



**Fall-Nr.:** IV 2015/129  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 06.05.2020  
**Entscheiddatum:** 11.12.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 11.12.2017**

**Art. 28 IVG, Art. 17 Abs. 1 ATSG. Rentenaufhebung. Gestützt auf das beweiskräftige Gutachten hat sich der Gesundheitszustand dahingehend verändert, dass kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr gegeben ist. Die Rentenaufhebung durfte praxismässig ohne die Durchführung vorgängiger Eingliederungsmassnahmen erfolgen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Dezember 2017, IV 2015/129).**

#### **Entscheid vom 11. Dezember 2017**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Marie-Theres Rüegg Haltinner (Vorsitz),

Marie Löhler und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Geschäftsnr.

IV 2015/129

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas,

Advokatur Glavas AG, Haus zur alten Dorfbank, 9313 Muolen,



## St.Galler Gerichte

gegen

**IV-Stelle des Kantons St. Gallen**, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rentenrevision (Einstellung)**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 29. Januar 2002 bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (IV-act. 6). Gemäss Arztbericht von Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Oktober 2001 entwickelte die Versicherte ein Beschwerdebild bestehend aus körperlichen Beschwerden (Knieschmerzen, Schmerzen der Lendenwirbelsäule, Kopf- und Magenschmerzen) sowie psychischen Symptomen, wie gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs, rasche Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung (IV-act. 10-12). Im Arztbericht des Kantonalen Spitals Z.\_\_\_\_ vom 30. Juli 2001 über die Hospitalisation der Versicherten vom 18. bis 23. Juli 2001 diagnostizierten die Ärzte eine somatoforme autonome Funktionsstörung bei gastrointestinalen, zervikalen, muskulo-skelettalen Manifestationen und psychosozialer Belastungssituation bei drohender Ausschaffung des Ehemanns (IV-act. 10-9). Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 8. Mai 2002 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie einen Verdacht auf Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0). Seit 5. April 2001 sei die Versicherte zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 12).

A.b Am 4. und 7. November 2002 wurde die Versicherte durch die MEDAS Ostschweiz psychiatrisch und internistisch/rheumatologisch begutachtet. Im Gutachten vom 29. April 2003 hielten die Fachärzte als Diagnose mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine lang anhaltende Depression, aktuell mittelschweren bis schweren Grades ohne psychotische Symptome, kombiniert mit einer undifferenzierten



## St.Galler Gerichte

Somatisierungsstörung (ICD-10: F33.2/F45.1) bei einer Immigrantin aus dem Kosovo in schwieriger psycho-sozialer Situation fest (Z60.3/Z56). Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100% für jegliche berufliche Tätigkeit. Um die Niederlassungsbewilligung C zu erhalten, habe die Versicherte eine Erwerbstätigkeit im Gemüsebau unter für sie ungünstigen Arbeitsbedingungen aufgenommen. So seien Pflückerarbeiten teils im ungeheizten Gewächshaus auf den Knien erfolgt, was zu Knieschmerzen geführt habe. Zunehmend seien depressive Symptome aufgetreten.

A.c Am 16. Oktober 2003 verfügte die IV-Stelle die Zusprache einer ganzen Rente ab 1. April 2002 (IV-act. 35).

A.d Anlässlich der Rentenrevision im Jahr 2006 wurde an einem unveränderten Gesundheitszustand festgehalten (IV-act. 43, 46, 48, 52, 54). Der Rechtsvertreter der Versicherten teilte der IV-Stelle mit, dass jene nicht mehr zur Gesprächstherapie gehe. Die früher vom Psychiater verschriebenen Medikamente erhalte sie nun vom Hausarzt (IV-act. 51, vgl. auch Telefonnotiz bezüglich dem Ende der psychiatrischen Behandlung im Jahr 2004: IV-act. 62-1).

A.e Infolge eines festgestellten Mammakarzinoms (vgl. IV-act. 73-5) wurde die auf das Jahr 2011 angesetzte Revision auf die Zeit nach Abschluss der Therapie verschoben (IV-act. 65). Die Behandlung des Mammakarzinoms wurde im März 2012 abgeschlossen (IV-act. 77).

A.f Im Rahmen der im Jahr 2014 durchgeführten Rentenrevision wurde die Versicherte im Dezember 2014 polydisziplinär (internistisch, psychiatrisch und rheumatologisch) durch die BEGAZ GmbH, Begutachtungszentrum, abgeklärt. Im Gutachten vom 24. Dezember 2014 diagnostizierten die Experten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine beidseitige trikompartimentäre Gonarthrose mit Varus-Fehlstellung beidseits. Die u.a. ebenfalls vorhandenen Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eines Status nach depressiver Episode (ICD-10 F32) würden sich nicht (mehr) auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, konnte keine relevante affektive Störung und damit auch keine depressive Störung feststellen, weshalb von einer Remission der affektiven Störung auszugehen sei. Ab dem Zeitpunkt



## St.Galler Gerichte

des Gutachtens seien der Versicherten adaptierte Tätigkeiten, d.h. Tätigkeiten, die weder körperlich schwer noch kniebelastend seien, vollschichtig möglich (IV-act. 82-31, 34, 53). RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ befand das Gutachten mit Stellungnahme vom 14. Januar 2015 als umfassend und widerspruchsfrei, weshalb darauf abgestellt werden könne (IV-act. 86).

A.g Im Vorbescheid vom 16. Januar 2015 stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, die Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 20% einzustellen (IV-act. 89).

A.h Dagegen liess die Versicherte durch Rechtsanwalt Dr. iur. K. Glavas, Muolen, mit Eingabe vom 20. Februar 2015 Einwand erheben und die Gewährung der bisherigen Rente beantragen (IV-act. 90). RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ sah gestützt darauf in seiner Stellungnahme vom 5. März 2015 keinen Grund, von seiner Beurteilung abzuweichen und befand das Gutachten weiterhin als nachvollziehbar (IV-act. 92).

A.i Am 23. März 2015 verfügte die IV-Stelle die Einstellung der Invalidenrente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats (IV-act. 93).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 23. April 2015 mit dem Antrag auf deren Aufhebung und auf Weiterausrichtung einer mindestens halben Rente. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei durch das Gericht eine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag zu geben; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin rügt die Rentenaufhebung bereits in formeller Hinsicht auf Grund einer ungenügenden Abklärung der seit einem Jahrzehnt geklagten Kopfschmerzen. Diese hätten dringend durch einen Neurologen abgeklärt werden müssen, bevor die Rente hätte aufgehoben werden dürfen. Auch sei die Rentenaufhebung schon deshalb nicht verständlich, weil die Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache eine deutliche Verschlimmerung der gesamten medizinischen Problematik inkl. Krebsleiden zu beklagen habe. Weiter beanstandet der Rechtsvertreter die Rentenaufhebung, weil der Beschwerdeführerin zuvor keine beruflichen Massnahmen angeboten worden seien. Schliesslich habe es



## St.Galler Gerichte

der psychiatrische Gutachter unterlassen, die geläufigen Tests durchzuführen, was ebenfalls nach einer erneuten polydisziplinären Begutachtung verlange (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 8. Juni 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung hält sie fest, auf Grund der Remission der affektiven Störung, welche im Jahr 2003 noch im Vordergrund gestanden habe, sei ein Revisionsgrund gegeben. Gestützt auf die von Fachärzten nachvollziehbar attestierte Arbeitsfähigkeit von 100% in adaptierten Tätigkeiten sei kein Rentenanspruch mehr gegeben. Hinsichtlich der Frage nach beruflichen Massnahmen verweist die Beschwerdegegnerin auf die Praxis des Bundesgerichts, wonach vor der Herabsetzung oder Aufhebung der Rente eine erwerbsbezogene Abklärung und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen zu erfolgen habe. Diese beschränke sich jedoch auf Sachverhalte, bei denen die versicherte Person das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente mehr als 15 Jahre bezogen habe. Dies sei beides vorliegend nicht der Fall (act. G 4).

B.c Mit Replik vom 13. Juli 2015 hält die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (act. G 6).

B.d Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet (act. G 8).

## Erwägungen

1.

1.1 Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob und inwiefern sich der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verändert hat (act. G 1).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelrente.



1.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG, SR 830.1). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist somit nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2008, 9C\_562/08, E. 2.1).

1.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen



Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) ab-gegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

2.

2.1 Ausgangspunkt für die Beurteilung des gesundheitlichen Verlaufs bildet im vorliegenden Revisionsverfahren die ursprüngliche Rentenzusprache gestützt auf die Verfügung vom 16. Oktober 2003 (IV-act. 35). Hinsichtlich der geltend gemachten Veränderung des Gesundheitszustands ist in erster Linie umstritten, welche Schlüsse aus den im Revisionsverfahren 2014 eingeholten ärztlichen Unterlagen zu ziehen sind bzw. ob der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ausreichend medizinisch abgeklärt ist. Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Invaliditätsbemessung vorwiegend auf das Gutachten des BEGAZ vom 24. Dezember 2014 (vgl. IV-act. 82).

2.2 In formeller Hinsicht rügt der Rechtsvertreter vorab, dass die Beschwerdeführerin neben der internistischen, der rheumatologischen und der psychiatrischen Begutachtung auch in neurologischer Hinsicht hätte abgeklärt werden müssen. Da sie seit über einem Jahrzehnt unter Kopfschmerzen sowie unter Bluthochdruck leide und unklar sei, wie weit diese beiden Leiden zusammenhängen würden, müsse dieser Problematik auf den Grund gegangen werden (act. G 1). Bereits im MEDAS-Gutachten vom 29. April 2003 hielten die damaligen Fachärzte fest, dass die Beschwerdeführerin occipitale Kopfschmerzen beklage und bei Anstrengungen Schwindelgefühle aufträten (IV-act. 23-3). Untersucht wurde die Beschwerdeführerin durch einen Internisten/ Rheumatologen sowie einen Psychiater. Ersterer führte zum Neurostatus - abgesehen von einem verlangsamten Gang mit aus-geprägtem, ostentativ wirkendem Schonhinken rechts und Schmerzangaben beim Zehen- und Fersengang sowie bei der Beugung des Knies - unauffällige Befunde auf (vgl. IV-act. 23-6). Ein MRI oder sonstige Abklärungen der Kopfschmerzproblematik schienen sich bereits damals nicht aufzudrängen. Auch im BEGAZ-Gutachten stellte die Rheumatologin Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, als Neurostatus symmetrische Muskeleigenreflexe und Muskelkraft (M4-5) sowie eine Hyposensibilität des linken



Unterarms ulnarseitig von Ellenbogen bis Handgelenke fest (IV-act. 82-42). Auf Grund der von der Beschwerdeführerin geklagten Dauerschmerzen von Kopf bis Fuss, wobei am schlimmsten die Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich empfunden würden (vgl. IV-act. 82-20), gingen die Gutachter von einem Ganzkörperschmerzsyndrom aus (IV-act. 82-21). Dabei sahen sie offenbar keinen Nutzen in weiteren neurologischen

Abklärungen.

2.3 Dass demgegenüber eine Ausweitung auf weitere Disziplinen, wie die geltend gemachte neurologische Begutachtung, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit notwendig gewesen wäre, wird somit weder von den begutachtenden Medizinerinnen noch den behandelnden Ärzten aufgeworfen. Damit ist die Beweiskraft des bidisziplinären Gutachtens aus formellen Gründen nicht zu beanstanden.

3.

3.1 Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten die BEGAZ-Gutachter eine beidseitige trikompartimentäre Gonarthrose bei Varus-Fehlstellung fest. Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit befanden sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), einen Status nach depressiver Episode (ICD-10 F32), einen Vitamin D-Mangel sowie ein Ganzkörperschmerzsyndrom, differentialdiagnostisch im Rahmen der psychiatrischen Komorbidität (IV-act. 82-31). In somatischer Hinsicht hielten die Gutachter nach allgemeininternistischer Untersuchung durch Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH für Allgemeine Innere Medizin, und nach rheumatologischer Untersuchung durch Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass sich in der klinischen Untersuchung mit Ausnahme einer leichten Skoliose sowie klinischen Hinweisen für eine beidseitige Varusgonarthrose kein wesentlicher pathologischer Befund ergebe. Die von der Beschwerdeführerin sehr hoch angegebene Schmerzintensität (auf einer visuellen Analogieskala 9 Punkte) sowie das Verhalten nach den ersten zehn Untersuchungsminuten (d.h. nach der Untersuchung des Achsenskeletts im Stehen) sowie nach der Untersuchung hätten stark mit dem Verhalten während der Anamneseerhebung kontrastiert. Hier habe die Beschwerdeführerin einen eher entspannten Eindruck gemacht, die Gesichtsmimik sei relativ lebhaft gewesen, häufig habe die Beschwerdeführerin gelächelt oder sogar gelacht. Konventionell-radiologisch



hätten sich lediglich die auf Grund der klinischen Präsentation bereits zu vermutenden Varusgonarthrosen beidseits nachweisen lassen, zudem bestehe auch eine beidseitige Retropatellararthrose. Auch im Labor hätten sich keine pathologischen Befunde gezeigt, mit Ausnahme eines Vitamin D-Mangels. Dieser sollte zwar substituiert werden, dennoch vermöge er das Gesamtausmass der Beschwerden nicht zu erklären. Im Rahmen des MEDAS-Gutachtens vom 29. April 2003 habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass die Knieschmerzen beidseits erstmals im Herbst 2001 aufgetreten und so progredient gewesen seien, dass sie schlussendlich zur Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Erst im weiteren Verlauf seien Schulter-, Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schmerzen im rechten Arm dazugekommen. Die sehr ausgeprägte Schmerzhaftigkeit sei damals der psychiatrischen Komorbidität zugeschrieben, die Diagnose einer Fibromyalgie aber verworfen worden, da eine deutlich über die Tenderpoints hinausgehende Druckschmerzhaftigkeit bestanden habe. Auch unter Anwendung der neueren Diagnosekriterien für die Fibromyalgie (ACR Kriterien von 2010) sei eine Fibromyalgie zu verneinen. Die Beschwerdeführerin erreiche zwar einen ausreichend hohen widespread pain-Index, jedoch beim Symptom severity score nicht ausreichend Punkte. Auch klage sie nicht über die sonst bei Fibromyalgie typischerweise vorhandenen vegetativen Beschwerden. Deswegen und auf Grund fehlender Hinweise auf eine Schilddrüsenstoffwechselstörung beurteilten die Gutachter die Schmerzsymptomatik als Ganzkörperschmerzsyndrom. Die einzig relevante Diagnose von Seiten des Bewegungsapparates sei die beidseitige, zwischenzeitlich fortgeschrittene Gonarthrose. Auf Grund dieser könnten der Beschwerdeführerin von rheumatologischer Seite her kniebelastende Tätigkeiten, d.h. alle Arbeiten, welche dauerndes oder wiederholtes Arbeiten im Knien, Steigen auf Treppen oder Leitern, Arbeiten in der Höhe oder Gehen auf unebenem Grund notwendig machten, bleibend nicht mehr zugemutet werden. Da die Schmerzsymptomatik aus rheumatologischer Sicht nicht erklärt werden könne und auch (korrekt: nicht) wie oben diskutiert als Fibromyalgie beurteilt werden könne, könnten von rheumatologischer Seite rein auf Grund der Schmerzsymptomatik keine zusätzlichen Einschränkungen geltend gemacht werden. Eine angepasste Tätigkeit könne der Beschwerdeführerin somit aus rheumatologischer Sicht seit 2011 (auf Grund der Aufnahme des rechten Knies vom 20. Juni 2011) vollschichtig zugemutet werden (IV-act. 82-44ff.).



3.2 Hinsichtlich der psychiatrischen Komponente hielten die Gutachter fest, dass die Beschwerdeführerin immer noch unter einer Körperschmerzsymptomatik leide, die aus somatischer Sicht bei Weitem nicht nachvollziehbar sei. Teilweise im Vordergrund stünden auch Kopfschmerzen. Sie fühle sich diesbezüglich derart beeinträchtigt, dass sie keine Tätigkeit durchführen könne. Die Gutachter erörterten, dass die Körperschmerzsymptomatik zu einem Zeitpunkt aufgetreten sei, als eine psychosozial belastende Situation bestanden habe. Es müsse deshalb eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angenommen werden. Differentialdiagnostisch könne eine Somatisierungsstörung angenommen werden. Dies vorwiegend auf Grund der Kopfschmerzsymptomatik, andererseits gebe die Beschwerdeführerin auch eine diffuse Körperschmerzsymptomatik an. Es werde deshalb heute der erwähnten Diagnose der Vorzug gegeben, wobei bezüglich dieser Schmerzstörung seit 2003 keine wesentliche Änderung eingetreten zu sein scheine. Dr. C.\_\_\_\_ konnte im Zeitpunkt der Begutachtung keine affektive Problematik vorfinden. Die Beschwerdeführerin mache sich Sorgen, was durchaus nachvollziehbar sei. Zudem sei auch im Rahmen einer Schmerzstörung immer mit zeitweisen Verstimmungszuständen zu rechnen. Eine depressive Störung könne nicht vorgefunden werden. Es sei demnach von einer Remission dieser affektiven Störung auszugehen, die im Jahr 2003 noch im Vordergrund gestanden habe. Insgesamt könne daher aus rein psychiatrischer Sicht von einer deutlichen Besserung der psychischen Störung ausgegangen werden, indem die affektive Störung nicht mehr in beeinträchtigendem Ausmass vorliege (IV-act. 82-28f.). Da bezüglich der Schmerzstörung allerdings von einer Chronifizierung auszu-gehen sei, die auch in Zukunft persistieren werde, sei mit keiner weiteren Änderung des Zustands zu rechnen. Ungünstig würden sich die passiven Bewältigungsstrategien der Beschwerdeführerin und die eher geringen Ressourcen auswirken (IV-act. 82-55). Infolge der Schmerzsymptomatik sei der Beschwerdeführerin keine körperliche Schwerarbeit mehr möglich. Es sollte ihr aber eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit in vollem Umfang möglich sein. Eine weitere Leistungseinschränkung könne diesbezüglich nicht begründet werden. Auch im Haushaltsbereich bestehe aus rein psychiatrischer Sicht keine Einschränkung. Diese neue Einstufung bestehe mindestens ab dem Untersuchungsdatum, da zum Vorfeld keine aussagekräftigen Unterlagen aus psychiatrischer Sicht vorliegen würden (IV-act. 82-54). Obgleich sich die Begutachtung durch den Psychiater offenbar lediglich durch eine mündliche Befragung abspielte, was



der Rechtsvertreter bemängelt, kann dies allein kein Kriterium für eine ungenügende Abklärung ergeben. So hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, dass bereits der im Vorfeld zugeschickte Fragebogen lediglich rudimentär durch den Sohn ausgefüllt worden sei. Auch habe die Kognition nicht getestet werden können, da die Beschwerdeführerin teilweise die diesbezüglichen Anweisungen nicht richtig verstanden habe. Ihre Antworten seien durchwegs sehr pauschalisierend und völlig undifferenziert gewesen, sie habe einen ungebildeten Eindruck hinterlassen und sei in keiner Weise introspektiv gewesen (IV-act. 82-51). Dass unter diesen Voraussetzungen auf eine Durchführung von schriftlichen Tests verzichtet wurde, erscheint daher nachvollziehbar und vermag die Beweiskraft des Gutachtens insgesamt nicht zu entkräften.

3.3 Bezüglich der durchgemachten Krebsbehandlung gab die behandelnde Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_, Frauenklinik des Spitals Y.\_\_\_\_, im Bericht vom 27. Mai 2014 an, dass die Beschwerdeführerin voll arbeitsfähig sei und keine Einschränkung mehr bestehe (IV-act. 72). Auch die Beschwerdeführerin selber äusserte gegenüber Dr. C.\_\_\_\_, dass hinsichtlich des Brusttumors keine direkten Folgen mehr bestünden (IV-act. 82-27f.). Somit hinterliess die Krebserkrankung keine Invaliditätsfolgen und eine Begutachtung durch einen Onkologen erübrigt sich.

3.4 RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ bezeichnete das BEGAZ-Gutachten als umfassend und widerspruchsfrei (IV-act. 86). Daran hielt er auch nach Prüfen der Einwände des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin fest. So hätten die Gutachter die Diagnosen hinlänglich gewürdigt und sie unter dem Gesichtspunkt der Auswirkungen auf die Funktionalität der betroffenen Strukturen definiert (IV-act. 96-5). Dieser Einschätzung stehen keine widersprechenden medizinischen Beurteilungen entgegen. Vielmehr erscheint das BEGAZ-Gutachten gestützt auf die vorhandenen Akten als nachvollziehbar und schlüssig, weshalb darauf abzustellen und bei der Beschwerdeführerin ab dem Zeitpunkt der Begutachtung vom Dezember 2014 von einer Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten von 100% auszugehen ist.

4.

Hinsichtlich der Bestimmung des Invaliditätsgrads im Rahmen eines Einkommensvergleichs ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin als Gesunde im



Vergleich zu den statistischen Hilfsarbeiterinnenlöhnen kein überdurchschnittliches Jahreseinkommen erzielt hätte (gemäss IK-Auszug hatte sie im Jahr 2000 ein Jahreseinkommen von Fr. 30'578.-- erzielt [IV-act. 9], was angepasst an die Nominallohnentwicklung für das Jahr 2001 um 2.5% und für das Jahr 2002 um 2.3% ein Jahreseinkommen 2002 von Fr. 32'063.-- ergibt [vgl. T 39 Entwicklung der Nominallöhne 1976-2015 des Bundesamts für Statistik, Frauen]; dagegen beträgt der statistische Hilfsarbeiterinnenlohn für das Jahr 2002 Fr. 47'903.-- [vgl. zum Tabellenlohn: Die Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2002, S. 43, Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4, Frauen, Total, Fr. 3'820.--/Monat, was angepasst an die Betriebsübliche Arbeitszeit von 41.8 Stunden pro Woche einen Jahreslohn von Fr. 47'903.-- ergibt]). Ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere körperliche, die Knie schonende Tätigkeiten besteht somit offensichtlich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr. Dies gilt selbst dann, wenn der Beschwerdeführerin in Abweichung vom gewährten 20%igen ein 25%iger Tabellenlohnabzug zugestanden würde. Unter diesen Umständen kann auf eine exakte Ermittlung der Vergleichseinkommen und des Tabellenlohnabzugs bzw. des (nicht rentenbegründenden) Invaliditätsgrads verzichtet werden.

5.

5.1 Schliesslich beanstandet die Beschwerdeführerin, dass vor der Rentenaufhebung keine beruflichen Massnahmen durchgeführt worden seien.

5.2 Nach der Rechtsprechung können nach langjährigem Rentenbezug ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarkts der sofortigen Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen. Dies ist dann der Fall, 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. Diese Rechtsprechung ist allerdings auf Fälle beschränkt worden, in denen die (revisions- oder wiedererwägungsweise) Rentenherabsetzung bzw. -aufhebung eine versicherte Person betrifft, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Juli 2015, 8C\_90/2015, E. 4 mit



Hinweisen). Massgebender Zeitpunkt ist das Datum der rentenaufhebenden Verfügung oder jenes der verfügten Rentenaufhebung (BGE 141 V 5 E. 4).

5.3 Vorliegend bezog die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (23. März 2015, IV-act. 93) allerdings erst seit 13 Jahren eine ganze Rente (Rentenbeginn am 1. April 2002; siehe Verfügung vom 16. Oktober 2003, IV-act. 35). Zudem war sie bei der Rentenaufhebung 54 Jahre alt, weshalb sie die Voraussetzungen nicht erfüllt. Auch wenn bei Grenzfällen wie diesen die vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen angesichts konkreter Umstände zwar zulässig wäre, erscheinen berufliche Massnahmen denn allein bereits auf Grund der Behinderungsüberzeugung der Beschwerdeführerin hier kaum durchführ- und umsetzbar, weshalb auch die BEGAZ-Gutachter keine solchen empfohlen (vgl. IV-act. 82-35). Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Rentenaufhebung ohne Durchführung von Eingliederungsmassnahmen verfügt hat.

6.

6.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

6.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Diese ist der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen unter Anrechnung des von ihr bezahlten Kostenvorschusses von Fr. 600.--. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.



Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird daran angerechnet.