnahme sei nicht indiziert (IVSTA-act. 42 Seite 10).

E. 8.2

Dr. med. K. _____, FMH Allgemeine Medizin, vom medizinischen Dienst der Vorinstanz, hielt in seiner medizinischen Einschätzung vom 22. Juni 2014 fest, der psychiatrisch-neurologische Bericht von Dr. I. _____ zeige, dass der Krankheitsverlauf bei der Beschwerdeführerin chronisch sei. Es zeigten sich Gangstörungen, Gefühlsstörungen und eine verminderte Leistungsfähigkeit bei schneller Ermüdbarkeit. Dr.

I._____ sehe weiterhin keine ausserhäusliche Arbeitsfähigkeit. Im eigenen Haushalt sei die Beschwerdeführerin teilweise temporär eingeschränkt. Dr. K._____ schloss daraus, dass die Arbeitsunfähigkeit seit der letzten Revision unverändert sei (IVSTA-act. 44).

E. 8.3

Entsprechend wurde der Beschwerdeführerin am 1. Juli 2014 mitgeteilt, die Überprüfung des Invaliditätsgrades habe keine anspruchsbeflussende Veränderung ergeben. Der Anspruch auf eine ganze Rente wurde somit auch nach der Revision 2014 bestätigt (IVSTA-act. 45).

E. 9

Am 15. Juni 2018 leitete die Vorinstanz eine nächste Rentenrevision ein (IVSTA-act. 48), die sie mit der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 23. Mai 2023 abschloss. Sie hob die bisher ausgerichtete ganze Rente für die Zukunft auf und begründete dies damit, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erheblich verbessert habe, weshalb ein Revisionsgrund bestehe. Der Invaliditätsgrad betrage lediglich noch 20 % (IVSTA-act. 211 und 212). Dieser Verfügung lagen folgende Unterlagen zugrunde:

E. 9.1

Über die Deutsche Rentenversicherung holte die Vorinstanz bei Dr. med. Dipl. Päd. B._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, (...) (Deutschland), ein «Ärztliches Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung auf dem Gebiet/Teilgebiet: Neurologie/Psychiatrie» ein. In seinem neurologischen und psychiatrischen Gutachten vom 5. Oktober 2018, in dem er sich auf seine Untersuchungen vom 13. September 2018 stützte, stellte Dr. B._____ die Diagnose einer Multiplen Sklerose mit initial schubförmigem Verlauf (ICD-10 G35.10). Seine neurologischen Untersuchungsergebnisse fasste er wie folgt zusammen: Es hätten sich keine zentralen, fokalen Herdsymptome gezeigt. Hirnnervenstörungen hätten sich nicht objektivieren lassen. Paresen hätten sich weder im Bereich der oberen noch der unteren Extremitäten gefunden. Der Muskeltonus sei regelrecht gewesen. Die Beschwerdeführerin habe Sensibilitätsstörungen der linksseitigen Extremitäten, handschuhförmig oben und sockenförmig unten, angegeben. Hieraus resultierten jedoch keine gravierenden Funktionsstörungen. In psychiatrischer Hinsicht stellte Dr. B._____ fest, nach Anamnese und psychopathologischem Befund bestehe zurzeit weder eine depressive Symptomatik noch eine hirnorganische Störung von Krankheitswert. Wesentliche kognitive Störungen liessen sich weder klinisch noch nach den orientierenden testpsychologischen Untersuchungen objektivieren (IVSTA-act. 51 Seite 11). Sowohl in der angestammten Tätigkeit als Buchhalterin und Empfangssekretärin als auch in einer dem positiven und negativen Leistungsbild angepassten Tätigkeit (leichte bis mittelschwere Arbeit zeitweise im Stehen, Gehen und Sitzen) könne die Beschwerdeführerin sechs Stunden und mehr arbeiten (IVSTA-act. 51 Seite 13).

E. 9.2

Gestützt auf das Gutachten von Dr. B._____ kam Dr. med. L._____, Allg. Med. FMH des RAD, am 14. November 2018 zur Einschätzung, es sei bei der Beschwerdeführerin zu einer nennenswerten Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen. Dr. B._____ finde keine funktionseinbüßenden körperlichen oder psychischen Störungen. Somit sei die Beschwerdeführerin ab Datum der Untersuchung am 13. September 2018 als gesund und voll arbeitsfähig zu betrachten (IVSTA-act. 54). Auf Nachfrage (IVSTA-act. 55) bestätigte Dr. L._____ am 13. Dezember 2018, es handle sich «tatsächlich um eine klare

Verbesserung des Gesundheitszustandes» (IVSTA-act. 56).

E. 9.3

Vom 13. Mai bis 7. Juni 2019 wurde auf Veranlassung der Vorinstanz bei der Abklärungsstelle C._____ in (...) eine BEFAS-Abklärung durchgeführt. Gemäss dem Schlussbericht vom 16. Juli 2019, unterzeichnet vom Leiter BEFAS, von einer Ärztin (FMH Allgemeine Innere Medizin) sowie von einer Berufs- und Laufbahnberaterin, habe sich bei der Abklärung schon bald abgezeichnet, dass eine reguläre Abklärung mit der Beschwerdeführerin kaum möglich sei, da die Beschwerdeführerin die regulären Arbeitszeiten kaum eingehalten und unter Angabe verschiedener Beschwerden weitestgehend gefehlt habe. Auffallend sei gewesen, dass sich die Beschwerdeführerin nach dem Abmelden nur teilweise auf ihr Zimmer zurückgezogen habe. Wiederholt habe man sie nach der schmerzbedingten Abmeldung im Aufenthaltsraum sitzen und Zeitung lesen oder im Dorf einkaufen gesehen. Ohne der Beschwerdeführerin bestimmte gesundheitliche Einschränkungen grundsätzlich absprechen zu wollen, hätten die Abklärungspersonen den Eindruck gehabt, die Beschwerdeführerin verhalte sich bei der Arbeit nicht authentisch und zeige ein Schonverhalten. Unter diesen Umständen sei die Klärung der tatsächlichen beruflichen Ressourcen der Beschwerdeführerin nicht möglich gewesen. Im Verlauf der Abklärung seien Zweifel an der Diagnose Multiple Sklerose aufgekommen. Es werde eine Wiederholung der MRI-Untersuchungen des Schädels und der Hals- und Brustwirbelsäule empfohlen. Auch wenn sich die Diagnose Multiple Sklerose nicht bestätigen sollte, sei damit nicht gesagt, dass die Beschwerdeführerin gesund und voll arbeitsfähig sei. Angesichts der vielen Abwesenheiten der Beschwerdeführerin und der Inkonsistenzen im Verhalten sei die Beantwortung der Fragen der Vorinstanz nur sehr eingeschränkt möglich. Die beobachtete Belastbarkeit sei sehr gering, es bestehe aber der Verdacht auf selbstlimitierendes Verhalten, weshalb keine sichere Aussage gemacht werden könne. Das Konzentrationsvermögen sei, soweit beurteilbar, eingeschränkt. Die geschilderten Beschwerden seien schwierig zu objektivieren. Die gemessene Kraft sei deutlich unterdurchschnittlich, vor allem links. Auch habe die Beschwerdeführerin Mühe gehabt, einen Schreibstift oder eine Pinzette zu halten. Andererseits habe ihr das Tragen eines Rollkoffers auf dem Weg ins Wochenende scheinbar keine sichtbare Mühe bereitet. Die Abklärungsstelle führte bezüglich einer möglichen Arbeitstätigkeit aus, eine Arbeit im Bürobereich käme am ehesten in Frage, jedoch habe die Beschwerdeführerin Arbeiten am Computer während der Abklärung schon nach kurzer Zeit abgebrochen. Aufgrund dieser Beobachtungen könne die Beschwerdeführerin keine Arbeitsfähigkeit von wirtschaftlichem Wert erbringen. Wiedereingliederungsmassnahmen seien zurzeit nicht sinnvoll, zunächst sollten weitere medizinische Abklärungen erfolgen (IVSTA-act. 85).

E. 9.4

Dr. med. M._____, Fachärztin für Neurologie FMH, vom medizinischen Dienst der Vorinstanz führte in ihrer ärztlichen Stellungnahme vom 1. November 2019 aus, es liege lediglich das Gutachten von Dr. B._____ vor, das einen psychiatrisch und neurologisch normalen Status beschreibe und eine Arbeitsfähigkeit von mehr als sechs Stunden pro Tag attestiere. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte hätten neurologische und psychiatrische Symptome beschrieben. Man könne die Diagnose einer Multiplen Sklerose in Frage stellen, da im MRI des Gehirns keine Läsionen ersichtlich seien und die Liquoranalyse als normal beschrieben werde. Aber das Gutachten von Dr. B._____ stelle die Diagnose nicht in Frage. Und obwohl er eine Veränderung seit 1997 verneine, begründe er nicht, weshalb er

einen normalen Gesundheitszustand annehme, wohingegen alle vorherigen Berichte neurologische Anomalien beschrieben hätten. Aufgrund dessen könne nicht auf das Gutachten von Dr. B._____ abgestellt werden. Dr. M._____ empfahl, in der Schweiz ein neurologisches Gutachten mit neuropsychologischen und psychiatrischen Tests einzuholen. Aufgrund der unsicheren Diagnose einer Multiplen Sklerose und der von der Beschwerdeführerin geklagten Asthenie bzw. chronischen Müdigkeit sei auch ein Teilgutachten der Fachrichtung Allgemeine Innere Medizin in Auftrag zu geben. Des Weiteren bat Dr. M._____, während des Aufenthaltes zur Begutachtung in der Schweiz ein MRT des Gehirns und des Rückenmarks anzufertigen (IVSTA-act. 94).

E. 9.5.1

Im polydisziplinären Gutachten (Fachrichtungen Neuropsychologie, Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie) vom 27. September 2022 (IVSTA-act. 188 und 191) stellte das BEGAZ nach den Untersuchungen der Beschwerdeführerin vom 12. bis 14. September 2022 in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) die Diagnosen (mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) des Verdachts auf Multiple Sklerose (erster Schub wahrscheinlich 1988, zweiter Schub 1997) bei inkonstanter sensomotorischer Funktionsstörung der linken oberen und unteren Extremität, bei inkonstanter Gangstörung, anamnestisch bei Fatigue, bei zerebralem MRT ohne Nachweis demyelinisierender Läsionen, bei Lumbalpunktion 1997 gemäss Aktenlage ohne pathologischem Befund und bei leichter neuropsychologischer Funktionsstörung (IVSTA-act. 191 Seite 9).

E. 9.5.2

Unter neurologischen Gesichtspunkten könne der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung zeitweise vorhandener feinmotorischer Einschränkungen sowie einer mutmasslichen MS-assoziierten Fatigue eine Einschränkung der Arbeits-/Leistungsfähigkeit von 20 % in der ursprünglich erlernten Tätigkeit wie auch in den zuletzt ausgeübten Bürotätigkeiten attestiert werden. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Büroangestellte 100 % arbeitsfähig. Aufgrund der neuropsychologischen Charakteristika sei eine leichtgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Diese Einschränkung gelte auch für Tätigkeiten im Haushalt. Schliesslich kamen die Gutachter in der Konsensbesprechung zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin «arbiträr» ab Gutachten in der angestammten Tätigkeit eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitsvolumen zu attestieren sei. Die Einschränkung bestehe bei jeder Tätigkeit. Die Gutachter führten aus, es sei indessen davon auszugehen, dass es sich bei dieser Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht um eine zwischenzeitlich eingetretene Verbesserung des Gesundheitszustandes handle, sondern um eine anderslautende Beurteilung des Sachverhalts (IVSTA-act. 191 Seiten 12 und 13).

E. 9.6

In ihrer medizinisch-rechtlichen Beurteilung des Gutachtens vom 24. November 2022 erwogen Dr. med. N._____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin FMH und Fachärztin Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, und Dr. O._____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, des medizinischen Dienstes der Vorinstanz sowie eine Juristin der Vorinstanz, dem BEGAZ-Gutachten komme der volle Beweiswert zu. Sie führten aus, die Beschwerdeführerin habe ihre Rente aufgrund einer relativ wenig dokumentierten

(«assez peu documentée») neurologischen Beeinträchtigung erhalten. Die Dokumente hätten bereits damals darauf hingewiesen, dass bei der Lumbalpunktion und im MRT eine erkennbare Pathologie fehle. Die früher festgestellte Asthenie habe bei der aktuellen Untersuchung nicht mehr erhoben werden können. Ebenfalls hätten sich keine Hemiparesen links, keine Ataxie und keine Spastik mehr gezeigt. Einzig eine Beeinträchtigung der Feinmotorik habe bei der Untersuchung festgestellt werden können. Zudem würden die Gutachter auf Ungereimtheiten mit Tendenz zur Selbstlimitierung verweisen. Neurologisch sei deshalb aufgrund einer leichten Verlangsamung von einer Leistungseinschränkung von maximal 20 % in jeglichen Tätigkeiten auszugehen. Psychiatrisch sei bisher von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auch in einer Verweistätigkeit ausgegangen worden. Aktuell zeigten sich keine psychiatrischen Beschwerden, weshalb psychiatrisch von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Die Verbesserung des Gesundheitszustandes sei ab dem Zeitpunkt der Begutachtung (12. bis 14. September 2022) anzunehmen (IVSTA-act. 197).

E. 9.7

Im Rahmen der Begutachtung wurde am 12. September 2022 eine MRT des Neurocraniums nativ erstellt. Dr. med. P._____, Facharzt Radiologie, der Radiologie Q._____, führte in seiner Beurteilung aus, es zeige sich eine altersentsprechend unauffällige MRT des Neurocraniums ohne wesentliche Pathologie. Zudem finde sich kein Nachweis entzündlich/demyelinisierender Veränderungen. Er habe den Fall intern mit einem Neuroradiologen besprochen (IVSTA-act. 189).

E. 9.8

Mit der Beschwerde reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht des inzwischen - anders als noch 2010 (vgl. E. 7.3 vorstehend) - behandelnden Dr. D._____ vom 17. März 2020 ein. Dieser stellte die Diagnose einer organischen Persönlichkeitsstörung (F07.0) und qualifizierte sie als «gesichert», einer Multiplen Sklerose mit primär-chronischem Verlauf ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression (G35.20) und eines ataktischen Ganges (R26.0). Die Beschwerdeführerin könne adaptierte Tätigkeiten allenfalls drei bis vier Stunden ausüben, jedenfalls unter sechs Stunden täglich. Diesem Bericht beigelegt wurde ein Bericht der Radiologie R._____ (Deutschland) vom 24. März 2020. Die am 23. März 2020 gemachte MRT des Schädels nativ zeigte einzelne kleine, deutlich demarkierte Marklagerläsionen und multiple flau, zum Teil konfluierende Marklagerläsionen im Sinne von postentzündlichen Residuen. Weitere Läsionen lägen im Thalamus beidseits vor. Ausserdem zeigten sich einzelne dark holes (BVGer-act. 1 Beilage 4).

E. 9.9

Ebenfalls mit der Beschwerde wurde ein weiterer Bericht von Dr. D._____ vom 24. Mai 2023 zu den Akten gegeben. Dr. D._____ führt darin aus, die beigelegten Kernspin-Befunde liessen zusammen mit dem klinischen Bild keine Zweifel entstehen am Vorliegen einer wahrscheinlich primär progredient verlaufenden Multiplen Sklerose. In psychiatrischer Hinsicht zeige sich eine organisch asthenische Störung mit erheblicher Minderung der Flexibilität, der Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit bei Zeichen der beginnenden Affektlabilität, sichtlicher Stress- und Frustrationsintoleranz. Dies ergebe ein Bild der organischen Persönlichkeitsstörung bei primär progredienter Multiplen Sklerose. Die durchgeführten Tests wiesen auf eine kognitive Störung und eine erhebliche hirnorganisch erworbene Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit hin

(BVGer-act. 1 Beilage 7).

E. 10.1

Die Vorinstanz stützt sich in ihrer rentenaufhebenden Verfügung vom 23. Mai 2023 auf das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte polydisziplinäre Gutachten des BEGAZ vom 27. September 2022. Sie hält dafür, gestützt auf das BEGAZ-Gutachten sei eine Verbesserung des Zustandsbildes sowohl in Bezug auf die neurologischen und neuropsychologischen als auch auf die psychiatrischen Beeinträchtigungen ausgewiesen, weshalb der Revisionsgrund des verbesserten Gesundheitszustandes gegeben sei. Zudem wiesen die Gutachter auf zahlreiche Widersprüche und Inkonsistenzen mit Tendenz zur Symptomausweitung und Selbstlimitierung hin, womit auch der Revisionsgrund eines «früher nicht gezeigten Verhaltens» erfüllt sei. Bei einer Arbeitsunfähigkeit bei jeglicher Tätigkeit von 20 % und daraus folgend einem Invaliditätsgrad von 20 % bestehe kein Anspruch mehr auf eine Rente der Invalidenversicherung, weshalb die Rente per Ende Juni 2023 aufgehoben werde (IVSTA-act. 211).

E. 10.2

Die Beschwerdeführerin beantragt die Aufhebung der Verfügung vom 23. Mai 2023 und die Weiterausrichtung der gesetzlichen Leistungen über den Juni 2023 hinaus. Sie bringt insbesondere vor, die Vorinstanz vermöge keinen rechtsgenügenden Nachweis einer wesentlichen und dauerhaften Verbesserung der Folgen einer chronischen, progredienten Multiplen Sklerose und ihrer sekundären Folgeerscheinungen zu erbringen. Die Gutachter nähmen - wie sie selbst einräumten - lediglich eine andere Beurteilung eines gleich gebliebenen Gesundheitszustands vor. Die anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts sei damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt und ein Revisionsgrund nicht gegeben, weshalb die Rente weiter auszurichten sei (BVGer-act. 1).

E. 11

Zu prüfen ist nachfolgend, ob die Vorinstanz zu Recht gestützt auf das Gutachten des BEGAZ eine Rentenrevision vorgenommen hat.

E. 11.1

Hinsichtlich der Vollständigkeit, Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der medizinischen Beurteilung ergibt sich was folgt:

E. 11.1.1

Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte polydisziplinäre Gutachten des BEGAZ vom 27. September 2022 wurde durch entsprechend qualifizierte Fachärzte in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie sowie Neuropsychologie erstellt. Es basiert auf eingehenden, persönlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin vom 12. bis 14. September 2022. Die involvierten Gutachter haben sich umfassend mit den relevanten Vorakten (vgl. «Aktenzusammenfassung», IVSTA-act. 191 Seiten 89 bis 92 sowie die Aktenauszüge in den Teilgutachten IVSTA-act. 188 Seite 4 und IVSTA-act. 191 Seiten 18 ff., 61 ff.) auseinandergesetzt und ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der erhobenen Befunde und unter Würdigung der Vorakten schlüssig begründet. Schliesslich wurde eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vorgenommen (IVSTA-act. 191 Seiten 8 ff.). Des Weiteren äussert sich das BEGAZ-Gutachten zu den revisionsrechtlichen Fragen (vgl. E. 5.5.3 vorstehend). So wird der Vergleich zu den Vorbefunden im neuropsychologischen Teilgutachten diskutiert (IVSTA-act.191 Seite 35

ff.) und die Frage des Verlaufs des Gesundheitszustandes beantwortet (IVSTA-act. 191 Seite 41). Unter «fallspezifische Fragen» äussern sich die psychiatrischen und neurologischen Gutachter zur Veränderung des Gesundheitszustandes (IVSTA-act. 188 Seite 16; 191 Seiten 41, 86). Zuletzt wird in der Konsensbeurteilung der retrospektive Verlauf der Arbeitsfähigkeit aufgezeigt (IVSTA-act. 191 Seite 12).

E. 11.1.2

In der Konsensbeurteilung fassen die Gutachter die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden zusammen. Sie führen aus, die Beschwerdeführerin gebe an, sie könne alle Tätigkeiten leisten, diese seien jedoch weniger planbar und sie habe weniger Kraft und Ausdauer. Sie leide unter Schmerzen im Bereich des Kopfes und beider Arme, habe Krämpfe in beiden Armen und ein Taubheitsgefühl an beiden Händen und Füßen, als ob sie Handschuhe oder Socken tragen würde. Psychisch gehe es ihr aber «explizit» gut, lediglich ihre Konzentration sei reduziert (IVSTA-act. 191 Seite 8). Diese Zusammenfassung der Befunde steht im Einklang mit den in den Teilgutachten erhobenen Befunden (vgl. für das neurologische Teilgutachten IVSTA-act. 191 Seite 22; für das allgemeininternistische Teilgutachten IVSTA-act. 191 Seite 50; für das neurologische Teilgutachten IVSTA-act. 191 Seiten 68 bis 71; für das psychiatrische Teilgutachten IVSTA-act. 188 Seite 5).

E. 11.1.3

Interdisziplinär wird die Diagnose (mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) des Verdachts auf Multiple Sklerose (erster Schub wahrscheinlich 1988, zweiter Schub 1997) bei inkonstanter sensomotorischer Funktionsstörung der linken oberen und unteren Extremität, inkonstanter Gangstörung, anamnestischer Fatigue, zerebralem MRT ohne Nachweis demyelinisierender Läsionen, Lumbalpunktion 1997 gemäss Aktenlage ohne pathologischen Befund und leichter neuropsychologischer Funktionsstörung gestellt (vgl. auch E. 9.5.1 vorstehend; IVSTA-act. 191 Seite 9). Damit werden die im neuropsychologischen und neurologischen Teilgutachten gestellten Diagnosen vollständig aufgenommen (IVSTA-act. 191 Seiten 30 und 77). Im neurologischen Teilgutachten wird ausgeführt, die Datenlage sei komplex, insgesamt sei von einer «wahrscheinlichen, aber nicht gesicherten» MS mit mildem Verlauf auszugehen (IVSTA-act. 191 Seite 24). Sowohl das allgemeininternistische Teilgutachten als auch das psychiatrische Teilgutachten stellen keine Diagnosen (IVSTA-act. 191 Seite 53 und IVSTA-act. 188 Seite 13).

E. 11.1.4

In der Konsensbeurteilung werden die funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen dargelegt. So sei aus somatisch-neurologischer Sicht eine partielle Funktionseinschränkung bei repetitiven schwerpunktmässig feinmotorischen bimanuellen Verrichtungen, zudem eine Funktionseinschränkung bei verschärfter Beanspruchung der Gleichgewichtsfunktionen sowie - bei Diagnose einer wahrscheinlichen Multiplen Sklerose - eine krankheitsassoziierte Fatigue mit einem leicht vermehrten Pausenbedarf zu berücksichtigen. Ein übermässiger Zeitdruck sei zu vermeiden, da hierbei die Qualität der Arbeit leide (IVSTA-act. 191 Seiten 9 und 10). Des Weiteren werden sowohl die Belastungsfaktoren und Ressourcen diskutiert als auch eine Konsistenzprüfung durchgeführt (IVSTA-act. 191 Seiten 10 und 11). Im neurologischen Teilgutachten erfolgt zudem eine ausführliche Herleitung der Verdachtsdiagnose einer Multiplen Sklerose (IVSTA-act. 191 Seite 77). Im psychiatrischen Teilgutachten wird ausgeführt, weshalb die in den Vorberichten genannte organische Persönlichkeitsstörung nicht zu diagnostizieren

sei (IVSTA-act. 188 Seite 13).

E. 11.1.5

Insoweit ist das Gutachten des BEGAZ vollständig, nachvollziehbar und schlüssig. Es äussert sich als revisionsrechtliches Gutachten insbesondere ausreichend zur Frage der erheblichen Änderung des Sachverhalts (vgl. E. 11.1.1 vorstehend und E. 11.2.2 nachfolgend). Ob auch die von den Gutachtern daraus gefolgerte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als beweiswürdig gelten kann, wird nachfolgend im Rahmen der Ausführungen über das Vorliegen eines Revisionsgrundes diskutiert.

E. 11.2

Zu prüfen ist weiter, ob gestützt auf das MEDAS-Gutachten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Revisionsgrund im Sinne einer effektiven Veränderung des Gesundheitszustandes vorliegt.

E. 11.2.1

Die Vorinstanz bejaht den Revisionsgrund einer Veränderung des Gesundheitszustandes 2022 mit entsprechenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gegenüber der letzten Revision im Jahr 2014 (IVSTA-act. 211; BVGer-act. 6). Die Beschwerdeführerin bestreitet dies: Es liege gegenüber 2014 keine Verbesserung des Gesundheitszustandes vor, sondern lediglich eine anderslautende Beurteilung des Sachverhalts (BVGer-act. 1).

E. 11.2.2

Die Gutachter des BEGAZ äussern sich zur Veränderung des Gesundheitszustandes wie folgt: «Nach eingehender Konsensbesprechung kommen wir somit zum Schluss, dass der Versicherten arbiträr ab Gutachten in der angestammten Tätigkeit eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit bezogen auf ein vollsichtiges Arbeitsvolumen zu attestieren ist». Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe für jegliche Tätigkeiten. Weiter führen die Gutachter aus: «Es ist indessen davon auszugehen, dass es sich dabei nicht um eine zwischenzeitlich eingetretene Verbesserung des Gesundheitszustands handelt, sondern um eine anderslautende Beurteilung des Sachverhalts» (IVSTA-act. 191 Seite 12). Die Gutachter halten damit ausdrücklich fest, dass sich zwar die Beurteilung des Gesundheitszustandes (funktionelle Einschränkungen, Arbeitsfähigkeit), nicht aber der Gesundheitszustand selbst verändert hat.

E. 11.2.3

Zu prüfen bleibt, ob diese gutachterliche Einschätzung nachvollziehbar ist, wozu die Befundlage in den Expertisen der beiden massgebenden Jahre 2014 (Gutachten Dr. I. _____ vom 12. Mai 2014; IVSTA-act. 42) und 2022 (polydisziplinäres Gutachten des BEGAZ vom 27. September 2022 (IVSTA-act. 188 und 191) zu vergleichen sind:

E. 11.2.3.1

Dr. I. _____ erhob in seinem Gutachten vom 12. Mai 2014 die Beschwerden eines Taubheitsgefühls im linken Arm und im linken Bein sowie eines beeinträchtigten Temperaturempfindens, weiter sei es für die Beschwerdeführerin notwendig, die vorhandenen Kräfte beim Besorgen des Haushalts einzuteilen (IVSTA-act. 42 Seite 2). Die Beschwerdeführerin klagt über ein handschuhförmiges Taubheitsgefühl im linken Arm bis zum Ellbogen sowie über ein sockenförmiges Taubheitsgefühl bis unterhalb des Knies. Als neurologische Befunde nannte Dr. I. _____ betreffend Motorik «keine umschriebenen

Muskelatrophien, kein erkennbarer Tremor, linksbetonte Tetraspastik, keine Absink- oder Pronationstendenz im Armvorhalteversuch. Feinmotorik der linken Hand deutlicher als der rechten Hand beeinträchtigt», betreffend Reflex «Muskeleigenreflexe linksüberwiegend gesteigert auslösbar, keine pathologischen Reflexe» sowie betreffend Koordination ein ataktisches Gangbild (IVSTA-act. 42 Seite 5). Psychopathologisch befundete Dr. I. _____ eine organisch wesensveränderte Person, ein herabgesetztes Gefühl von Kraft, Energie und Lebendigkeit, eine Verminderung des Spektrums der gezeigten Affekte, eine affektive Verflachung, ein teilweise inadäquat läppisches Verhalten und eine teilweise Verlangsamung mit abnehmender Konzentration und Aufmerksamkeit gegen Ende der Untersuchung (IVSTA-act. 42 Seiten 5 und 6) (vgl. auch E. 8.1 vorstehend).

E. 11.2.3.2

Bei der Begutachtung im BEGAZ im September 2022 gab die Beschwerdeführerin an, sie könne alle Tätigkeiten leisten, diese seien jedoch weniger planbar, zudem habe sie weniger Kraft und Ausdauer bei der Verrichtung der Tätigkeiten. Sie leide unter Schmerzen im Bereich des Kopfes und beider Arme, habe Krämpfe in beiden Armen und ein Taubheitsgefühl an beiden Händen und Füßen, als ob sie Handschuhe und Socken trage. Psychisch gehe es ihr gut, ihre Konzentration sei jedoch reduziert (IVSTA-act. 191 Seite 8). Neurologisch zeigten sich an den oberen und unteren Extremitäten symmetrisch sehr lebhaft, jedoch nicht gesteigerte Reflexe, Pyramidenbahnzeichen fanden sich nicht. Es zeigte sich ein unauffälliges Gangbild unter Normalbelastung, bei verschärfter Beanspruchung ein etwas erschwerter Strichgang sowie ein marginales Schwanken im Rombergversuch. Der Muskeltonus war unauffällig. Muskelatrophien fanden sich nicht. Als Befunde erhob das BEGAZ aus somatisch-neurologischer Sicht Funktionseinschränkungen sowohl bei repetitiven, schwerpunktmässig feinmotorischen, bimanuellen Verrichtungen als auch bei verschärfter Beanspruchung der Gleichgewichtsfunktionen bei Verrichtungen auf unebenem, nicht ebenerdigen Gelände, eine MS-assoziierte Fatigue mit einem leicht vermehrten Pausenbedarf (IVSTA-act. 191 Seite 9), neuropsychologisch Defizite in den Aufmerksamkeitsfunktionen unter äusserem Zeitdruck (IVSTA-act. 191 Seiten 10 und 25) sowie psychiatrisch einer erhöhten Ermüdbarkeit (IVSTA-act. 188 Seite 11).

E. 11.2.3.3

Der Vergleich der beiden Expertisen gibt keinen Anlass, von der gutachterlichen Beurteilung abzuweichen, wonach eine (im Wesentlichen) unveränderte Befundlage vorliegt. Dass die Gutachter die erhobenen Befunde diagnostisch verschieden einordnen (2014: Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf, organische Persönlichkeitsänderung, linksbetonte Tetraspastik, ataktischer Gang; 2022: Verdacht auf Multiple Sklerose bei inkonstanter sensomotorischer Funktionsstörung der linken oberen und unteren Extremität, bei inkonstanter Gangstörung, anamnestisch bei Fatigue, bei zerebraler MRT ohne Nachweis demyelinisierender Läsionen, bei Lumbalpunktion 1997 gemäss Aktenlage ohne pathologischen Befund und bei leichter neuropsychologischer Funktionsstörung) und eine höhere Arbeitsfähigkeit attestieren (20 % im 2022 gegenüber 70 % im 2014), ist nicht entscheidend. Es bedarf vielmehr einer erheblich veränderten Befundlage. Und eine solche mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesene tatsächliche Änderung des Gesundheitszustandes im Sinne einer wesentlich veränderten Befundlage (E. 5.5.3 vorstehend) liegt nicht vor. Folglich handelt es sich lediglich um eine bloss abweichende Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustandes, die auf eine unterschiedliche Ausübung des

medizinischen Ermessens beruht (vgl. E. 5.4.5 vorstehend). Damit sind aber die Voraussetzungen des Revisionsgrundes eines verbesserten Gesundheitszustandes nicht erfüllt.

E. 11.3

Was die Vorinstanz hiergegen vorbringt, überzeugt nicht.

E. 11.3.1

Die von der Vorinstanz erwähnte Asthenie wurde im Jahr 2009 im Zusammenhang mit der organischen Persönlichkeitsstörung beschrieben (organische Persönlichkeitsänderung im Verlauf der Multiplen Sklerose mit Asthenie, sozialer Anpassungsstörung [F07.0, gesichert]; IVSTA-act. 19 Seite 19). Im vorliegend massgebenden Vergleichszeitpunkt 2014 wird im Gutachten von Dr. I. _____ die Diagnose einer organischen Persönlichkeitsänderung gestellt, ohne eine Asthenie ausdrücklich zu erwähnen (IVSTA-act. 42 Seite 8). Aus dem Gutachten lässt sich jedoch eine verminderte Leistungsfähigkeit bei schneller Ermüdbarkeit lesen (herabgesetztes Gefühl von Kraft, Energie und Lebendigkeit [IVSTA-act. 42 Seite 5], scheinbar abnehmende Konzentration und Aufmerksamkeit gegen Ende der Untersuchung [IVSTA-act. 42 Seite 6 unten], Unzumutbarkeit von Zeitdruckarbeit [IVSTA-act. 42 Seite 9 unten]), was auch in der Einschätzung des medizinischen Dienstes der Vorinstanz festgehalten wurde (IVSTA-act. 44). Diese Ermüdbarkeit ist im Gutachten des BEGAZ in Form einer MS-assoziierten Fatigue erwähnt und wirkt sich aufgrund des daraus folgenden erhöhten Pausenbedarfs auf die Leistungsfähigkeit aus (vgl. IVSTA-act. 191 Seite 9 unter Diagnosen: «Anamnestisch Fatigue» und «ferner ist bei Diagnose einer wahrscheinlichen MS eine krankheitsassoziierte Fatigue mit einem leicht vermehrten Pausenbedarf zu berücksichtigen»; IVSTA-act. 191 Seite 82: «Eine Fatigue ist als MS-assoziierte Funktionsstörung grundsätzlich plausibel»; IVSTA-act. 191 Seite 83: «Ferner ist bei Diagnose einer wahrscheinlichen MS eine krankheitsassoziierte Fatigue mit einem leicht vermehrten Pausenbedarf zu berücksichtigen»). Somit ist die von der Vorinstanz genannte Asthenie diagnostisch lediglich anders eingeordnet worden, weshalb es keinen Grund gibt, die gutachterliche Einschätzung, es liege keine (wesentliche) Verbesserung des Gesundheitszustandes vor, in Frage zu stellen.

E. 11.3.2

Weiter begründet die Vorinstanz die Verbesserung des Gesundheitszustandes mit der nicht mehr erhobenen linken Hemiparese, der Ataxie und der Spastik (IVSTA-act. 211 Seite 2). Die Hemiparese wurde 2014 nicht erwähnt. Die 2014 diagnostizierte linksbetonte Tetraspastik und der ataktische Gang werden 2022 (abgeschwächt) als inkonstante Gangstörung und leichte neuropsychologische Funktionsstörung, beides im Rahmen des Verdachts auf Multiple Sklerose, dargestellt (vgl. E. 11.1.3 vorstehend), weshalb es auch hier keinen Grund gibt, von der gutachterlichen Einschätzung abzuweichen, zumal es sich um eine veränderte diagnostische Einordnung beziehungsweise medizinische Würdigung einer im Wesentlichen unveränderten Befundlage handelt.

E. 11.4

Die Vorinstanz führt zudem aus, zum Zeitpunkt der Zusprache der Rente seien keine Verweistätigkeiten aus psychiatrischen Gründen als zumutbar erachtet worden, demgegenüber stelle der psychiatrische Gutachter des BEGAZ keine invalidisierende psychiatrische Störung mehr fest und bescheinige keine Arbeitsunfähigkeit aus

psychiatrischen Gründen (IVSTA-act. 211). Hierzu ist anzumerken, dass der Vergleichszeitpunkt nicht die rentenzusprechende Verfügung vom 31. Januar 2002 bildet, sondern die rentenbestätigende Mitteilung vom 1. Juli 2014 (vgl. E. 6 vorstehend). In dem dieser Mitteilung zugrunde liegenden Gutachten von Dr. I. _____ vom 12. Mai 2014 (IVSTA-act. 42) findet sich die Aussage, es bestehe aufgrund psychischer Leiden keine Arbeitsfähigkeit, nicht. Die attestierte Arbeitsfähigkeit von unter drei Stunden ergibt sich aufgrund der Diagnosen einer Multiplen Sklerose, einer organischen Persönlichkeitsänderung, einer linksbetonten Tetraspastik und eines ataktischen Ganges (vgl. E. 8.1 vorstehend). Der medizinische Dienst der Vorinstanz, der das Gutachten von Dr. I. _____ auf seine Beweiswürdigkeit hin geprüft hat, fokussiert in seiner Einschätzung vom 22. Juni 2014 (vgl. E. 8.2 vorstehend) auf die Multiple Sklerose mit ihren Folgeerscheinungen (Gangstörungen, Gefühlsstörungen, verminderte Leistungsfähigkeit bei schneller Ermüdbarkeit) und nicht auf psychiatrische Diagnosen. Eine revisionsrelevante Verbesserung des Gesundheitszustandes ist damit nicht dargetan. Es ist auch diesbezüglich der gutachterlichen Einschätzung eines gleich gebliebenen Gesundheitszustandes zu folgen.

E. 11.5

Neben dem Revisionsgrund einer Verbesserung des Gesundheitszustandes führt die Vorinstanz den Revisionsgrund eines «früher nicht gezeigten Verhaltens» an (IVSTA-act. 211 Seite 3).

E. 11.5.1

Nach der Rechtsprechung kann ein «früher nicht gezeigtes Verhalten» unter Umständen eine im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG relevante Tatsachenänderung darstellen, wenn es sich auf den Invaliditätsgrad und damit auf den Umfang des Rentenanspruchs auswirken kann. Dies trifft nach der Rechtsprechung etwa zu bei Versicherten mit einem Beschwerdebild, auf das die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 anwendbar ist, wenn ein Ausschlussgrund vorliegt, das heisst, die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht, die eindeutig über die blossе (unbewusste) Tendenz zur Schmerzausweitung und -verdeutlichung hinausgeht (vgl. Urteil des BGer 8C_193/2024 vom 6. August 2024 E. 3.2.2 m.w.H.). Das Bundesgericht hat inzwischen klargestellt, dass in diesen Fällen die Invalidenrente infolge eines verbesserten Gesundheitszustands anzupassen ist, nicht aber wegen eines aufgedeckten aggravatorischen Verhaltens, mit der diese Veränderung kaschiert werden sollte (Andreas Traub, Der Revisionsgrund als bestimmender Faktor einer Rentenrevision nach Art. 17 ATSG, SZS 2024 S. 37). Zeigt die um das aggravatorische Verhalten «bereinigte» Einschätzung keine erhebliche Veränderung, ist ein Revisionsgrund zu verneinen; andernfalls ergibt er sich aus der Veränderung des tatsächlichen Leistungsvermögens (Urteil des BGer 8C_553/2021 vom 13. April 2023 E. 6.3.3 u. E. 6.3.4; Thomas Flückiger, in: Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2. Aufl., 2025, N 36b zu Art. 17 ATSG).

E. 11.5.2

Es trifft zwar zu, dass sowohl anlässlich der BEFAS-Abklärung in (...) (IVSTA-act. 85 Seite 5) als auch anlässlich der Begutachtung durch das BEGAZ (IVSTA-act. 191 Seiten 11, 74, 80) erstmals von einem selbstlimitierenden Verhalten gesprochen wird. Da die Gutachter aber - wie sie ausdrücklich festhalten (vgl. E. 11.2.2 vorstehend) - keinen verbesserten Gesundheitszustand haben feststellen können, gab es auch keine Veränderung des Gesundheitszustandes, die die Beschwerdeführerin mit ihrem (selbstlimitierenden)

Verhalten hätte kaschieren können. Daher kann der Revisionsgrund eines «früher nicht gezeigten Verhaltens» - sofern ihm gestützt auf die Präzisierung im Urteil 8C_553/2021 überhaupt eine eigenständige Bedeutung zukommt - vorliegend nicht bemüht werden. Es erübrigen sich damit Weiterungen zum genauen Anwendungsbereich dieses Revisionsgrundes (vgl. E. 11.5.1 vorstehend).

E. 11.6

Zusammenfassend ist weder der Revisionsgrund der relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes noch des «früher nicht gezeigten Verhaltens» gegeben. Das Vorliegen eines anderen Revisionsgrundes wird weder behauptet noch ist ein solcher ersichtlich. Folglich kann die Rente - entgegen dem Dafürhalten der Vorinstanz - nicht revisionsweise aufgehoben werden, die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG sind nicht erfüllt.

E. 12

Weiter bleibt zu prüfen, ob die gestützt auf Art. 17 ATSG erlassene rentenaufhebende Verfügung vom 23. Mai 2023 mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG im Ergebnis bestätigt werden kann.

E. 12.1.1

Gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Die Voraussetzungen gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG sind praxismässig nach der Aktenlage zu beurteilen, wie sie sich im Zeitpunkt des Erlasses der in Wiedererwägung zu ziehenden Verfügung dargeboten hat. Nach der Rechtsprechung ist das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprechung aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt war oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Eine zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung kann auch bei unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts gegeben sein. Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes. Zweifellose Unrichtigkeit meint dabei, dass kein vernünftiger Zweifel an der (von Beginn weg bestehenden) Unrichtigkeit der Verfügung möglich, also einzig dieser Schluss denkbar ist. Soweit ermessensgeprägte Teile der Anspruchsprüfung vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung in vertretbarer Weise beurteilt worden sind, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit indes aus (Urteil des BGer 9C_117/2024 vom 4. Dezember 2024 E. 4.1.1 m.w.H.).

E. 12.1.2

Liegt eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG) vor, erübrigt sich, den damals rechtserheblichen Sachverhalt weiter abzuklären. Vielmehr ist der rechtskonforme Zustand für die Zukunft (ex nunc et pro futuro) auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts im Zeitpunkt der Verfügung über die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente herzustellen (Urteil des BGer 9C_117/2024 vom 4. Dezember 2024 E. 4.1.1).

E. 12.1.3

Sind die Voraussetzungen einer Wiedererwägung gegeben, kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 ATSG gestützte Revisionsverfügung mit dieser substituierten Begründung (Motivsubstitution) schützen (BGE 125 V 368 E. 2; Urteile des BGer 8C_42/2024 vom 9. Juli 2024 E. 4.2; 9C_73/2023 vom 21. November 2023 E. 3.1).

E. 12.1.4

Zeitlicher Referenzpunkt für die Beurteilung des Vorliegens der Voraussetzungen einer Wiedererwägung bildet vorliegend die Mitteilung der Vorinstanz vom 1. Juli 2014, in der sie den unveränderten Anspruch auf eine ganze Rente der schweizerischen Invalidenversicherung bestätigte (IVSTA-act. 45). Gemäss höchstgerichtlicher Rechtsprechung tritt die Revisionsverfügung an Stelle der zu revidierenden Verfügung, wenn eine Rente revisionsweise (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG) herauf- oder herabgesetzt oder aber nach materieller Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs bestätigt wird (Urteil des BGer 8C_600/2022 vom 11. Juli 2023 E. 4.2; BGE 147 V 167 E. 6; je m.w.H.). Der Umstand, dass der Rentenanspruch in der Vergangenheit im Rahmen periodisch durchgeführter Revisionsverfahren - wie hier (vgl. IVSTA-act. 23 und 33) - mehrfach bestätigt worden ist, steht der wiedererwägungsweisen Aufhebung einer zweifellos unrichtigen Verfügung nicht entgegen (Urteil des BGer 8C_624/2022 vom 24. Februar 2023 E. 5.1 m.w.H.).

E. 12.2

Die Voraussetzungen gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG sind praxisgemäss nach der Aktenlage zu beurteilen, wie sie sich im Zeitpunkt des Erlasses der in Wiedererwägung zu ziehenden Verfügung - hier der revisionsweise rentenbestätigenden Mitteilung vom 1. Juli 2014 - darbot (vgl. Urteil des BGer 8C_563/2023 vom 7. März 2024 E. 4.1 m.w.H.). Dieser Bestätigung des Rentenanspruchs lag das «Ärztliche Gutachten für gesetzliche Rentenversicherung auf dem Gebiet/Teilgebiet der Nervenheilkunde» von Dr. I. _____ zugrunde. Dr. I. _____ untersuchte die Beschwerdeführerin am 12. Mai 2014. Dabei erhob er die Beschwerden (Taubheitsgefühl im linken Arm und im linken Bein, ein beeinträchtigtes Temperaturempfinden; Notwendigkeit, vorhandene Kräfte beim Besorgen des Haushalts einzuteilen) sowie die neurologischen (linksbetonte Tetraspastik, beeinträchtigte Feinmotorik in den Händen, links deutlicher als rechts, ataktisches Gangbild) und psychopathologischen Befunde (organisch wesensveränderte Person, herabgesetztes Gefühl von Kraft, Energie und Lebendigkeit, Verminderung des Spektrums der gezeigten Affekte, affektive Verflachung, teilweise inadäquat läppisch, teilweise verlangsamt, abnehmende Konzentration und Aufmerksamkeit gegen Ende der Untersuchung) (vgl. ausführlicher E. 8.1 vorstehend). Dr. I. _____ diagnostizierte eine Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf (ICD-10 G35.3), eine organische Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F07.0), eine linksbetonte Tetraspastik (ICD-10 G82.49) und einen ataktischen Gang (ICD-10 R26.0). Er erstellte ein positives und negatives Anforderungsprofil für die Beschwerdeführerin (zumutbar: leichte Tätigkeiten, Arbeiten überwiegend im Sitzen, zeitweise im Stehen und zeitweise im Gehen, Arbeiten überwiegend im Freien und überwiegend in geschlossenen Räumen, Tätigkeiten mit Publikumsverkehr; unzumutbar: Zeitdruckarbeit, Einzel- und Gruppenakkord, Fliess- und

taktgebundene Arbeiten sowie Nacharbeiten, Arbeiten in Zwangshaltung, Arbeiten mit häufigem Heben und Tragen ohne mechanische Hilfsmittel sowie mit häufigem Bücken, Tätigkeiten mit Treppen- und Leitersteigen, Tätigkeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit der Hände voraussetzen, Arbeiten unter Einwirkung von Kälte, Hitze, starken Temperaturschwankungen, Zugluft, Nässe, Lärm, Staub, Gas, Dampf, Rauch oder Reizstoffen, Tätigkeiten mit besonderer Anforderung an die nervliche Belastbarkeit, an das Konzentrations- und Reaktionsvermögen sowie die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit). Er kam dabei zum Schluss, dass in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Buchhalterin ein eingeschränktes Leistungsvermögen von unter drei Stunden bestehe. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe für leichte Tätigkeiten unter Beachtung der qualitativen Einschränkungen ebenfalls ein Leistungsvermögen von unter drei Stunden. Dr. I. _____ schätzte die weitere Prognose als ungünstig ein. Es sei davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin weiterhin und auf Dauer kein berufliches Leistungsvermögen von wirtschaftlichem Wert bestehen werde. Eine medizinische Rehabilitationsmassnahme sei nicht indiziert (IVSTA-act. 42). Der medizinische Dienst der Vorinstanz (Dr. K. _____, FMH Allgemeine Medizin) prüfte das Gutachten von Dr. I. _____ und erkannte am 22. Juni 2014, der Verlauf der Krankheit zeige den erwarteten chronischen Verlauf mit Gang- und Gefühlsstörungen sowie verminderter Leistungsfähigkeit bei schneller Ermüdbarkeit. Der Gutachter sehe keine ausserhäusliche Arbeitsfähigkeit, es bestehe eine unveränderte Arbeitsunfähigkeit (IVSTA-act. 44). Die ganze Rente wurde demnach bestätigt (IVSTA-act. 45), der Invaliditätsgrad bei 70 % belassen (IVSTA-act. 36).

E. 12.3

Die Bestätigung der Rente mit Mitteilung vom 1. Juli 2014 erfolgte somit gestützt auf ein fachärztliches Gutachten von Dr. I. _____. Dieser ist nicht behandelnder Arzt der Beschwerdeführerin und wurde von der Deutschen Rentenversicherung aufgrund des Auftrages der Vorinstanz als Gutachter eingesetzt (IVSTA-act. 40). Er trägt die Facharztstitel für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie (IVSTA-act. 42 Seite 10), der im vorliegenden Fall relevanten Fachdisziplinen. Er erhob anlässlich der Begutachtung vom 12. Mai 2014 die Beschwerden und Befunde und stellte die sich daraus ergebenden Diagnosen. Er listete die Anforderungen an eine zumutbare Tätigkeit auf und legte ebenso dar, was der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar ist. Unter Beachtung des negativen und positiven Anforderungsprofils attestierte er der Beschwerdeführerin sowohl für die zuletzt ausgeübte Arbeit als Buchhalterin als auch für leichte Tätigkeiten ein eingeschränktes Leistungsvermögen von unter drei Stunden. Dabei sind diese drei Stunden vor dem Hintergrund des deutschen Sozialversicherungssystems einzuordnen, bei dem eine volle Erwerbsminderung gilt, wenn eine Person wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit ausserstande ist, nicht mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein (vgl. § 43 Abs. 2 deutsches Sozialgesetzbuch [SGB] Sechstes Buch [VI]). Der medizinische Dienst der Vorinstanz, der das Gutachten geprüft und für valide erklärte, folgerte, dass keine ausserhäusliche Arbeitsfähigkeit gegeben sei (IVSTA-act. 44). Die Vorinstanz nahm - wie bereits seit Beginn der Rentenzusprache im Jahr 1998 (IVSTA-act. 9 und 12) - eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit mit einer daraus folgenden 70%igen Invalidität an (IVSTA-act. 36 und 45). Folglich ergibt sich auch aus der attestierten Arbeitsfähigkeit von unter drei Stunden täglich und der für die Beurteilung des Rentenanspruchs angenommene 70%ige Arbeitsfähigkeit kein Widerspruch.

E. 12.4

Nachdem sich die Bestätigung der Zusprache einer ganzen Rente mit Mitteilung vom 1. Juli 2014 auf ein Gutachten eines externen, fachärztlich qualifizierten Gutachters stützt, das vom medizinischen Dienst der Vorinstanz geprüft und eingeordnet wurde, kann nicht davon ausgegangen werden, dass im Zeitpunkt der letzten Bestätigung des Rentenanspruchs 2014 eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes vorlag. Vielmehr hat der Gutachter den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Rahmen seines medizinischen Ermessens in noch vertretbarer Weise beurteilt. Die damalige Rentenbestätigung ist unter Berücksichtigung der gebotenen Zurückhaltung bei der ermessensgeprägten Bewertung der für die Berentung massgeblichen Arbeitsfähigkeit jedenfalls nicht zweifellos unrichtig, womit sie auch nicht wiedererwägungsweise im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG aufgehoben werden kann (vgl. hierzu Urteil des BGer 8C_42/2024 vom 9. Juli 2024 E. 8.2).

E. 13

Nach dem Gesagten kann der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin weder unter dem Titel der materiellen Revision (Art. 17 ATSG) noch der Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) aufgehoben werden. Ein weiterer möglicher Rückkommenstitel ist weder ersichtlich noch dargetan (vgl. BGE 146 V 364 E. 4.2). Namentlich beschlägt eine unterschiedliche rechtliche Wertung bereits bekannter Tatsachen - wie sie mit der (im Wesentlichen) unveränderten Befundlage hier vorliegt (vgl. E. 11.2.3.3 vorstehend) - nicht die prozessuale Revision (Art. 53 Abs. 1 ATSG), sondern allenfalls die bereits beurteilte Wiedererwägung (vgl. Urteil des BGer 8C_369/2024 vom 2. April 2025 E. 3.1). Die Beschwerde der Beschwerdeführerin ist folglich gutzuheissen. Die Beschwerdeführerin hat bei einem unveränderten Invaliditätsgrad von 70 % weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung.

E. 14.1

Der obsiegenden Beschwerdeführerin sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weshalb ihr der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 14.2

Die obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands ist eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen) angemessen. (Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)

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