

# NW\_GERICHTE 36922 vom 26. August 2024

NW Gerichte, 2024-08-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw\\_gerichte\\_36922](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_36922)

FR: NW\_GERICHTE 36922 du 26 août 2024

IT: NW\_GERICHTE 36922 del 26 agosto 2024

## Regeste

Leistungen IVG (SV 24 8)

## Erwägungen

### E. 1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Die Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV-Stelle Nidwalden vom 7. März 2024 (IV-act. 154), womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts Nidwalden gegeben ist. Die sachliche Zuständigkeit obliegt der Sozialversicherungsabteilung (Art. 57 ATSG [SR 830.1] i.V.m. Art. 39 Abs. 1 GerG [NG 261.1]), welche in Dreierbesetzung entscheidet (Art. 33 Abs. 1 Ziff. 2 GerG). Die Beschwerdeführerin hat als Adressatin der angefochtenen Verfügung ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Nachdem auch Frist und Form der Beschwerde (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) zu keinen Bemerkungen Anlass geben, ist auf die Beschwerde einzutreten.

### E. 2

Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

#### E. 2.1

Mit der Gesetzesnovelle «Weiterentwicklung der IV» traten per 1. Januar 2022 diverse neue Bestimmungen im ATSG, im IVG sowie in der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft. Namentlich wurde das abgestufte Rentensmodell durch ein stufenloses System ersetzt. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 144 V 210 E. 4.3.1 m.w.V.). In Revisionsfällen gilt aus intertemporaler Sicht das Folgende: Liegt die massgebende Änderung vor dem 1. Januar 2022, finden die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 Anwendung. Liegt die massgebende Änderung nach diesem Zeitpunkt, finden die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig ab 1. Januar 2022 Anwendung. Der Zeitpunkt der massgebenden Änderung bestimmt sich nach Art. 88a IVV (Urteil des Bundesgerichts 8C\_284/2023 vom 28. Februar 2024 E. 3.1 mit Hinweis).

#### E. 2.2

Die IV-Stelle hat die massgeblichen gesetzlichen Grundlagen in der angefochtenen Verfügung zutreffend wiedergegeben. Dies umfasst insbesondere die versicherungsmässigen Voraussetzungen (Art. 6 und 9 IVG), die Voraussetzungen des

Rentenanspruchs (Art. 28 IVG) sowie die Bemessung der Invalidität (Art. 28a IVG i.V.m. 16 ATSG). Darauf wird verwiesen. Zu ergänzen ist Folgendes:

### **E. 2.3**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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 zu dem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 2.4**

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

### **E. 2.5**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 2.6**

Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 2.7**

Einer versicherungsmedizinischen Expertise oder einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a).

mit Hinweis). Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) darf voller Beweiswert zuerkannt werden, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteile des Bundesgerichts 8C\_362/2017 vom 30. Oktober 2017 E. 4 und 9C\_86/2018 vom 20. August 2018 E. 5.1).

## **E. 2.8**

Einer neuen ärztlichen Einschätzung, die sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern im Vergleich zur früheren Beurteilung eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten ist, kommt für die Belange der (materiellen) Rentenrevision – unter Vorbehalt eventueller Sachlagen – kein genügender Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 9C\_344/2022 vom 20. Februar 2023 E. 4.1 mit Hinweisen).

## **E. 5**

### **■ 26**

Die vorliegend angefochtene Verfügung datiert vom 7. März 2024 und betrifft eine revisionsweise Aufhebung der bisher ausgerichteten Invalidenrente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats. Damit finden vorliegend die Bestimmungen des ATSG, des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig ab 1. Januar 2022 Anwendung. Sie werden nachfolgend in dieser Fassung ohne zusätzlichen Vermerk zitiert. Für Rentenbezügerinnen und -bezüger, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten der Änderung entstanden ist und die bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr noch nicht vollendet haben, bleibt der bisherige Rentenanspruch so lange bestehen, bis sich der Invaliditätsgrad nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ändert (lit. b Abs. 1 Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 IVG).

### **E. 5.1**

Die für eine Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorausgesetzte wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprache der Rente ist von der Beschwerdeführerin nicht ausdrücklich bestritten worden. Nachdem sich einerseits der Gesundheitszustand gegenüber dem massgebenden Referenzzeitpunkt gemäss gutachterlicher Feststellung

### **E. 5.2**

Gemäss eingangs dargelegter Rechtsprechung hatte die IV-Stelle den Rentenanspruch der Versicherten folglich umfassend zu überprüfen. Gemäss dem beweiskräftigen Gutachten der SMAB vom 4. April 2023 bestehen sowohl in der angestammten – tatsächlich ausgeübten – als auch einer angepassten Arbeit gesundheitlich bedingte Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit von insgesamt 30 %. Die Beschwerdegegnerin nahm aus diesem Grund einen sog. Prozentvergleich vor, was die Versicherte vorliegend, da sie ihre vor Eintritt des Gesundheitsschadens ausgeübte Tätigkeit weiter ausübt, zu Recht nicht beanstandet (vgl. BGer-Urteil 8C\_367/2018 vom 25. September 2018 E. 5.3.3 mit Hinweis). Damit resultiert ein rentenaus-schliessender Invaliditätsgrad von 30 %.

6.

Von der Beschwerdeführerin nicht thematisiert aber trotzdem zu erwähnen ist der Umstand, dass sie im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung bereits 55 Jahre alt gewesen ist.

Gemäss der Rechtsprechung müssen in diesem Fall vor der Aufhebung der Rente grundsätzlich Wiedereingliederungsmassnahmen durchgeführt werden. Die Rentenaufhebung ohne vorherige Abklärungen bzw. ohne eine den Verhältnissen angepasste Durchführung befähigender Massnahmen ist bundesrechtswidrig (vgl. BGE 148 V 321 E. 7.1.2 f. mit Hinweisen). Im Nachgang des Gutachtens der SMAB initiierte die IV-Stelle Unterstützung bei der beruflichen Integration in Form der Berufsberatung. Anlässlich eines Gesprächs zwischen der Versicherten, ihrer behandelnden Psychiaterin Dr. D. \_\_, dem RAD-Arzt Dr. J. \_\_ und dem zuständigen Berufsberater am 18. Dezember 2023 verwies die Beschwerdeführerin darauf, dass die selbständige Tätigkeit aufgrund der Selbstorganisation und Einteilung der Arbeit optimal sei (IV-act. 140). Da die Rückenschmerzen durch die Tätigkeit als Masseurin nicht aggraviert würden, sei eine berufliche Neuorientierung für sie kein Thema, sie liebe ihren Beruf. Vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdeführerin bereits in einer optimal angepassten Tätigkeit arbeite, ein Wechsel der Erwerbstätigkeit für sie nicht in Frage komme und die IV diesbezüglich keine Unterstützung bieten könne, wurde die Berufsberatung wieder abgeschlossen.

## **E. 6**

■ 26

Anlass zur Rentenrevision gibt jede (wesentliche) Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Die Invalidenrente ist daher nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben oder eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt. Demgegenüber ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich. Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen geänderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage. 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C\_683/2023 vom 18. April 2024 E. 2.4 mit Hinweisen). Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.2 mit Hinweisen).

## **E. 7**

■ 26

## **E. 8**

■ 26

3.

3.1

Massgebender Referenzzeitpunkt für die Beurteilung, ob eine wesentliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse vorliegt (vgl. vorstehende E. 2.4), bildet der Zeitpunkt der Rentenzusprache am 31. Oktober 2018 (IV-act. 52 und 56). Zum damaligen Zeitpunkt gestaltete sich die medizinische Ausgangslage im Wesentlichen wie folgt: Dr. med. B. \_\_, FMH Medizinische Onkologie, attestierte im Bericht vom 30. Juli 2018 eine 90%ige Arbeitsunfähigkeit bei folgenden Diagnosen (IV-act. 43 S. 3 f.): «Tubenkarzinom beidseits («bds.») – Histologisch seröses Adenokarzinom, G3 (LU B2017.19914) – Tumormarker CA 125 präoperativ leicht erhöht mit 48.9 U/ml – Stadium pT2a pN1 (1/75) (m1) L1 V0 R0 analog zu FIGO IIIA1i mit solitärer Mikrometastase von 1.2 mm in einem paraaortalen Lymphknoten – Laparoskopische Probeexzision am 03.07.2017 – Primäres Debulking mit medianer Laparotomie, Hysterektomie mit Adnexektomie bds., Ureterolyse, pelvine Lymphonodektomie beidseits, paraaortale infrarenale Lymphonodektomie und infragastrische Omentektomie am 11.07.2017 – Postoperative Chemotherapie mit Carboplatin und Paclitaxel vom 14.08.2017 bis 27.11.2017 – Geplant: Regelmässige klinische und sonographische Nachsorge Status nach («St. n.») vulvärer intraepithelialer Neoplasie Grad III Labia minora links – Laservaporisation am 17.09.2012» Aus onkologischer Sicht bestehe eine komplette Remission und die Arbeitsfähigkeit sei gegenwärtig noch durch rheumatologische resp. neurologische Beschwerden beeinträchtigt, wobei zu hoffen bleibe, dass diese über die nächsten Wochen und Monate sich in der Intensität verringerten, sodass die Arbeitsfähigkeit sukzessive wieder auf 50 % bis 80 % erhöht werden könne (S. 5). Es bestünden Kribbelparästhesien der Hände, Gelenkbeschwerden im Bereich der Finger und Hände, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie eine beeinträchtigte Leistungsfähigkeit (S. 6). In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin zwei bis drei Stunden täglich arbeiten (S. 7). Dr. B. \_\_ ging davon aus, dass die meisten mit der Chemotherapie assoziierten Nebenwirkungen sich in den kommenden Wochen und Monaten an Intensität verringerten und dementsprechend eine Aufstockung des Arbeitspensums denkbar sei.

### **E. 8.1**

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.■ bis Fr. 1'000.■ festgelegt. Die Gerichtskosten werden auf Fr. 800.■ festgesetzt und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie werden mit dem von ihr geleisteten Gerichtskostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet und sind bezahlt.

### **E. 8.2**

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist keine Parteientschädigung geschuldet (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG).

### **E. 9**

■ 26

Dr. med. C. \_\_, FMH Arbeitsmedizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst («RAD»), ging aufgrund der Akten davon aus, dass nach der Chemotherapie noch kognitive Störungen,

finger- betonte Parästhesien und wandernde Gelenkbeschwerden mit Bewegungseinschränkungen der Finger vorlägen (Stellungnahme vom 20. August 2018, IV-act. 45). Darüber hinaus bestehe ein beidseitiges Lymphödem der Beine nach ausgedehnter Lymphknotenresektion. Die von den Behandlern attestierte Arbeitsfähigkeit könne für jedwede Tätigkeit übernommen werden. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerden nach abgeschlossener Chemotherapie zurückgingen. Ob diese vollständig verschwinden werden, könne nicht vorhergesagt werden.

### 3.2

Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung stützte sich die IV-Stelle betreffend medizinische Ausgangslage auf das Gutachten der SMAB vom 4. September 2023 (IV-act. 132). Darin stellten die Gutachter die nachfolgenden Diagnosen (S. 7): «Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 1. Tubenkarzinom bds., Erstdiagnose («ED») 07/2017 (ICD-10: C57.0) – Histologisch seröses Adenokarzinom, Stadium FIGO-Stadium IIIA1i – Operative Versorgung mit primärem Debulking, Hysterektomie mit Adnexektomie bds., Ureterolyse, pelviner Lymphonodektomie bds., paraaortaler infrarenaler Lymphonodektomie und infragastrischer Omentektomie am 11.07.2017 – Postoperative Chemotherapie mit Carboplatin und Paclitaxel 14.08.2017 - 27.11.2017 – Verdacht auf Chemotherapie-induzierte diskrete Polyneuropathie – Aktuell komplette Remission, kein Anhalt für Metastasen – Cancer Related Fatigue Syndrome («CRFS») Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 1. Zustand nach Exzision eines Plattenepithelkarzinoms der Kopfhaut hochfrontal rechts 09/2019, (ICD-10: C44.4) 2. St. n. vulvärer intraepithelialer Neoplasie Grad III der Labia minora links mit Laservaporisation am 17.09.2012 (ICD-10: D07.1) 3. Chronischen Lumbalgie bei Nachweis von lumbalen Bandscheibendegenerationen und Neuroforamenstenosen (ICD-10: M54.5) 4. Läsion des Nervus cutaneus femoris lateralis bds. – wahrscheinlich druckneuropathisch bedingt, klinisch diskreteste Sensibilitätsstörungen (ICD-10: G57.1) 5. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig als leichte Episode (ICD-10: F33.0) 6. LDL-Hypercholesterinämie (ICD-10: E78.0) 7. Geringgradige Hepatopathie unklarer Ätiologie (ICD-10: K76.9)»

## **E. 10**

### **■ 26**

Die Gutachter hielten zusammengefasst fest (S. 8 ff.), Diagnosen mit Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit ergäben sich auf neurologischem und auf onkologischem Fachgebiet. In beiden Fachgebieten handle es sich um Auswirkungen bzw. Spätfolgen nach der Tumorerkrankung bzw. Chemotherapie. Aus neurologischer Sicht bestehe eine Chemotherapie induzierte Polyneuropathie («PNP»). Im Vordergrund stünden sensible Beschwerden. Eine PNP sei auch objektiviert worden, es liege ein elektrophysiologischer Befund aus dem Jahr 2018 vor. Aus neurologischer Sicht ergebe sich, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten für jede Tätigkeit um 30 % eingeschränkt sei. Die Versicherte müsse Pausen einlegen können wegen der Missempfindungen an Füßen und Händen. Aus onkologischer Sicht werde ein CRFS festgestellt. Die Beschwerdeangaben der Versicherten zur Fatigue-Symptomatik seien aufgrund des neuropsychologischen Beschwerdevalidierungsverfahrens zu relativieren. Festzustellen sei auch, dass die Versicherte von einer guten körperlichen Leistungsfähigkeit berichte, mit einem straffen therapeutischen Bewegungs- und Sportprogramm. Längere Gehstrecken seien ohne

wesentliche Leistungsbeeinträchtigung möglich, der Haushalt werde mit Pausen weitestgehend selbständig versorgt. Zusammenfassend werde daher die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch das CRFS geringer eingeschätzt als bei früheren Beurteilungen, die in den Akten dokumentiert seien. Nach gutachterlicher Einschätzung sei davon auszugehen, dass ein Pensum von sechs Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche durchführbar sei. Durch die Notwendigkeit regelmässiger Pausen zwischen den Behandlungseinheiten begründe sich die Arbeitsfähigkeit von 70 % für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit. Bei einer körperlich leichteren Belastung soll aus onkologischer Sicht eine (somit angepasste) Tätigkeit auch in einer Grössenordnung von ca. 80 % (bezogen auf ein 100 %-Pensum) möglich sein. Die Beurteilung der Gesamtarbeitsfähigkeit erfolge unter integrativer Beurteilung des onkologischen und des neurologischen Fachgebiets im polydisziplinären Konsens. In beiden Fachgutachten würde in erster Linie ein erhöhter Pausenbedarf festgestellt. Die Arbeitsfähigkeit betrage sowohl in angestammter als auch angepasster Tätigkeit 70 %. Die Versicherte sei in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten unter Vermeidung von Vorbeuge durchzuführen. Tätigkeiten mit einem erhöhten Mass an Standsicherheit, wie auf Leitern, Treppen oder Gerüsten, sollen vermieden werden. Es sei darauf zu achten, dass die Versicherte nicht zu lange stehen müsse, einerseits da dies die Gefühlsstörungen bzw. Schmerzen in den Füßen verstärke, andererseits wegen des chronischen Lymphödems der unteren Extremität. Auch Tätigkeiten mit starker fokaler Hitzeeinwirkung oder Verletzungsgefahr im Bereich der unteren Extremitäten seien zu vermeiden. Die Feinmotorik sei nicht

## E. 11

### ■ 26

beeinträchtigt, es solle jedoch darauf geachtet werden, dass die Versicherte nicht zu lange Druck auf die Handinnenflächen ausüben müsse.

### 3.3

Die behandelnde Psychiaterin der Beschwerdeführerin, Dr. med. D. \_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Bericht vom 10. Februar 2024 aus psychiatrischer Sicht die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F33.1) bei rezidivierender depressiver Störung (BF-Bel. 3). Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der Gesamtsituation und Beschwerdesituation sehr begrenzt. Zuletzt habe die Beschwerdeführerin zu 40 % als medizinische Masseurin gearbeitet. Ein Versuch, die Arbeitsleistung zu steigern, sei an einer Zunahme der Beschwerdesymptomatik gescheitert. Auch in einer andern, dem Leiden angepassten Tätigkeit sei keine höhere Arbeitsleistung zu erhalten. Die Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität unter Punkt 4.2 im Gutachten der SMAB könnten nicht nachvollzogen werden. In der neuropsychologischen Untersuchung sei sicher die Fatigue wirksam gewesen und die Versicherte drifte bei kognitiven Leistungen immer wieder ab, teils dissoziiere sie auch. Sie müsse, um die Lymphödeme im Griff zu halten und die Beweglichkeit für den Tag zu stabilisieren, ein «straffes» (Hervorhebung im Original) morgendliches Bewegungsprogramm durchführen. Erst dieses ermögliche es der Beschwerdeführerin, sich bewegen zu können und überhaupt eine Arbeitsleistung zu erbringen. Ihr dies negativ auszulegen und sie damit positiver zu beurteilen, sei unzulässig. Gleichwohl habe die Versicherte über den Tag Schwierigkeiten, da ihre Hände immer wieder Taubheitsgefühle zeigten und sie vermehrt Pausen einlegen müsse, was durch die Chemotherapie induzierte PNP bedingt sei. Die Diagnosen mit Auswirkungen auf die

Arbeitsfähigkeit müssten demzufolge höher bewertet werden, als dies im Gutachten vorgenommen worden sei. Da sich Einschränkungen durch das lumbale Schmerzbild ergäben, die psychiatrische Diagnose so nicht nachvollzogen werden könne und die Sensibilitätsstörungen durch die Druckläsion sich mit den lumbalen Beschwerden addierten und überlappten, müssten diese Krankheitsbilder als mit (Hervorhebung im Original) Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgenommen werden. Zusammenfassend ergebe sich aus diesen Ausführungen eine reale Arbeitsfähigkeit von derzeit 40 %.

## **E. 12**

■ 26

4.

Die Beschwerdeführerin geht davon aus, dass auf das Gutachten der SMAB nicht abgestellt werden könne und kritisiert dieses unter verschiedenen, nachfolgend zu behandelnden Gesichtspunkten.

4.1

4.1.1 So liege entgegen der Expertise nicht bloss eine leichte, sondern eine mittelgradige depressive Episode vor (amtl. Bel. 1 Ziff. 3). In diesem Zusammenhang verweist die Versicherte auf den Bericht der Behandlerin Dr. D.\_\_ vom 10. Februar 2024 (Ziff. 9; vgl. E. 3.3 hiervor).

4.1.2 Vorweg ist darauf hinzuweisen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits rechtsprechungsgemäss nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_320/2023 vom 11. April 2024 E. 3 mit Hinweisen).

4.1.3 Dies ist vorliegend nicht der Fall. Dr. D.\_\_ stellte im Bericht vom 10. Februar 2024 lediglich den von ihr erhobenen, von demjenigen im Gutachten abweichenden psychopathologischen Befund dar und schloss daraus auf eine mittelgradige depressive Episode. Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der Einschätzung von Dr. med. E.\_\_, Facharzt Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie fand nicht statt. Dieser hatte Kenntnis von der seiner Untersuchung vorangehenden Einstufung als mittelgradige depressive Episode (vgl. Bericht von Dr. D.\_\_ vom 14. April 2022, IV-act. 111) und ging von einer inzwischen eingetretenen Verbesserung im Zeitpunkt der Begutachtung aus (IV-act. 132 S. 86). Mit ausführlicher Herleitung unter Verweis auf die diagnostischen Kriterien schloss Dr. E.\_\_ auf eine leichte depressive Episode ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Dabei stützte er sich neben der eigenen

## **E. 13**

■ 26

Befunderhebung ebenfalls auf die durchgeführten testpsychologischen Zusatzuntersuchungen (Beck'sches Depressionsinventar, Freiburger Persönlichkeitsinventar) sowie die neuropsychologische Begutachtung durch lic. phil. F. \_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP (S. 83 ff.). Wichtige, ungewürdigt oder unerkannt gebliebene Aspekte, welche der psychiatrische Teilgutachter ausser Acht gelassen hätte, werden nicht genannt und sind nicht erkennbar. Dies gilt auch für die von der Behandlerin aufgezählten übrigen Beschwerden und Symptome (Fatigue, Lymphödeme, Parästhesien durch die PNP), welche allesamt von den Gutachtern der SMAB erhoben und bereits in die finale, interdisziplinäre Beurteilung (vgl. dazu nachstehende E. 4.3) miteinbezogen worden sind.

4.1.4 Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht anführt (amtl. Bel. 4 S. 7), scheint die Behandlerin jeweils unkritisch das gegenwärtig von der Beschwerdeführerin ausgeübte Pensum von 30 % bzw. 40 % als maximal mögliche Arbeitsfähigkeit zu übernehmen, immer unter pauschaler Verneinung der Möglichkeit einer angepassten Tätigkeit und höherer Arbeitsfähigkeit (IV-act. 111 S. 8, BF-Bel. 3). Der psychiatrische Experte verweist betreffend die Konsistenz und Plausibilität der Aussagen der Beschwerdeführerin hingegen auf das neuropsychologische Gutachten. Dabei kam die neuropsychologische Expertin zusammengefasst zum Schluss, es hätten keine validen Befunde erhoben werden können (IV-act. 132 S. 97). Dies habe sich einerseits in einem standardisierten Leistungsvalidierungsverfahren gezeigt, das in allen durchgeführten Durchgängen deutlich auffällige Resultate ergeben habe. Andererseits hätten auch die eingebetteten Leistungsvalidierungsfaktoren ebenfalls Hinweise auf problematisches Verhalten geliefert. Leistungsvalidierungsverfahren seien Aufgaben, die schwierig erschienen, in Wahrheit jedoch sehr einfach zu lösen seien und somit auch von Personen mit erheblichen kognitiven Defiziten in der Regel problemlos gelöst werden könnten. Defizitäre Leistungen in diesen Aufgaben wiesen auf eine gewisse (bewusstseinsnahe oder -ferne) Selbstlimitierung hin. Inkonsistenzen hätten sich auch zwischen den Testleistungen und den beobachteten und berichteten Alltagsaktivitäten gezeigt. So seien beispielsweise schwer verlangsamte Reaktionszeiten gemessen worden, die jeweils eine Sekunde überstiegen. Eine solche Verlangsamung sei selbst bei schwer kognitiv Beeinträchtigten kaum festzustellen und müsste einer massiven klinischen Verlangsamung an allen Tätigkeiten und Handlungen einhergehen, was nicht der Fall gewesen sei. Dazu im Widerspruch stehe auch, dass die Versicherte nach wie vor regelmässig mit dem Auto zur Arbeit fahre, wobei sie auf plötzlich auftretende Reize rasch reagieren können müsse.

## **E. 14**

### **■ 26**

Im interdisziplinären Konsens gingen die Gutachter gestützt darauf davon aus, dass die Angaben der Versicherten zu ihrer Fatigue-Symptomatik relativiert werden müssten und – im Gegensatz zu vorangehenden Beurteilungen – eine eher geringe Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit resultiere (S. 6). Dies ergebe sich auch aus dem Aktivitätenniveau der Beschwerdeführerin. Die subjektiven Angaben, sie könne bloss zu 40 % arbeitstätig sein, sei diskrepant zu den Aktivitäten in den vergleichbaren Lebensbereichen Freizeit und Haushalt. Die Versicherte besorge ihren Haushalt selbst, gehe spazieren und treibe jeden Tag eineinhalb Stunden Sport bei einem straffen Bewegungs- und Sportprogramm. Auch könne sie Fahrrad fahren.

4.1.5 Vor diesem Hintergrund leuchtet es ein, wenn Dr. E. \_\_\_ davon ausgeht, die Schilderung einer depressiven Residualsymptomatik sei zwar nachvollziehbar, eine darüber hinausgehende Symptomatik jedoch nicht (S. 86). Dahingegen vermag der Erklärungsversuch der Behandlerin nicht zu überzeugen, während der neuropsychologischen Testung sei sicher die Fatigue wirksam gewesen. Hierfür bestanden im klinischen Eindruck während der Testung keinerlei Anhaltspunkte. Ausdauer und Belastbarkeit waren für die dreistündige Untersuchung ausreichend, eine erhöhte Ermüdbarkeit konnte nicht festgestellt werden (S. 95). Eine Fatigue in dem Ausmass, wie sie die Versicherte beschreibt und die Behandlerin annimmt, wäre aber mit einer massiven klinischen Verlangsamung einhergegangen, welche auch bei schweren kognitiven Beeinträchtigungen kaum festgestellt werde (S. 97). Das Führen eines Fahrzeugs (Auto oder Fahrrad) im Strassenverkehr wäre dabei nicht mehr denkbar. Die Verlangsamung müsste auch in anderen Lebenslagen feststellbar sein, was angesichts des Aktivitätenniveaus der Versicherten nicht zutrifft. Sie betreibt täglich etwa eineinhalb Stunden Sport (Hula Hopp, Walken, Steppen, physio- und ergotherapeutische Übungen, S. 27, 41), liebe Wandern und Gehen (Marschieren), fahre mit dem Fahrrad, sei gerne in der Natur oder erkunde die Schweiz in kleinen Reisen (S. 56, 68 und 82). Entgegen der Ansicht von Dr. D. \_\_\_ ist die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveau in allen vergleichbaren Lebensbereichen bei der Beurteilung der funktionalen Auswirkungen von psychischen Beschwerden zwingend zu berücksichtigen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Offenbar ist im Vergleich zur Zeit vor der Erkrankung lediglich eine noch umfangreichere sportliche Betätigung und das Reiten aufgegeben worden, wobei für Letzteres das Tragen von Kompressionsstrümpfen (S. 41) oder die Angst vor dem Halten der Zügel aufgrund von plötzlichen Schmerzen in den Händen (S. 68) angeführt wird. Wenn aber bereits das Halten von Zügeln verunmöglicht ist, ist nicht einzusehen, wie die Beschwerdeführerin mit Auto und Fahrrad am Strassenverkehr teilnehmen können soll. Probleme beim Halten des Lenkrads bzw. der Lenkstange wären dabei regelmässig mit noch grösseren

## **E. 15**

### **■ 26**

Gefahren für sich und die anderen Verkehrsteilnehmer verbunden, als es das Reiten mit sich bringt.

4.1.6 Die IV-Stelle weist darüber hinaus zu Recht auf die fehlende Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen hin, da die Versicherte keine regelmässige psychopharmakologische Medikation oder schmerzmodulierende Medikamente zur Coupierung von neuropathischen Schmerzen einnimmt (vgl. IV-act. 111 Ziff. 2.3 und 2.8 sowie 132 S. 69). Psychiatrische und psychotherapeutische Sitzungen werden alle ein bis zwei Monate wahrgenommen, unter Umständen («wenn etwas anstehe», S. 82) auch häufiger. Ein (teil-)stationärer Aufenthalt zur Behandlung der psychischen Beschwerden ist nie durchgeführt oder überhaupt als indiziert in Betracht gezogen worden. Diese Hinweise lassen durchaus Rückschlüsse auf den tatsächlichen Leidensdruck zu (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). Die Einschätzung der Behandlerin von einer mehr als mittelgradigen depressiven Episode bei einer massiv herabgesetzten Arbeitsfähigkeit von nur noch 40 % erscheint damit – jedenfalls aus psychiatrischer Sicht – nicht einleuchtend.

4.1.7 Die Kritik der Beschwerdeführerin und der Behandlerin Dr. D. \_\_\_ wecken demnach keine Zweifel an der Zuverlässigkeit des psychiatrischen Teilgutachtens. Die Diagnose

und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wurden, wie erwähnt, ausführlich hergeleitet und erscheinen aufgrund der Akten nachvollziehbar und stimmig.

## 4.2

4.2.1 Weiter geht die Beschwerdeführerin davon aus, dass sich die Schmerzsituation in somatischer Hinsicht sicher nicht verbessert habe, was aus den bildgebenden Materialien eindeutig her- vorgehe (amtl. Bel. 1 Ziff. 4).

### **E. 16**

#### **■ 26**

4.2.2 In welcher Hinsicht die Beurteilung der Schmerzsituation im Gutachten der SMAB fehlerhaft sein soll, wird durch diese pauschale Aussage nicht aufgezeigt. Derartiges ist aus den Akten denn auch nicht ersichtlich. Selbst die behandelnden Ärzte gingen von einer stetigen Besse- rung der gesundheitlichen Situation mit von 0 % bis 40 % steigender Arbeitsfähigkeit aus (vgl. Verlauf gemäss Dr. med. G.\_\_, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, im Bericht vom 26. Januar 2021, IV-act. 89 S. 7 und 9; Bericht von Dr. D.\_\_ vom 10. Februar 2024, BF-Bel. 3). Eine Verschlechterung der Schmerzsituation – jedenfalls mit Auswirkungen auf die Arbeitsfä- higkeit – ist damit nicht erkennbar und geht auch aus den angerufenen, aber nicht genauer bezeichneten bildgebenden Befunden nicht hervor. Die mittels magnetic resonance imaging («MRI») der Lendenwirbelsäule festgestellten Protrusion mit Neuroforamenstenosen (Bericht der Radiologie Gersag vom 10. Februar 2022, IV-act. 104) sind durch den orthopädischen Gutachter jedenfalls gewürdigt und in seine Beurteilung miteinbezogen worden (IV-act. 132 S. 59).

4.2.3 Soweit die Behandlerin Dr. D.\_\_ in ihrem Bericht vom 10. Februar 2024 einzelne somatische Diagnosen ohne weitere Erklärung – und konträr zur gutachterlichen Einschätzung – als mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt (BF-Bel. 3), kann dieser zumindest teilweise fachfremden (gemäss Medizinalberufregister des Bundes ist in der Schweiz einzig ihr Fachtitel in Psychiatrie und Psychotherapie, nicht aber in Neurologie anerkannt) Einschätzung mangels Begründung nicht gefolgt werden. Erneut scheint die Behandlerin einzig gestützt auf die sub- jektiven Angaben der Versicherten eine abweichende Ansicht zu vertreten, ohne aufzuzeigen, weshalb die Beurteilungen durch die Gutachter unvollständig oder fehlerhaft sein sollen. Dem kann ebenso wenig gefolgt werden, wie der in der Beschwerde selbst geltend gemachten ma- ximalen Arbeitsfähigkeit von anhaltend 40 % (amtl. Bel. 1 Ziff. 5). Der Verweis auf frühere Ver- suche der Steigerung der Arbeitsfähigkeit ist zudem unbehelflich, gilt die Einschätzung der Experten doch ausdrücklich erst ab dem Zeitpunkt der Begutachtung (IV-act. 132 S. 10 und 11). Zudem wurden diese Versuche zumindest teilweise durch reaktive, invaliditätsfremde Faktoren (Versterben des Vaters, Information bezüglich Verdachts auf Tumor-Rezidiv, Tod der Katze) gehemmt, wie es die Versicherte selbst angibt (S. 94). Aus medizinischer Sicht ist je- doch eine Arbeitsfähigkeit von 70 % sowohl in angestammter als auch angepasster Tätigkeit möglich und zumutbar, wie es sich ebenfalls aus der interdisziplinären Konsensbesprechung ergibt (S. 10).

### **E. 17**

#### **■ 26**

## 4.3

4.3.1 In diesem Zusammenhang hält die Beschwerdeführerin fest, dass die Konsensbesprechung vom 7. August 2023 teilweise telefonisch, teilweise per E-Mail erfolgt sei (amtl. Bel. 1 Ziff. 6). Somit stehe fest, dass keine eigentliche Besprechung stattgefunden habe. Diese sei so zu verstehen, dass sich alle Gutachter zusammensetzten und sich über die Arbeitsfähigkeit unterhielten. Es sei höchst fraglich, wie der Konsens vorliegend zustande gekommen sei. Die im Gutachten erwähnte E-Mail-Korrespondenz gehöre in die Akten, die Herausgabe werde ausdrücklich beantragt.

4.3.2 Zweck interdisziplinärer Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen. Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt damit dann grosses Gewicht zu, wenn sie auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte erfolgt. Der IV-Stelle ist jedoch darin zuzustimmen, dass eine solche zusammenfassende Beurteilung auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der einzelnen Gutachter oder unter Leitung eines fallführenden Arztes zur Zusammenführung und Darlegung der Ergebnisse aus den einzelnen Fachrichtungen ideal, aber nicht zwingend ist (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.4 mit Hinweisen).

4.3.3 Im vorliegenden Fall ergibt sich aus den Angaben zur Entstehung des Konsens, dass die Experten sich betreffend interdisziplinärer Gesamtbeurteilung an einer Besprechung miteinander ausgetauscht haben, teilweise telefonisch oder per E-Mail (IV-act. 132 S. 13). Die anlässlich dieser Besprechung gezogenen Schlussfolgerungen zu den funktionellen Einschränkungen, den relevanten Persönlichkeitsaspekten, Belastungsfaktoren und Ressourcen beschränken sich denn auch nicht einfach auf die blosser Wiederholung der Resultate einzelner Teilgutachten. Vielmehr werden die gewonnenen Erkenntnisse – jedenfalls wo nötig – zueinander in Bezug gebracht und daraus die Gesamtarbeitsunfähigkeit, welche sich letztlich aus dem onkologischen und neurologischen Fachgebiet ergibt, begründet (S. 8 ff.). Da nach der vorstehend zitierten Rechtsprechung eine interdisziplinäre Konsensdiskussion nicht zwingend notwendig ist, eine solche vorliegend jedoch stattgefunden hat und zu einem interdisziplinären,

## **E. 18**

### **■ 26**

gesamtheitlichen Resultat der Begutachtung führte, mindert es die Zuverlässigkeit des Gutachtens nicht, dass dieser Konsens teilweise auf dem Zirkularverfahren zustande gekommen ist.

4.3.4 Betreffend die beantragte Akteneinsicht in den E-Mail-Verkehr der Experten der SMAB anlässlich der Konsensfindung ist darauf hinzuweisen, dass rechtsprechungsgemäss kein Anspruch auf Einsicht in die schriftlichen Aufzeichnungen über Testergebnisse oder andere interne Dokumente der begutachtenden Fachperson besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_292/2022 vom 9. Februar 2023 E. 5.2 mit Hinweisen). Es besteht mit anderen Worten kein Anspruch auf Einsicht in rein interne Akten, die für die interne Meinungsbildung bestimmt sind und welchen kein Beweischarakter zukommt. Dementsprechend besteht auch im Rahmen einer Begutachtung grundsätzlich kein Anspruch auf Einsicht in die der internen Meinungsbildung dienenden Notizen des Gutachters oder generell in das Gutachten vorbereitende Arbeitsunterlagen, wie Hilfsmittel für die Erstellung eines Gutachtens. Das Gericht kann indes zum Beizug solcher

Dokumente verpflichtet sein, wenn dies im Einzelfall zur Überprüfung der Grundlagen und Schlussfolgerungen eines Gutachtens angezeigt erscheint (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_466/2017 vom 9. November 2017 E. 4.1.2 mit Hinweisen). Die interdisziplinäre Besprechung der Ergebnisse der einzelnen Teilgutachten diene einzig der internen Meinungsbildung der Experten. Dass dieser Austausch vorliegend teilweise schriftlich auf dem Zirkularweg erfolgte, ändert nichts daran. Damit ist auch die entsprechende E-Mail-Korrespondenz als internes Aktenstück nicht von dem Anspruch auf Akteneinsicht erfasst. Aus welchem Grund dieser vorliegend trotzdem Beweischarakter zukommen oder sich zur Überprüfung der Schlussfolgerungen im Gutachten ein Beizug aufdrängen sollte, wird weder dargetan noch ist dies erkennbar. Die Konsensbesprechung auf dem Zirkularweg weckt damit keine Zweifel an Zuverlässigkeit des Gutachtens. Dem Antrag auf Beizug der internen Akten in Form der entsprechenden E-Mail-Korrespondenz ist nicht zu folgen.

## **E. 19**

### **■ 26**

#### 4.4

4.4.1 Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend, das Gutachten der SMAB nehme keine Stellung zu den bisherigen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeiten (amtl. Bel. 1 Ziff. 7). Angesichts der deutlichen Abweichung wäre zu erwarten gewesen, dass die Gutachter sich mit den anderslautenden Einschätzungen auseinandersetzten und Divergenzen begründeten sowie Widersprüche aus dem Weg räumten. Dies sei nicht geschehen.

4.4.2 Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin setzten sich die Experten der SMAB in den einzelnen Teilgutachten jeweils hinreichend mit den Vorakten auseinander. Dabei war jedoch nicht in jedem Fall eine nennenswerte Diskrepanz zu diskutieren. So hielt der internistische Gutachter betreffend sein Fachgebiet fest, die Akten spiegelten den bisherigen Verlauf nachvollziehbar und plausibel wider und stünden nicht im Gegensatz zu den Feststellungen im Teilgutachten (IV-act. 132 S. 30). Angesichts fehlender internistischer Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. S. 31) – solche wären auch den Berichten des Hausarztes Dr. G. nicht zu entnehmen – spricht nichts gegen diese Würdigung der Vorakten. Der onkologische Gutachter Dr. med. H., Facharzt Allgemeine Innere Medizin, Hämatologie, führte aus, in den Akten fänden sich abweichende Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit, welche jeweils zwischen 0 % und 40 % lägen (IV-act. 132 S. 43). In mehreren Berichten werde jedoch die Erreichbarkeit eines 50 % bis 80 %-Pensums angenommen. Retrospektiv könne keine davon abweichende Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Es sei anzunehmen, die damaligen Bewertungen seien unter Berücksichtigung sämtlicher Fachgebiete erfolgt. Aus rein onkologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt der Begutachtung höher bewertet worden. Diese Einschätzung vermag aufgrund der Akten zu überzeugen. Beim letzten onkologischen Bericht der Hirslanden Klinik St. Anna vom 30. Juli 2018 war die onkologische Behandlung bereits abgeschlossen (IV-act. 43 Ziff. 1.2). Die Arbeitsunfähigkeit wurde mit 90 % angegeben (Ziff. 1.3). In der damals aktuellen medizinischen Situation wurden in den Fingern bestehende Kribbelparästhesien, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, wandernde Gelenkschmerzen, Mühe des Öffnens der Finger nach Faustschluss und Lymphödeme in den Beinen beklagt (Ziff. 2.2). Die Arbeitsfähigkeit sei noch durch rheumatologische resp. neurologische Beschwerden beeinträchtigt, wurde

jedoch prognostisch auf 50 % bis 80 % eingeschätzt (Ziff. 2.7). Entsprechend verhält es sich wie von Dr. H. \_\_\_ angenommen, dass keine rein onkologischen Beschwerden mehr beklagt wurden und daher für die Einschätzung der

## **E. 20**

■ 26

Arbeitsfähigkeit keine massgebliche Rolle spielten. Vielmehr waren anderweitige Einschränkungen hierfür verantwortlich, weshalb eine aus onkologischer Sicht höhere Arbeitsfähigkeit im Teilgutachten gegenüber den onkologischen Vorakten – wie sie dort auch prognostiziert worden war – nachvollziehbar ist. Im orthopädischen Teilgutachten wurden die vorbestehenden bildgebenden Abklärungen der Radiologie Gersag vom 10. Februar 2022 ebenfalls in die Beurteilung miteinbezogen (vgl. S. 59). Eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit findet sich im entsprechenden Bericht nicht (IV-act. 104). Die bildgebend erkannten Beschwerden wurden allerdings im Bericht von Hausarzt Dr. G. \_\_\_ vom 19. Mai 2022 im Anschluss an die radiologische Untersuchung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit angegeben (IV-act. 112). Eine Begründung dieser Einschätzung findet sich nicht. Der Hausarzt beschränkte sich darauf, das gegenwärtige Pensum der Versicherten (12,6 Stunden pro Woche an vier Tagen) als maximal mögliches Pensum (ohne Möglichkeit einer angepassten Tätigkeit) zu übernehmen. Hingegen bestand im Zeitpunkt der Begutachtung die zuvor beklagte Radikulopathie des linken Beines nicht länger und Hinweise auf eine radikuläre Defizitsymptomatik hätten sich nicht gefunden (IV-act. 132 S. 59). Bei balancierter Rumpfmuskulatur und freier Funktion bestünden aufgrund der lumbalen Gesundheitsstörung ausser Einschränkungen im ergonomischen Anforderungsprofil keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 60). In Kenntnis der bildgebenden Abklärungen wird festgehalten, angesichts der in der klinischen Untersuchung fehlenden Funktionseinschränkungen oder radikulären Defizite könne das Ausmass der beklagten Schmerzintensität aus orthopädischer und traumatologischer Sicht nicht erklärt werden (S. 59). Die darauf gestützte, nachvollziehbare Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 100 % aus rein orthopädischer Sicht (bei Beachtung des ergonomischen Zumutbarkeitsprofils, vgl. S. 60) wird durch die vorangehende, fachfremde und unbegründete Einschätzung des Hausarztes nicht in Zweifel gezogen. Auch die neurologische Teilgutachterin Dr. med. I. \_\_\_, FMH Neurologie, setzte sich mit den Vorakten auseinander (IV-act. 132 S. 71 f.), insbesondere mit dem einzigen rein neurologischen Bericht der Hirslanden Klinik St. Anna vom 13. April 2018 (IV-act. 42 S. 14 ff.). Sowohl die bereits damals gestellten Diagnosen einer PNP und der wahrscheinlich druckneuropatisch bedingten Läsion des Nervus cutaneus femoris lateralis bds. konnten bestätigt werden. Die Kompressionsneuropathie des Nervus cutaneus femoris lateralis bds. führte laut Bericht der Hirslanden Klinik St. Anna zu Missempfindungen an den Oberschenkeln, wobei ein abwartendes Verhalten mit Verzicht auf einschnürende Unterwäsche empfohlen worden war. Die PNP wurde früher ebenfalls bloss als diskret und nicht ausgeprägt bezeichnet und die Möglichkeit einer weiteren Remission geäussert. Nicht nachvollziehbar bleibt, weshalb allein

## **E. 21**

■ 26

basierend auf diesen neurologischen Befunden eine 90%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden war. Zu beachten ist jedoch, dass die onkologische Behandlung im Zeitpunkt des

neuro- logischen Berichts noch nicht abgeschlossen war (vgl. onkologischer Bericht vom 30. Juli 2018, IV-act. 43 S. 3 Ziff. 1.1), die Einschätzung daher wohl erneut nicht auf einer rein fach- spezifischen, in diesem Fall neurologischen Einschätzung basierte. Dr. I. \_\_\_ zeigte dagegen nachvollziehbar auf, dass das «komische Gefühl» (Hervorhebung im Original) im Bereich der ventralen Oberschenkel im Alltag kaum zu Beeinträchtigungen führt (IV-act. 132 S. 71 f.). Be- züglich Neuropathie sei der Patellarsehnenreflex («PSR») inzwischen wieder mittellebhaft auslösbar, der Achillessehnenreflex («ASR») fehle nach wie vor, die Sensibilitätsstörungen wurden hingegen subjektiv als zunehmend beschrieben. Der mehrfach geäusserte Verdacht auf ein radikuläres Beschwerdebild konnte nicht bestätigt werden. Die noch berichteten Be- schwerden wurden mit einer um 30 % verminderten Arbeitsfähigkeit aufgrund der Notwendig- keit vermehrter Pausen berücksichtigt (S. 73). Die gegenüber den Vorakten abweichenden Schlussfolgerungen leuchten ein, jedenfalls bringt auch die Beschwerdeführerin nicht vor, in- wiefern diese Einschätzung nicht nachvollziehbar sein soll. Zur überzeugend begründeten Verbesserung des psychiatrischen Gesundheitszustands von Dr. E. \_\_\_ gegenüber der Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode durch die Behand- lerin Dr. D. \_\_\_, deren Bericht vom 10. Februar 2024 (BF-Bel. 3) sich mit Ausnahme der gesteigerten Arbeitsfähigkeit von inzwischen 40 % nicht wesentlich von dem Bericht vom 14. April 2022 (IV-act. 111) in den Vorakten unterscheidet, kann auf das bereits Gesagte verwiesen werden (vgl. vorstehende E. 4.1). Zu beachten gilt in diesem Zusammenhang ebenfalls, dass die Gutachter die Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte in ihrer Gesamtheit nicht grundsätzlich in Frage stellen, sondern deren Verlauf bis April 2022 grossmehrheitlich anhand der Unterlagen bestätigen (vgl. IV-act. 132 S. 10 und 11). Die Einschätzung der 70%igen Arbeitsfähigkeit gelte erst ab dem Zeitpunkt der Begutachtung (Juni bzw. Juli 2023, vgl. S. 3). Eine genaue zeitliche Angabe der Verbesserung sei retrospektiv jedoch nicht möglich, da es sich um eine schleichende Verbesserung der therapiebedingten Beschwerden handle (S. 12). Die seitdem eingetretene Verbesserung ist dabei durch die seitdem getätigte Steigerung des Erwerbsspen- sums – wenn auch nicht im aus medizinischer Sicht möglichen Ausmass – ebenso ausgewie- sen.

## **E. 22**

### **■ 26**

4.4.3 Zu der von der Beschwerdeführerin aus der Konsensbeurteilung zitierten und kritisierten Aus- sage der Gutachter, wonach man bei fehlender psychiatrischer Diagnose wahrscheinlich von einer bewusstseinsnahen Verfälschung ausgehen müsse (amtl. Bel. 1 Ziff. 7 und 8; vgl. IV- act. 132 S. 6), ist der IV-Stelle uneingeschränkt zuzustimmen, dass sich diese einzig auf die Bewertung der neuropsychologischen Ergebnisse der Beschwerdevalidierung bezog (amtl. Bel. 4 Ad. 7). Schliesslich ist im Gutachten der SMAB selbst eine psychiatrische Diag- nose gestellt worden, wenn auch ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Im Kontext der Besprechung der neuropsychologischen Erkenntnisse wurde damit klargestellt, dass keine (psychiatrische) Diagnose zur Erklärung einer bewusstseinsfernen Verfälschung vorliege. Dementsprechend ist auch der zweite (laut Beschwerdeführerin erklärungsbedürftige) Satz der zitierten Passage zu verstehen, wonach aufgrund der aus neuropsychologischer Sicht kla- ren Aussage zur Antwortverzerrung von psychiatrischer Seite auf eine weitere diesbezügliche Testung verzichtet worden sei. Es ist nicht erkennbar oder vorgebracht, inwiefern dies zu be- anstanden wäre. Die von der Versicherten ebenfalls angesprochene Aggravation, welche ihrer Meinung nach nicht

vorliege (amtl. Bel. 1 Ziff. 8), wird auch von den Gutachtern nicht attestiert, womit es diesbezüglich sein Bewenden hat.

4.5

Die medizinische Beurteilung vom Gutachten der SMAB vom 4. September 2023 erweist sich nach dem Gesagten als schlüssig sowie nachvollziehbar begründet und vermag den recht- sprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungs- lage zu genügen. Sie ist in Kenntnis der massgebenden medizinischen Akten ergangen und setzt sich mit den Vorakten, namentlich auch mit den bildgebenden Untersuchungen ausei- nander. Es gibt keine Hinweise, die gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen. Auf das Gutachten kann in der Folge abgestellt werden.

5.

### **E. 23**

#### **■ 26**

verbessert hat, andererseits die Beschwerdeführerin in Ausdehnung ihrer Erwerbstätigkeit heute unbestritten in einem 40 %-Pensum tätig ist und damit ein höheres Invalideneinkommen erzielt (vgl. BGE 145 V 141 E. 5), ist ein Revisionsgrund im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG gegeben.

### **E. 24**

#### **■ 26**

Bei dieser Ausgangslage ist die Rentenaufhebung nach durchgeführter Prüfung befähigender erwerblicher Massnahmen nicht zu beanstanden. Seit dem Abschluss der onkologischen Be- handlung arbeitete die Versicherte durchgehend weiter in ihrer angestammten Tätigkeit (vgl. IK-Auszug, IV-act. 145), die der Versicherten sehr am Herzen liegt (IV-act. 95 S. 4, 132 S. 56 und 69). Aus medizinischer Sicht besteht in der angestammten Tätigkeit eine gleich hohe Arbeitsfähigkeit wie in einer anderen, optimal angepassten Arbeit (vgl. IV-act. 132 S. 8 ff.). Vielmehr ist gemäss dem Hausarzt der Versicherten eine andere Tätigkeit überhaupt nicht möglich (IV-act. 112 S. 2). Eine Unzumutbarkeit der Selbsteingliederung ist vorliegend damit zu verneinen, jedenfalls wäre auch die subjektive Eingliederungsfähigkeit für eine andere Stelle nicht gegeben. Ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren erübrigte sich unter diesen Umstän- den selbstredend ebenfalls.

7.

Zusammenfassend erweist sich das Gutachten der SMAB vom 4. September 2023 als beweis- kräftige medizinische Entscheidungsgrundlage. Es liegt sowohl aus gesundheitlicher wie auch er- werblicher Sicht ein Revisionsgrund vor. Bei einer weiterhin zumutbaren Restarbeitsfähigkeit von 70 % in der angestammten Tätigkeit, welche derzeit auch – wenn ich in tieferem Pensum – ausgeübt wird, erreicht die Versicherte bei einem hier zulässigen Prozentvergleich keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad. Die Beschwerde ist vollumfänglich abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 7. März 2024 zu bestätigen. Die bisherige Rente der Beschwer- deführerin ist vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an aufzuheben (Art. 88bis Abs. 2 lit. b IVV).

8.

**E. 25**

■ 26

**E. 26**

■ 26

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