

BVGer C-608/2017 vom 29. Januar 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-01-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-608_2017

FR: TAF C-608/2017 du 29 janvier 2019

IT: TAF C-608/2017 del 29 gennaio 2019

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) 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).

E. 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).

E. 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.).

E. 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).

E. 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 Anwendung. 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).

E. 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.

E. 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).

E. 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).

E. 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 Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

E. 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).

E. 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).

E. 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).

E. 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.).

E. 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. okularer 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, Phlebo-thrombose. 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 Therapieresistenz 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).

E. 5

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

E. 5.1

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

E. 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).

E. 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, fragliche 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).

E. 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 beigespflichtet 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).

E. 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 cervicospondylo-genen 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).

E. 5.2

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

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

E. 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.).

E. 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.).

E. 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.

E. 5.3

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

E. 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).

E. 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 Zusammenhang 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.

E. 5.3.3

Gegen eine neurologische oder neuropsychologische Beeinträchtigung spricht ferner der Umstand, dass die Beschwerdeführerin selber Auto fährt, 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.

E. 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.

E. 5.4

Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist Folgendes zu erwägen:

E. 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.).

E. 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).

E. 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 Beweiswürdigung 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.

E. 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.

E. 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._____, Diplompsychologe, 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 Beweiswürdigung 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 Beweiswürdigung 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 Ib 224 E. 2b, BGE 119 V 335 E. 3c mit Hinweisen).

E. 5.5

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

E. 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).

E. 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).

E. 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).

E. 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).

E. 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.

E. 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).

E. 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.

E. 7.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis 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.

E. 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]).

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