

BL_GERICHTE 720 2012 167 vom 7. April 2005

BL Gerichte, 2005-04-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_2012_167

FR: BL_GERICHTE 720 2012 167 du 7 avril 2005

IT: BL_GERICHTE 720 2012 167 del 7 aprile 2005

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 3

Gestützt darauf ist im Folgenden zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand und - damit einhergehend - der Grad der Arbeitsfähigkeit tatsächlich, wie von der IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 18. April 2012 geltend gemacht, seit der Zusprechung der ganzen IV-Rente am 8. Januar 2007 in einer anspruchserheblichen Weise gebessert hat.

E. 3.1

Gemäss der Legaldefinition von Art. 6 ATSG ist Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

E. 3.2

Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (Ulrich Meyer - Blaser, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

E. 3.3

Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv

zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a).

E. 3.4

Dennoch erachtet es die Rechtsprechung des Bundesgerichts mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, 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 zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb).

E. 4

Mit Verfügung vom 7. April 2005 wurde der Versicherten aufgrund einer Überlastungssymptomatik des Bewegungsapparates eine halbe IV-Rente zugesprochen. Am 8. Januar 2007 erhöhte die IV-Stelle die IV-Rente infolge einer Tumorerkrankung auf eine ganze. Im Rahmen des im November 2008 eingeleiteten Revisionsverfahrens stellten die Gutachter der B. am 31. Dezember 2009 eine Verbesserung der Weichteilsymptomatik fest und attestierten diesbezüglich eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Die Begutachtung ergab aber auch, dass die Versicherte an einer mittelgradigen depressiven Erkrankung litt, welche die Arbeitsfähigkeit zu 50% einschränke. Weiter bestand der Verdacht auf eine Bronchus-Restenose sowie auf eine stumme koronare Herzerkrankung, weshalb weitere Untersuchungen und Behandlungen angezeigt waren und vorläufig eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Die ganze IV-Rente wurde somit weiter ausgerichtet. Mit Verlaufsgutachten vom 31. Dezember 2011 stellten die Gutachter eine Verbesserung des Gesundheitszustandes fest und konnten keine psychiatrischen oder pneumologischen Diagnosen mehr mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Geltung habe aber weiterhin die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% aus rheumatologischer Sicht.

E. 5

Die Gesundheitsverbesserung aus onkologischer Sicht seit der Verfügung vom 8. Januar 2007 ist unbestritten. Weiter besteht auch Einigkeit der Parteien bezüglich der Verbesserung des psychischen Zustandes seit dem Gutachten der B. vom 31. Dezember 2009. Dies ergibt sich ohne Weiteres aus dem Verlaufsgutachten der B. vom 31. Dezember 2011. Ein Revisionsgrund ist damit gegeben und die seit der Rentenverfügung eingetretenen Veränderungen können im gesamten Spektrum der rentenrelevanten Sachverhalte als Ganzes geprüft werden (Thomas Locher , Revision der Invalidenrente - Diskussion aktueller Fragestellungen, in: Invalidität im Wandel, René Schaffhauser/Ueli Kieser (Hrsg), St. Gallen 2005, S. 130). 6.1. Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass die rheumatologische Problematik, welche mit Verfügung vom 7. April 2005 zur halben IV-Rente geführt habe, unverändert sei. Bei der Beurteilung von Dr. med. C. , FMH Innere Medizin und Rheumatologie, gemäss B. -Gutachten vom 31. Dezember 2009 handle es sich lediglich um eine unterschiedliche Beurteilung eines an sich gleich gebliebenen Sachverhalts, weshalb diesbezüglich eine Rentenrevision nicht rechtens sei. 6.2 Die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist revisionsrechtlich unbeachtlich. Entscheidend für die Frage, ob die Rentenaufhebung durch die IV-Stelle vor Bundesrecht Stand hält, ist allein, ob im seit der letztmaligen umfassenden materiellen Überprüfung zu Recht eine wesentliche tatsächliche Veränderung bejaht wurde. Eine anspruchserhebliche Änderung kann auch gegeben sein, wenn sich ein Leiden bei gleicher Diagnose in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2012, 8C_437/2012, E. 5.1 und 5.2 mit Hinweisen). 7.1. Die ursprüngliche halbe IV-Rente der Versicherten (Verfügung vom 7. April 2005) basierte auf den Diagnosen von Dr. med. D. , FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, und Prof. Dr. med. E. , FMH Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, gemäss Gutachten vom 4. Oktober 2004. Sie stellten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Zervikobrachialgie, einen Status nach CTS-Operation rechts 1998, einen Status nach CTS-Operation links 2002, rezidivierende Lumbalgien, eine depressive Verstimmung sowie eine Adipositas fest. In der Ergänzung vom 22. Oktober 2004 bestätigte Dr. D. , dass eine angepasste 50%ige Arbeitsfähigkeit aus rein somatischer Sicht für den gesamten Bewegungsapparat bestehe. Neben den über Jahren persistierenden Nacken-, Schulter- und Armschmerzen linksseitig beständen tieflumbale Schmerzen mit diffuser Ausstrahlung ins linke Bein sowie ein Status nach Karpaltunnelsyndromoperation beidseits. Die aktuelle Weichteilsituation mit Überlastungssymptomatik des Muskel-, Sehnen- und Bandapparates der oberen Extremitäten und der linken unteren Extremität stehe seitens des Bewegungsapparates deutlich im Vordergrund. 7.2. Dr. C. diagnostizierte gemäss B. -Gutachten vom 31. Dezember 2009 ein unspezifisches generalisiertes Schmerzsyndrom mit fokalen, teils degenerativ bedingten Akzentuierungen sowie eine schwere Dekonditionierung und eine Adipositas. Aktuell schildere die Versicherte in der Untersuchung Schmerzen am ganzen Körper, die seit 10 Jahren immer gleich seien. Muskuloskelettär beklage sie Schulterschmerzen rechts mehr als links, im Charakter ähnlich wie früher, jedoch intensiver, Ellenbogenschmerzen, lumbale und nuchale Schmerzen, Kopfschmerzen, Flankenschmerzen und Knieschmerzen ventral beidseits sowie diffuse Hand-schmerzen rechts mehr als links. In der klinischen Untersuchung sei das Gangbild seitengleich, das Sitzen und Aufstehen ohne positionelle Auffälligkeiten, Schonhaltungen oder Behinderungen. Das Schemelsteigen erscheine mühsam, jedoch seitengleich möglich, ebenso das Einnehmen der Hocke mit Abstützen sowie der

Zehenspitzen- und Fersengang. Bei der Liegebenuztung zeigten sich schwerfällige Abläufe, aber keine umschriebenen Schmerzbehinderungen, ebenso nicht beim Aus- und Ankleiden. Das Achsenskelett sei im Lot, die Inklination und Reklination seien weitgehend frei, auch die Seitenneigung der LWS. Radikuläre Symptome könnten nicht provoziert werden. Die HWS sei globrotativ beidseits nur leichtgradig eingeschränkt und unbeobachtet frei beweglich. Diffuse Dolenzen der Weichteile beständen an der Linea nuchali und entlang der HWS und BWS, im Schultergürtel- und Ellenbogenbereich sowie lumbal. An den Händen beständen keine Besonderheiten, insbesondere keine tendovaginitischen Rezidiv-Auffälligkeiten oder Hinweise auf Ringbandstenosen. Insgesamt bestehe aus muskuloskelettärer Sicht eine grosse Diskrepanz zwischen den klinischen Befunden und dem Ausmass an geltend gemachter Behinderung und Leidensschilderung. Nicht muskuloskelettäre Faktoren seien signifikant an der Leidenswahrnehmung beteiligt. Klinische Hinweise, dass tumoröse Manifestationen am Bewegungsapparat das Leidenbild mitprägten, seien keine vorhanden. Der Versicherten seien körperlich leichte, ohne signifikant überkopf oder gebückt zu verrichtende Tätigkeiten, ohne repetitives Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten von mehr als 2-3 kg, ohne repetitiv greifende Bewegungen, ohne feinmotorische Tätigkeitsanteile und ohne wiederholtes Treppensteigen zu 80% zumutbar. Es beständen irreversible Reintegrationshindernisse aufgrund der langjährigen Erwerbsuntätigkeit und der fixierten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung (auf dem Hintergrund teils schwerer internistischer Leiden in der Vergangenheit). Die aktuell attestierte Reduktion gegenüber einem Vollpensum sei zu begründen mit einer nicht näher fassbaren verminderten Arbeitsgeschwindigkeit, einer gewissen Motilitätsverlangsamung und der Notwendigkeit zu vermehrten Pausen während der Arbeit. Eine höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei aus rheumatologischer Sicht nicht gerechtfertigt. 7.3

Aus dem Gutachten von Dr. C. geht hervor, dass die von Dr. D. und Prof. E. im Oktober 2004 festgestellte Überlastungssymptomatik des Muskel-Sehnen- Bandapparates der oberen Extremitäten und der linken Extremität sowie die Problematik nach Karpaltunnelsyndromoperation nicht mehr bestätigt werden können. Aufgrund der eingehenden klinischen Untersuchung kam Dr. C. zum nachvollziehbaren Schluss, dass heute von einer Überlagerung der Schmerzen auszugehen sei. Dies wurde noch in der Ergänzung von Dr. D. vom 22. Oktober 2004 ausgeschlossen, indem sie bestätigte, dass die 50%ige Arbeitsunfähigkeit aus rein somatischer Sicht für den ganzen Bewegungsapparat aufgrund der Überlastungssymptomatik gelte. Es muss folglich davon ausgegangen werden, dass es in der Zwischenzeit zwar zu einer Verbesserung der Überlastungssymptomatik des Bewegungsapparates gekommen ist und sich die Arbeitsfähigkeit diesbezüglich von 50% auf 80% erhöht hat. Die Schmerzen jedoch noch gleich erlebt werden, die Erklärung dafür jedoch nicht mehr in einem somatischen Befund liegt. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung wurde zwar sowohl anlässlich der ersten Begutachtung von den psychiatrischen Fachärztinnen als auch in der nachfolgenden Untersuchung von Dr. med. F. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, gemäss Gutachten vom 31. Dezember 2011 diagnostiziert. Diese habe jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Zeitpunkt des Gutachtens der B. vom 31. Dezember 2009 ist folglich davon auszugehen, dass in Bezug auf die rheumatologischen Beschwerden eine Gesundheitsverbesserung eingetreten war. Dieser Schluss ergibt sich auch aus der Konsensbesprechung der B. -Gutachter Dr. C. , med. pract. G. , Psychiatrie und Psychotherapie, Prof. med. H. , FMH Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse, sowie von med. pract. I. , Arbeitsmedizin, und Prof. Dr. med. J. , FMH Medizinische Onkologie und Allgemeine Innere Medizin, indem

ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, dass in rheumatologischer Sicht von einer somatisch verbesserten Gesundheitssituation auszugehen sei.

E. 8

Die Versicherte führt weiter an, dass anlässlich des Verlaufsgutachtens vom 31. Dezember 2011 zu Unrecht auf eine erneute rheumatologische Untersuchung verzichtet worden sei. Aus dem Verlaufsgutachten vom 31. Dezember 2011 geht hervor, dass von einer weiteren rheumatologischen Begutachtung abgesehen wurde, da eine Verschlechterung im Bereich des Bewegungsapparates seit der vergangenen Begutachtung von der Versicherten explizit verneint wurde. Diese Vorgehensweise ist nicht zu beanstanden. Auch eine orthopädische Untersuchung drängte sich nicht auf. Aus dem Gutachten der K. vom 4. Oktober 2004 ergibt sich, dass die Weichteilsituation und damit eine typische rheumatologische Problematik im Vordergrund gestanden ist. Die diesbezügliche Rüge erweist sich somit als unbegründet.

E. 9

Weiter macht die Versicherte geltend, dass aus pneumologischer Sicht Restbeschwerden bestünden, die die Arbeitsfähigkeit zusätzlich einschränkten.

E. 9.1

Im Rahmen des Verlaufsgutachtens vom 31. Dezember 2011 diagnostizierte Dr. med. K. , FMH Allgemeine und Innere Medizin, einen Status nach narbiger Stenose des Hauptbronchus rechts mit Sleeve-Resektion am 8. Dezember 2011 bei Status nach anaplastischem grosszelligem T-Zell-Lymphom sowie einen Verdacht auf Schlafapnoe-Syndrom. Lungenfunktionell liege aktuell ein normaler Befund vor. Am 6. April 2011 sei eine Bronchoskopie durchgeführt worden, welche eine relevante Restenosierung nicht nachgewiesen habe, sodass im Moment kein Verdacht auf ein erneutes Rezidiv der Bronchialstenose bestehe. Auch im konventionellen Thoraxröntgen vom 11. August 2011 fände sich keine pulmonale Pathologie. Aus rein pneumologischer Sicht sei die Versicherte unter Berücksichtigung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit in der Spiroergometrie trotz und wegen des poor efforts zumindest für leichte Tätigkeiten (sitzende Tätigkeit ohne Kraftaufwand) in staub- und allergiefreier Umgebung arbeitsfähig. In der Lungenfunktionsprüfung zeige sich lediglich eine leichte Einschränkung der Diffusionskapazität ohne obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung. Damit könne der gute Operationserfolg bestätigt werden. In der Spiroergometrie (Leistungstest) zeige sich eine mittelschwer eingeschränkte Leistungsfähigkeit, ohne dass dieser Befund krankheitsbedingt erklärt werden könne. Das Ergebnis sei im Rahmen einer unzureichenden Compliance der Versicherten zu sehen. Zusätzlich sei von einer Dekonditionierung und einem Einfluss der Adipositas auszugehen.

E. 9.2

Es trifft zu, dass Dr. med. L. , FMH Pneumologie, aufgrund der Lungenfunktionsprüfung vom 7. November 2011 eine mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung ohne Reversibilität und eine vermehrte Anstrengungsdyspnoe feststellte (vgl. Bericht vom 16. November 2011). Dr. K. führte in Kenntnis des Berichts von Dr. L. eine erneute Lungenfunktionsprüfung durch und kam zum abweichenden Ergebnis, dass aktuell ein normaler Befund vorliege. Da dem Gutachten volle Beweiskraft zukommt, kann auf die neuesten Testergebnisse abgestellt werden. Zudem decken sich diese Ergebnisse mit den Ausführungen von Dr. med. M. von der Klinik N. , dass ab 22. Januar 2011 aus

pneumologischer Sicht keine körperlichen Einschränkungen bestehen würden und die Versicherte voll arbeitsfähig sei. Dagegen stellte Dr. K. eine mittelschwer eingeschränkte Leistungsfähigkeit aufgrund der Spiroergometrie fest. Ursächlich dafür sind jedoch nicht pneumologische Gründe, sondern die Dekonditionierung und das Übergewicht der Versicherten. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit attestierte sie der Versicherten in Berücksichtigung dieser Situation auch nur leichte Tätigkeiten ohne Kraftanstrengung. Das Arbeitsprofil deckt sich demnach mit der Leistungsfähigkeit.

E. 9.3

Im Ergebnis ist die IV-Stelle zu Recht gestützt auf das Verlaufsgutachten vom 31. Dezember 2011 von einer wesentlichen Verbesserung der Gesundheitssituation seit der letzten Verfügung ausgegangen. Die gestellten Diagnosen "status nach narbiger Stenose des Hauptbronchus rechts mit Sleeve-Resektion des Hauptbronchus rechts am 8. Dezember 2011 bei Status nach anaplastischem grosszelligem T-Zell-Lymphom, depressive Störung, gegenwärtig remittiert, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Diabetes mellitus, Vitamin D Mangel, Anämie, Adipositas sowie Verdacht auf Schlafapnoe-Syndrom" haben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Berücksichtigt werden muss dagegen die Einschränkung aus rheumatologischer Sicht gemäss Gutachten vom 31. Dezember 2009. Die Versicherte ist für körperlich leichte Tätigkeiten im Umfang von 80% arbeitsfähig. Ungünstig sind häufig überkopf oder gebückt zu verrichtende Arbeiten, weiterhin sind repetitives Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten von mehr als 2-3 kg, repetitive greifende Bewegungen sowie ausgeprägte feinmotorische Tätigkeitsanteile und wiederholtes Treppensteigen zu vermeiden. Aufgrund des Diabetes mellitus sollten ebenfalls keine Arbeiten mit regelmässiger Nachtschicht ausgeübt werden. Diese Zumutbarkeitsbeurteilung gilt ab 22. Januar 2011.

E. 10

Gemäss dem von der Vorinstanz getätigtem Einkommensvergleich resultiert ein rentenausschliessender IV-Grad von 28%. Da die Bemessung des Valideneinkommens und die Ermittlung des Invalideneinkommens anhand der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik nicht beanstandet werden, besteht kein Anlass für eine nähere Prüfung von Amtes wegen (BGE 125 V 413 E. 1b und 2c). Einzig in Bezug auf die Gewährung eines leidensbedingten Abzugs vom Invalideneinkommen beantragte der Rechtsvertreter, dass die gesundheitsbedingten Einschränkungen angemessen zu berücksichtigen seien. Ein Abzug vom statistischen Lohn ist unter Berücksichtigung aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale letztlich aber auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen (vgl. BGE 126 V 80 E. 5b). Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer der genannten Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Die Versicherte ist ohne Frage in der Ausübung einer Tätigkeit behinderungsbedingt eingeschränkt und hat einen erhöhten Pausenbedarf, weshalb ein diesbezüglicher leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist. Dagegen rechtfertigt sich weder ein Abzug für Teilzeitarbeit noch wegen ihrer Nationalität oder ihres Alters. Unter diesen Umständen bewegt sich der Abzug von 15%, wie er von der IV-Stelle berücksichtigt worden ist, bereits an der oberen Grenze. 11.1 Gemäss Urteil des Bundesgerichts vom 10. September 2010, 9C_163/2009 (SVR 2011 IV Nr. 30 S. 86) setzt eine rentenbestimmende Invaliditätsbemessung auch im Revisionsfall

voraus, dass angezeigte Eingliederungsmassnahmen durchgeführt worden sind. Dementsprechend muss der Eingliederungsbedarf im Falle einer Revision in gleicher Weise wie im Rahmen einer erstmaligen Invaliditätsbemessung abgeklärt werden. Wie das Bundesgericht in einem neueren Urteil erkannt hat, ist diese Praxis jedoch auf Sachverhalte zu beschränken, in denen die Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente mehr als 15 Jahre bezogen hat (Urteil des Bundesgerichts vom 26. April 2011, 9C_228/2010, E. 3.4).

11.2. Die Verwaltung muss sich nach dem Gesagten vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer IV-Rente grundsätzlich vergewissern, ob Eingliederungsmassnahmen angezeigt sind oder die versicherte Person auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen werden kann. Da die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Revisionsverfügung über 55-jährig war, zählt sie zur Gruppe der Versicherten, bei welchen Massnahmen zu prüfen wären. Dies hat die IV-Stelle versäumt. Wie aus dem Gutachten vom 31. Dezember 2009 und dem Verlaufsgutachten vom 31. Dezember 2011 hervorgeht, hat die Versicherte jedoch mehrmals betont, keiner Tätigkeit mehr nachgehen zu können. Auf die Zukunftsvorstellung angesprochen, erklärte sie, dass es mit der Rente so weiter gehen solle wie bisher. Sie könne sich unter keinen Umständen vorstellen, erneut berufstätig zu werden. Dr. C. spricht von einer ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung. Aufgrund dieser Umstände scheinen Eingliederungsmassnahmen von vorne herein als aussichtslos, weshalb hier von einer weiteren Prüfung solcher abgesehen werden kann. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen. Demgemäss wird e r k a n n t :

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