

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01306 vom 10. September 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01306](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01306)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01306 du 10 septembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01306 del 10 settembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

). Dazu führten sie aus, stärkste abdominale Schmerzen hätten zur Diagnose von zwei Karzinomen geführt. Die Beschwerdeführerin habe mittlerweile dreifach mittels grosser Operationen behandelt werden müssen. Aktuelle Symptome bestünden in starker Müdigkeit, Muskelschmerzen, verminderter Leistungsfähigkeit und allgemeiner Schwäche ( Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin erhalte eine adjuvante Chemotherapie, gefolgt von einer adjuvanten Bestrahlungstherapie ( Ziff. 1.5). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagermitarbeiterin bestehe vom 1. Oktober 2011 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ( Ziff. 1.6). Aktuell sei die Beschwerdeführerin nach drei Operationen geschwächt. Dazu komme eine intensive Chemotherapie, worunter die Beschwerdeführerin unter Muskelschmerzen, Müdigkeit und eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit leide. Unter der genannten Therapie sei es der Beschwerdeführerin nicht möglich zu arbeiten. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht noch zumutbar, aber erst nach Abschluss der adjuvanten Chemotherapie. Die dabei bestehende verminderte Leistungsfähigkeit müsse nach Abschluss aller Therapien nochmals evaluiert werden (Ziff. 1.7).

### **E. 1.2**

Nach Eingang eines am 7. September 2016 ausgefüllten Revisionsfragebogens ( Urk. 6/85) holte die IV-Stelle unter anderem ein interdisziplinäres Gutachten ein, das am 3. respektive 25. April 2017 erstattet wurde ( Urk. 6/98, Urk. 6/99, Urk.

6/101 = Urk. 6/103). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk.

6/106 = Urk. 6/108; Urk. 6/109, Urk. 6/113) hob die IV-Stelle die bisher ausgerichtete Rente mit Verfügung vom 1.

November 2017 auf ( Urk. 6/115 = Urk. 2).

### **E. 1.7**

und Ziff. 1.9). 3.

## **E. 2**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG ). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind,

auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung ( BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen ( BGE

144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen ). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich ( BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht ( BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die medizinischen Abklärungen, insbesondere das interdisziplinäre Gutachten vom 3. respektive 25. April 2017 ( Urk. 6/98, Urk. 6/99, Urk. 6/101), davon aus, dass nie eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden habe und auch heute kein erheblicher Gesundheitsschaden vorliege (S. 1 unten). Die Zusprache der Rente sei aufgrund unklarer Arztberichte erfolgt. Seitens der Invalidenversicherung hätten weitere Abklärungen vorgenommen werden müssen, was jedoch unterlassen worden sei. Gemäss Abklärungen sei zum Zeitpunkt der Rentenzusprache keine Diagnose mit andauernder Auswirkung ausgewiesen gewesen. Dennoch sei ohne weitere medizinische Abklärungen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit angenommen worden. Damit sei der medizinische Sachverhalt zum Zeitpunkt der Rentenzusprache ungenügend abgeklärt. Die Verfügung vom 16. Mai 2014 sei zweifellos unrichtig und wiedererwägungsweise aufzuheben. Da auch heute kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen sei, bestehe kein Anspruch auf IV-Leistungen (S. 2 oben). Ein Erschöpfungszustand nach Krebserkrankung werde von der Invalidenversicherung anerkannt. Eine Erschöpfung im psychiatrischen Sinne müsse jedoch objektivierbar sein. Gemäss Bericht von Dr.

Y.\_\_\_\_ sei die Erschöpfung der Beschwerdeführerin direkte Folge der belastenden Lebensereignisse. Belastende Lebensereignisse seien IV-fremd und würden bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt. Zu einer Verbesserung hätten sich die Gutachter nicht geäußert, weil niemals eine nennenswerte Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (S. 2 unten). Die Tumorerkrankung gelte inzwischen als überwunden. Sämtliche Nachuntersuchungen seien unauffällig verlaufen. Dieser Umstand könne somit auch als Verbesserung gewertet werden. Da die Nachuntersuchungen unauffällig gewesen seien, habe auch keine Indikation für ein onkologisches Teil-Gutachten bestanden. Die Durchführung eines neurologischen Teilgutachtens sei aufgrund der Aktenlage nicht indiziert gewesen (S. 3 oben).

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt ( Urk. 1), da es sich bei der Cancer-related

Fatigue gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung um eine zu den organischen Erkrankungen gehörende Beeinträchtigung handle, sei zur Beantwortung der Frage nach der invalidisierenden Wirkung dieser Erkrankung keine Unterscheidung zwischen somati

schen und psychischen Symptomen zu machen. So hätten der RAD-Arzt und im Ergebnis dann auch die die Überwindbarkeit prüfende Sachbearbeiterin richtig entschieden und die bei ihr vorliegende Erschöpfung insgesamt als invalidisierend beurteilt (S. 7 Mitte). Auch wenn zum Zeitpunkt der Rentenzusprache die Krebserkrankung bei der Versicherten klinisch wie radiologisch komplett remittiert gewesen sei, habe sie nach wie vor unter einem ausgeprägten Fatigue syndrom mit depressiven Begleitkomponenten beziehungsweise einer allgemeinen Schwäche mit rascher Ermüdbarkeit, Bauchschmerzen bei körperlicher Arbeit, einem depressiven Zustandsbild beziehungsweise einer Anpassungsstörung mit depressivem Zustandsbild in Folge einer Reihe von schweren psychosozialen Belastungsfaktoren gelitten. Sämtliche behandelnden Ärzte seien deswegen von einer vollständig aufgehobenen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Angesichts des beim Cancer-related

Fatigue syndrom komplexen Zusammenspiels somatischer, emotionaler, kognitiver und psychosozialer Faktoren, sei die Einschätzung des Rechtsdienstes der Beschwerdegegnerin, welche zur Prüfung des Vorliegens einer invalidisierenden Erkrankung eine Trennung der somatischen und psychiatrischen Beeinträchtigungen vorgenommen habe und diese je einzeln auf ihre invalidisierende Wirkung geprüft habe, falsch. Insbesondere sei die Schlussfolgerung falsch, wonach die chronische Ermüdung eine direkte Folge der psychosozialen Belastungsfaktoren darstellen würde, weshalb ihr aus rechtlicher Sicht keine eigenständige invalidisierende Bedeutung zukomme. Richtig sei, dass die rasche Ermüdung, die Schlafstörungen und das Ausgebranntsein auf die Krebserkrankung und deren Therapie zurückzuführen seien. Dass sich die bei ihr vorhandenen psychosozialen Belastungsfaktoren negativ darauf auswirken würden, sei nachvollziehbar und gehöre zur krebsbedingten Fatigue. Der RAD habe in seiner ursprünglichen Stellungnahme die ausgeprägte Fatigue mit depressiver Begleit- und Schmerzsymptomatik als Folge der intensiven Krebstherapie richtigerweise erkannt und gestützt darauf seine Einschätzungen, wonach sie gänzlich nicht mehr arbeitsfähig sei, abgegeben. Die darauf beruhende Rentenzusprache könne daher nicht als zweifellos unrichtig beurteilt werden (S. 9 Mitte). Daran ändere auch nichts, wenn im Gutachten angegeben werde, dass weder aus psychiatrischer noch aus rheumatologischer Sicht zu keiner Zeit eine längere Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Mit dem Vorliegen einer Cancer-related

Fatigue und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit würden sich die Gutachter mit keinem Wort auseinandersetzen (S. 10 oben). Entgegen der Einschätzung der Beschwerdegegnerin sei die medizinische Situation im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache vollständig abgeklärt gewesen, hätten doch übereinstimmende Berichte der behandelnden Ärzte vorgelegen. Demnach habe sie an einem Fatigue-Syndrom mit depressiver Begleitkomponente als Folge der intensiven Krebstherapie gelitten (S. 10 Mitte). Es bestünden demnach keine Hinweise dafür, dass die Rentenzusprache vom 16. Mai 2014 aufgrund falscher oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt sei oder die massgeblichen Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt worden seien. Insbesondere sei keine klare Missachtung des Untersuchungsgrundsatzes vorgelegen. Dass nur ein einziger Schluss, nämlich derjenige der zweifellosen Unrichtigkeit der Rentenzusprache möglich wäre, könne demnach nicht gesagt werden. Eine wiedererwägungsweise Rentenaufhebung sei daher nicht zulässig (S. 11 oben).

Weiter habe sich ihr Gesundheitszustand seit der ursprünglichen Rentenzusprache nicht wesentlich verändert ,

da nach wie vor ein ausgeprägtes Fatiguesyndrom vorliege (S. 11 Mitte). Verschlechtert habe sich der Gesundheitszustand in Bezug auf die ödembedingten Beeinträchtigungen in den Beinen, Füßen und im Bauch. Diese würden nach der geringsten körperlichen Anstrengung anschwellen, was sehr schmerzhaft sei (S. 12 oben). Daneben bestehe neu auch noch ein chronischer - rheumatologisch - nicht zu erklärender Schmerz. Auch diesbezüglich habe sich die Situation verschlechtert. Aufgrund der Angaben im Gutachten sei nicht auszumachen, dass die neu aufgetretenen chronischen Schmerzen ebenso als eine mögliche Folge der Krebstherapie anzusehen seien. Der medizinische Sachverhalt sei daher in neurologischer Hinsicht ungenügend abgeklärt . Angesichts des vom Gutachter geäußerten Verdachts auf eine neurologische Ursache für die geklagten Schmerzen wäre die Beschwerdeführerin verpflichtet gewesen, weitere Abklärungen zu tätigen (S. 12 unten). Verschlechtert habe sich die Situation auch hinsichtlich der affektiven Erkrankung. Habe bei ihr im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache bloss eine Anpassungsstörung mit depressivem Zustandsbild vorgelegen, so sei im Gutachten eine mittelgradige depressive Störung diagnostiziert worden. Ungenügend abgeklärt sei in diesem Zusammenhang die Frage nach der invalidisierenden Wirkung dieser Erkrankung.

Aufgrund des Umstandes, dass bei der Cancer-related

Fatigue gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts auch emotionale Faktoren eine Rolle spielen würden, sei fraglich und bisher ungeklärt, ob die bei ihr vorliegende depressive Erkrankung nicht auch diesem Symptomkomplex zuzuordnen sei. Auch damit setze sich das psychiatrische Gutachten nicht auseinander. Zusammenfassend sei somit festzuhalten, dass sich ihre medizinische Situation seit der ursprünglichen Rentenzusprache nicht verbessert, sondern im Gegenteil verschlechtert habe . Damit liege kein Revisionsgrund vor (S. 13 f.) .

Zusammenfassend sei festzuhalten, dass die ursprüngliche Rentenzusprache nicht als zweifellos falsch zu beurteilen sei und sich auch keine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit der ursprünglichen Rentenzusprache ergeben habe. Es bleibe somit weder Raum für eine wiedererwägungsweise noch eine revisionsweise Rentenaufhebung (S. 14) .

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der

Beschwerdeführerin und vorerst insbesondere, ob die ursprüngliche Rentenzusprache im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG zweifellos unrichtig war. 3.

### **E. 3**

Der Revisionsordnung gemäss Art. 17 ATSG geht jedoch der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn diese zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist ( BGE 110 V 176 E. 2a; Art. 53 Abs. 2 ATSG ). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifelloso Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht

festgestellt, so kann es die auf Art. 17 Abs. 1 ATSG gestützte Revisionsverfügung der Verwaltung mit dieser Begründung schützen ( BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung lässt sich eine allgemein gültige betragliche Grenze für die Voraussetzung der Erheblichkeit der Berichtigung nicht festlegen. Massgebend sind vielmehr die gesamten Umstände des Einzelfalles. Bei periodischen Leistungen ist die Erheblichkeit der Berichtigung zu bejahen ( BGE 119 V 475 E.

1c; Urteil des Bundesgerichts 9C\_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2 mit Hinweisen ) . 1.

### **E. 3.1**

1

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 11. Dezember 2013 (Eingangsdatum, Urk. 6/56/1-4) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit dem 7. Juni 2011 ( Ziff. 1.1). Es bestehe eine allgemeine Schwäche mit rascher Ermüdbarkeit und Bauchwandschmerzen bei körperlicher Arbeit. Dabei bestehe eine stark reduzierte Kraft und Ausdauer. Eventuell seien leichte Montagearbeiten in reduziertem Zeitrahmen zumutbar. In welchem Umfang eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich wäre, könne zurzeit nicht festgelegt werden ( Ziff. 1.7) .

### **E. 3.2**

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_ nannten im Bericht vom 23. Januar 2012 (Urk.

6/16/67) als Diagnosen ein Ovarialkarzinom sowie ein gut differenziertes Adenokarzinom der Cervix uteri ( Ziff.

### **E. 3.3**

Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Oberärztin,

B.\_\_\_\_, nannte im Bericht vom 7. Mai 2012 (Urk.

6/28) als Diagnosen ein Adenokarzinom der Zervix, ein Adenokarzinom des rechten Ovars sowie einen Status nach totaler abdomineller Hysterektomie, Adnexektomie links, pelvine und paraaortale

Lymphonodektomie und infra kolischer

Omentektomie ( Ziff. 1.1). Die Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit sei abhängig vom Verlauf unter und nach der Radiotherapie ( Ziff. 3.2).

### **E. 3.4**

Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.3), führte im Bericht vom 5. November 2012 (Eingangsdatum, Urk. 6/33) aus, es bestehe eine ausgesprochene Müdigkeit, Bauchschmerzen und Übelkeit. Die maximale Belastbarkeit liege bei 10 Minuten, danach sei eine Ruhepause notwendig. Die bisherige Tätigkeit sei gar nicht zumutbar, es bestehe dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit. Ein Heben von schweren Lasten sei nicht möglich. Eine vorwiegend sitzende Tätigkeit nach Umfang der Beschwerden sei bis 50 % (bis vier Stunden pro Tag) möglich ( Ziff. 1.7).

### **E. 3.5**

Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.3) berichtete am 26. Februar 2013 über eine Nachkontrolle (Urk. 6/36) und führte

aus, acht Monate nach Ende der Radiotherapie berichte die Beschwerdeführerin über aktuelle Rückenschmerzen. Insgesamt sei jedoch der Allgemeinzustand etwas verbessert. Miktion und Defäkation seien weiterhin unauffällig (S. 1). Klinisch bestehe eine komplette Remission. Es bestünden keine Hinweise für Spättoxizitäten (S. 2).

### **E. 3.6**

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_ führten im Bericht vom 14. August 2013 (Urk.

6/56/22-23) im Wesentlichen aus, die Beschwerdeführerin sei zur regulären Nachsorgeuntersuchung gekommen. Sie gebe immer noch die bekannten Schmerzen im Bereich der Hände und der unteren Extremitäten an. Zudem hätten sich die Schmerzen im Unterbauch verstärkt und seien bis zum Mittel-/Oberbauch linksseitig gewandert. Sie könne zurzeit nicht mehr arbeiten und es sei ihr auch gekündigt worden. Auch habe sich ihr depressives Zustandsbild weiterhin nicht verändert und sie sei immer noch in Therapie. Bezüglich des Ovarial- und Zervixkarzinoms bestehe erfreulicherweise radiologisch kein Hinweis auf ein Tumorrezidiv oder Metastasierung. Die unklar erhöhten Entzündungswerte und Leberwerte seien als mögliche Lebersteatose zu erklären.

### **E. 3.7**

Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.3) führte im Bericht vom 11. September 2013 (Urk.

6/48) aus, sie habe die Beschwerdeführerin vom 26. Februar 2012 (richtig wohl 2013) bis aktuell einmalig am 10. Juni 2013 gesehen und sei über die aktuelle Arbeitsfähigkeit nicht informiert. Es bestehe eine rasche körperliche und geistige Ermüdung (nach zirka zwei Stunden), eine depressive Begleitkomponente sei nicht auszuschliessen. Aktuell werde die akute Hepatitis behandelt, wobei ihr diesbezügliche Verlaufsberichte nicht vorliegen würden (Ziff. 1.7). Die Arbeitsfähigkeit könne aktuell nicht beurteilt werden (Ziff.

### **E. 3.12**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in der Stellungnahme vom 17. Januar 2014 (Urk. 6/60/8) aus, als Folge der intensiven Krebstherapie bestehe eine ausgeprägte Fatigue (reduzierter Allgemeinzustand, Müdigkeit) mit depressiver Begleitsymptomatik und Schmerzsymptomatik. Hierdurch sei davon auszugehen, dass die allgemeine körperliche Belastbarkeit (Ausdauer, Arbeits tempo) und auch die geistig-seelische Leistungsfähigkeit (Konzentration, Genauigkeit) in einem Ausmass eingeschränkt seien, welche eine verwertbare Arbeitsfähigkeit nicht zulasse. Aktuell bestehe keine verwertbare Arbeitsfähigkeit. 4.

### **E. 4**

Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit - als Schranke für ein wiedererwägungswises Zurückkommen auf eine formell rechtskräftige Leistungs zusprache ist rechtsprechungsgemäss so zu handhaben, dass die Wiedererwägung nicht zum Instrument einer voraussetzungslosen Neuprüfung von Dauerleistungen wird, zumal es nicht dem Sinn der Wiedererwägung entspricht, laufende Ansprüche zufolge nachträglicher besserer Einsicht der Durchführungsorgane jederzeit einer Neubeurteilung zuführen zu können (Urteil des Bundesgerichts I 276/04 vom 28. Juli 2005 E. 5.1).

Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist

oder wenn massgebende Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwen digerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditäts bemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeits fragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darboten, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - denkbar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_837/2010 vom 30. August 2011 E. 2.5.1).

Zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung kann (auch) bei unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts gegeben sein. Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes. Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungs-rechtlichen Sinne (Urteil des Bundesgerichts 9C\_1014/2008 vom 14. April 2009 E. 3.2.2).

Nicht entscheidend ist, ob die frühere Leistungszusprache unter Berücksichtigung sämtlicher Teilaspekte richtig und angemessen war, sondern ob sie mit Blick auf die damalige Sach- und Rechtslage insgesamt als vertretbar erscheint (Urteil des Bundesgerichts 9C\_575/2007 vom 18. Oktober 2007 E. 3.3). 2.

#### **E. 4.1**

Für die Zeit nach der rechtskräftigen Verfügung vom 16. Mai respektive 7. Juli 2014 finden sich in den Akten im Wesentlichen die folgenden Berichte:

#### **E. 4.2**

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Pneumologie, führte im Bericht vom 8. Oktober 2016 (Urk. 6/89/1-4) aus, der Gesundheitszustand sei stationär (Ziff. 1.1). Es bestehe der Verdacht auf Borreliose/Neuroborreliose, was aktuell in Abklärung sei (Ziff. 1.2). Weiterhin lägen ein ausgeprägtes Fatigue-Syndrom, eine psychische Erschöpfung und ein Ganzkörperschmerz vor (Ziff. 1.3). Die Prognose sei abhängig vom Ergebnis der noch ausstehenden Untersuchungen der Borreliosedagnostik. Die Tumornachsorgen seien bisher unauffällig (Ziff. 3.3).

#### **E. 4.3**

Dr. Y.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.10) führte im Bericht vom 4. Oktober 2016 (Urk. 6/90) aus, seit dem Bericht von 2013 habe sich der Zustand der Beschwerdeführerin unter regelmässiger Behandlung aus psychiatrischer Sicht stabilisiert. Sie sei einmal monatlich in die Therapie gekommen, habe regelmässig ihre Medikation genommen und habe trotz objektiver Schwierigkeiten etwas besser mit der Situation umgehen können. Sie habe berichtet, dass ihr Partner nach wie vor zu Hause sei, wobei unklar sei, ob dieser die Schweiz verlassen solle. Probleme würden ihr die ständigen Schmerzen überall im Körper, hartnäckigen Kopfschmerzen und Beinödeme bereiten, weshalb sie im Alltag völlig reduziert sei. Sie habe

sich nur zum Teil von den Nachfolgen ihrer Operationen und Chemotherapie erholt. Die ständigen Nachuntersuchungen und Kontrollen seien für die Beschwerdeführerin eine enorme Belastung, sie lebe ständig mit der Angst, dass sich der Tumor verbreiten könnte und dass sie dann keine Aussichten mehr habe. Die hartnäckigen Schmerzen würden die Beschwerdeführerin zusehends erschöpfen, so habe sie zunehmend Mühe, den Alltag selbständig zu bewältigen (S. 1). Die Prognose des Zustandes hänge stark von den körperlichen Symptomen und der weiteren Entwicklung der Grunderkrankung (Karzinom) ab. Solange die Befunde im Rahmen blieben, werde sich der Zustand weiterhin stabilisieren. Zurzeit würden Untersuchungen wegen des Verdachts auf Neuroborreliose laufen (S.

2 Mitte). Die depressive Stimmungslage, Erschöpfung und Angst verbunden mit einer Reihe von körperlichen und physischen Einschränkungen nach der Operation des Adenokarzinoms seien die Gründe der weiterhin bestehenden Arbeitsunfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht habe sich der Zustand stabilisiert. Die Arbeitsunfähigkeit wegen der körperlichen Erkrankungen müsse vom behandelnden Arzt beurteilt werden. Ein beruflicher Wiedereinstieg werde wahrscheinlich aufgrund der Multimorbidität kaum möglich sein. Ein Versuch betreffend berufliche Re-Integration rein aus psychiatrischer Sicht wäre zu 40 % denkbar (S. 2 unten).

#### **E. 4.4**

Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Gastroenterologie, Leitende Ärztin Z.\_\_\_\_, führte im Bericht vom 24. November 2016 (Urk. 6/91/12-15) aus, in der aktuellen Untersuchung hätten keine Hinweise für ein Tumorrezidiv gefunden und keine Hinweise für einen Dritttumor gesehen werden können. Aufgrund der ausgeprägten Tumorangst, sei mit der Beschwerdeführerin abgemacht worden, in einem Jahr erneut eine ausführliche Abklärung mittels CT Thorax/Abdomen sowie Gastroskopie und Koloskopie durchzuführen (S. 2 unten). 4. 5

Die Ärzte des B.\_\_\_\_ nannten im Bericht vom 6. Januar 2017 (Urk. 6/91/5-8) folgende Diagnosen: - generalisiertes Schmerzsyndrom - generalisierter Hartspann, Ganzkörperschmerz, Schmerzverarbeitungsstörung DD larvierte Depression - occipitale Kopfschmerzen - Status nach Borreliose - leichte systemische Entzündungsreaktion - komplette Stamm- und Astvarikose V. saphena magna Stadium Hoch I links - Verdacht auf Lynch-II Syndrom - gut differenziertes muzinöses

Adenokarzinom Ovar rechts - gut differenziertes Adenokarzinom der Cervix uteri - Hypothyreose - Hepatopathie - Lipödem Unterschenkel beidseits - Zahnschmerzen nach Zahnbehandlung

Dazu führten die Ärzte aus, im Rahmen einer Routinekontrolle sei eine positive Borrelienserologie aufgefallen. Vor drei Jahren habe die Beschwerdeführerin einen Zeckenbiss gehabt und sei damals für drei Wochen mit Doxycyclin behandelt worden. Seit zwei bis drei Jahren habe sie Kopfschmerzen in der Mitte des Kopfes gelegen, ohne Begleitsymptome. Diese würden sich beim Vorneigen des Kopfes verstärken. Bewegung, frische Luft und Schlafen hätten keinen Einfluss auf die Kopfschmerzen (S. 2 oben).

Die Ganzkörperschmerzen sowie die Kopfschmerzen seien multifaktoriell bedingt. Ein generalisierter Hartspann habe sich unter physiotherapeutischen Massnahmen gebessert. Das Spannungsgefühl in den Beinen sei durch das Lipödem und sekundär als Folge der Tumorbehandlung bedingt, daher sei ergänzend eine Lymphdrainage zur Entlastung

verordnet worden. Verstärkt seien die Beschwerden durch eine Schmerzverarbeitungsstörung beziehungsweise eine lavierte Depression und/oder eine Traumatisierung im Rahmen der Tumorerkrankung. Bei langjähriger Einnahme von NSAID besteht weiterhin der hochgradige Verdacht auf eine medikamenten-induzierte Schmerzkomponente. Eine Umstellung der Therapie sei jedoch von der Beschwerdeführerin abgelehnt worden (S. 3 oben).

Da die Beschwerdeführerin sehr auf

diagnostische Massnahmen fixiert sei, sollten weitere diagnostische Schritte im Nutzen gut abgewogen werden. Coping-Strategien und gegebenenfalls eine psychologische Betreuung wären zu empfehlen und sollten

im Verlauf erneut mit der Beschwerdeführerin diskutiert werden (S. 3 Mitte).

Es bestehe kein Zusammenhang mit einer Borreliose. Diese sei im Jahr 2014 einmalig adäquat therapiert worden (S. 3 Mitte). Es habe sich eine milde systemische Entzündungsreaktion und Schwellung der Fingergelenke gezeigt. Der Verdacht auf eine rheumatische Erkrankung habe sich nicht bestätigt, so dass die Fingeränderungen eher habituell seien und die leichte Entzündung am ehesten im Rahmen der Grunderkrankung zu werten seien. Eine Dynamik habe sich nicht gezeigt (S. 3 unten). 4. 6

Dr. E.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.2) berichtete am 19. Januar 2017 (Urk. 6/91/1-4) mit Verweis auf den Schlussbericht des B.\_\_\_\_ vom 6. Januar 2017 von einem stationären Gesundheitszustand (Ziff. 1.1) und einer unveränderten Beschwerdesymptomatik (Ziff. 1.3).

#### **E. 4.7**

Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im psychiatrischen Gutachten vom 3. April 2017 (Urk. 6/98) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

63) nannte er eine chronifizierte mittelgradige anhaltende depressive Störung infolge psychosozialer und emotionaler Belastungsfaktoren (ICD-10 F33.8), einen chronischen Schmerz (ICD-10 R52), Probleme in Verbindung mit Ausbildung und Beruf (ICD-10 Z55) sowie Probleme in der Beziehung zum Ehepartner (ICD-10 Z63.0).

Dazu führte der psychiatrische Gutachter aus, der seit 2012 anhaltenden und damit chronifizierten

mittelgradigen depressiven Störung würden überwiegend psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren zugrunde liegen, allen voran die Ausschaffung des Ehemannes (S. 62 oben). Es bestehe ein chronischer Schmerz. Da die Beschwerdeführerin keine Abhängigkeit der subjektiven Schmerzstärke von psychosozialen Belastungsfaktoren habe, sei eine wesentliche Bedingung zur Diagnosestellung nicht gegeben. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass die Symptomatik im zeitlichen Zusammenhang mit der adjuvanten Chemotherapie aufgetreten sei. Diese sei mit Carboplatin /Taxol in sechs Zyklen erfolgt. Es handle sich hierbei um neurotoxische Medikamente. Differentialdiagnostisch sei daher ein neuropathischer Schmerz zu erwähnen. Aus dem Aktenmaterial gehe nicht hervor, dass die Beschwerdeführerin jemals neurologisch untersucht worden sei. Die Beschwerdeführerin werde seit Jahren ohne Wechsel der therapeutischen Strategie

psychiatrisch behandelt. Der Beschwerde führerin sei weder ein tagesklinischer oder stationärer psychiatrischer Aufenthalt angeboten worden. Eine multimodale Schmerztherapie habe bisher ebenso nicht stattgefunden. Die psychopharmakologische Behandlung mit 50 mg Trazodon zur Nacht sei als minimalistisch zu beschreiben (S. 62 Mitte). Seit vielen Jahren habe sich zudem unabhängig davon eine inzwischen

chronifizierte depressive Störung entwickelt, die gemäss ICD-10 als eine sonstige rezidivierende depressive Störung (F33.8) zu klassifizieren sei und eine mittelgradige Schwere erreiche. An psychosozialen Faktoren mit Einfluss auf das psychopathologische Bild müssten Probleme in Verbindung mit Ausbildung und Beruf (ICD-10 Z55) und Probleme in der Beziehung zum Ehepartner (ICD-10 Z63.0) festgehalten werden (S. 62 unten).

Zusammenfassend hielt der psychiatrische Gutachter fest, bei der Beschwerde führerin bestehe ein mittelgradig depressives, inzwischen chronifiziertes Zustandsbild, welches von psychosozialen und emotionalen Belastungsfaktoren dominiert werde. Da IV-fremde Faktoren vorherrschend seien, könne aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht keine IV-relevante mittel- und langfristige Arbeitsunfähigkeit ausgesprochen werden (S. 63 oben).

#### **E. 4.8**

Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, nannte im rheumatologischen Gutachten vom 25. April 2017 (Urk. 6/99/1-77) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 63). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie: - ausgedehnte chronische Schmerzen - Adipositas Grad I - Vitamin D-Mangel - Hypercholesterinämie - Status nach - mucinösem

Adeno-Karzinom des rechten Ovars (Erstdiagnose Oktober 2011) - Adeno-Karzinom der Cervix uteri (Erstdiagnose Oktober 2011) - unterer medianer Längslaparotomie mit Entnahme einer Spülzytologie, Adnexektomie rechts, Appendektomie, Peritonealbiopsien und Biopsie aus dem Omentum majus am 6. Oktober 2011 - Status nach Längslaparotomie und totaler abdominaler Hysterektomie, Adnexektomie links, pelviner und paraaortaler

Lymphonodektomie und infrakolischer

Omentektomie am 21. Oktober 2011 - Status nach Re-Laparotomie mit Adhäsionslyse bei vollständig adhäsionslysebedingtem

Dünndarmileus am 2. November 2011 - Status nach adjuvanter Chemotherapie mit Carboplatin /Taxol (6

Zyklen) vom

27. Dezember 2011 bis

1. Mai 2012 - Status nach perkutaner Radiotherapie des Beckens mit 54 Gy vom 8.

Mai bis 19. Juni 2012 mit • unauffälliger molekular-genetischer Diagnostik im MLH1-Gen, Dezember 2013 und daher Ausschluss eines Lynch-Syndroms Typ II • Aktuell: keine Hinweise auf ein Rezidiv bei letzter gynäkologischer Kontrolle Februar 2017 - Lipödem beider Beine linksbetont (Erstdiagnose Dezember 2013) - komplette Stamm- und Astvarikose der V. Saphena magna Stadium Hoch links (Erstdiagnose Dezember 2013) - Positive Borrelionen-Serologie (erstmalig Mai 2013) ohne klinisches

Korrelat mit mehreren adäquaten antibiotischen Behandlungen mit unauffälligem MRI-Neurocranium

Oktober 2016 und daher Ausschluss einer Neuroborreliose

Dazu führte die rheumatologische Gutachterin im Wesentlichen aus, die Beschwerdeführerin habe oft wegen Schmerzen gestöhnt, wobei dieses Schmerz stöhnen bei Ablenkung verschwunden sei. Es bestehe eine Adipositas Grad I, Lipödeme beider Beine und Varicosis

cruri beidseits. Der normale Gang sei unauffällig wie auch der Zehen- und Fersengang. Alle drei Wirbelsäulenabschnitte seien gut beweglich. Der Fingerboden-Abstand vorne habe sogar nur zehn Zentimeter betragen. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Der Lasègue sei beidseits normal (S. 64). Alle grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich. Gelenkergüsse, Synovitiden oder überwärmte Gelenke seien nicht vorhanden. Hinweise auf eine Arthritis, insbesondere eine aktive Borreliose seien klinisch nicht vorhanden. Der Jobe-Test sei beidseits normal. Die Impingement-Zeichen des Neer-Tests seien bei ausgedehnten chronischen Schmerzen nicht verwertbar wegen mangelnder Spezifität. Dasselbe gelte auch für die Gaenslen-Zeichen an den Händen und Füßen sowie die übrigen Drucktests. In der Dolorimetrie

seien alle 18 Tender Points pathologisch sowie alle acht Kontrollpunkte gewesen. Dies entspreche einem pathologischen Dolorimetrie-Befund im Sinne einer Schmerzausweitung. Die Bioimpedanz-Analyse zeige trotz der Adipositas eine erfreulich grosse Muskelmasse von 43 %, welche den Normwert von 40 % sogar übertreffe. Eine lang an dauernde körperliche Schonung könne daraus nicht abgeleitet werden. Dem entspreche, dass die Beschwerdeführerin fast täglich einen Spaziergang mache, der 30 bis 60 Minuten dauere (S. 65 oben). Die beiden geprüften Medikamente seien im Blut nachweisbar gewesen. Dabei sei das Schmerzmittel Advil /Ibuprofen knapp unterhalb des therapeutischen Bereichs und das Antidepressivum Trittico deutlich unterhalb des therapeutischen Bereichs gewesen. Zusammenfassend bestünden bei der Beschwerdeführerin keine rheumatologischen oder internistischen Befunde, die die Leistungsfähigkeit einschränkten. Die Krebserkrankung sei in kurativer Absicht behandelt worden. Seit her seien kein Tumorrezidiv und keine Metastasen aufgetreten. Die Beschwerdeführerin könne daher aus rheumatologisch-internistischer Sicht sämtliche Tätigkeiten ausüben, die Frauen ihres Alters üblicherweise machen könnten. Der Handeinsatz sei bei der Untersuchung beidseits normal gewesen. Sie sei in der Lage gewesen im Langsitz auf der Untersuchungsfläche die Kompressionsstrumpfhose flink auszuziehen. Dazu sei eine erhebliche beidseitige Handkraft notwendig. Diskrepanz dazu sei die gezeigte maximale Handkraft beidseits von weniger als 4 % der Norm gewesen. Aus rheumatologischer Sicht gebe es keine Ursache für diese demonstrierte fast völlige Kraftlosigkeit bei der Hände. Hier habe sicher eine Selbstlimitierung bei der Messung bestanden. Sogar Patientinnen mit einer fortgeschrittenen erosiven rheumatoiden Arthritis mit verkrüppelten Händen würden in der Regel eine deutlich höhere Handkraft als die Beschwerdeführerin mit ihren beiden unversehrten Händen, wie die beiden Röntgenuntersuchungen der Hände ergeben habe, erreichen. Das flinke Ausziehen einer Kompressionsstrumpfhose wäre dagegen mit der gezeigten maximalen Handkraft gänzlich unmöglich (S.

66).

Die angestammten Tätigkeiten seien angepasst. Die Beschwerdeführerin könne sie zu 100 % bezogen auf ein Pensum von 100 % ausüben (S. 67 unten). Aus rheumatologisch-internistischer Sicht habe sie nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die Beschwerdeführerin könne aus rheumatologisch-internistischer Sicht sämtliche Tätigkeiten ausüben (S. 68 oben).

#### **E. 4.9**

Prof.

G.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.7) sowie Dr. H.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.8) hielten in der interdisziplinären Zusammenfassung vom 25. April 2017 (Urk. 6/101 = Urk.

6/103) fest, es bestünden sowohl aus psychiatrischer wie auch aus rheumatologischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin könne sämtliche Tätigkeiten uneingeschränkt ausüben, die Frauen ihres Alters üblicherweise machen könnten. Es habe sie nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden.

#### **E. 4.10**

Dipl.-Med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Prävention und Gesundheitswesen, RAD, führte in der Stellungnahme vom 28.

April 2017 (Urk. 6/104/5-6) im Wesentlichen aus, auf das Gutachten könne abgestellt werden. Zusammenfassend werde eine Verbesserung des Gesundheitszustandes im Rahmen des Gutachtens nicht beschrieben, stattdessen werde festgehalten, dass aus Sicht der beiden Fachgebiete niemals eine nennenswerte Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Die Tumorerkrankung gelte inzwischen als überwunden, sämtliche Nachuntersuchungen seitdem seien unauffällig verlaufen. Dieser Umstand könne aus versicherungsmedizinischer Sicht als Verbesserung gewertet werden, wenngleich die Tumorfreiheit bereits bei der letzten RAD Stellungnahme bestanden habe. 5. 5.1

Im Lichte der Sachlage und der massgebenden Rechtsprechung im Zeitpunkt der Rentenzuschüsse ist zu prüfen, ob die damalige Annahme einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit und die daraus folgende Zusage einer ganzen Invalidenrente ab Oktober 20

#### **E. 8**

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_ führten im Bericht vom 18. Oktober 2013 (Urk. 6/51/5 6) aus, die Beschwerdeführerin sei in Behandlung bei bekanntem Doppeltkarzinom und sei einer Chemotherapie und Radiotherapie unterzogen worden. Seither habe sie bekannte Schmerzen im Abdomen, in Armen und Beinen und eine generalisierte Müdigkeit. Die Prognose sei mässig (Ziff. 1.4). Die Arbeitsunfähigkeit sei vom Hausarzt ausgestellt worden (Ziff. 1.6). 3.

#### **E. 8.2**

(mit weiteren Hinweisen) fest,

je mehr medizinisches Ermessen bei der Stellung einer Diagnose und der ärztlichen Einschätzung der Funktionseinschränkungen im Spiel ist, desto wichtiger ist, den gutachterlichen Befund einer Veränderung auf möglichst solide klinische Feststellungen, auf gutachterliche Verhaltensbeobachtungen und anamnestiche Daten zu stützen und diese

Elemente in Beziehung zu den medizinischen Vorakten und den dort gesetzten Anknüpfungstatsachen zu bringen. Nur so kann dem Gutachten hinreichend zuverlässig entnommen werden, dass die in den Schlussfolgerungen beschriebene Differenz nicht wesentlich einer unterschiedlichen Wertung zuzu schreiben ist. Auf der anderen Seite darf die Notwendigkeit, eine bloss andere Beurteilung nicht als Anlass einer materiellen Revision gelten zu lassen, nicht dazu führen, dass die Anforderungen an den Nachweis einer Veränderung so hoch angesetzt werden, dass die ursprüngliche Festlegung praktisch perpetuiert wird. Dies gilt insbesondere für psychiatrische Beurteilungen, bei denen praktisch immer ein Spielraum besteht, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Hier können die Beurteilungen nicht immer lückenlos mit Tatsachenschilderungen unterlegt werden. Bei einer stark ermessens geprägten Einschätzung, die weniger auf Messung und anderweitig normierter Feststellung als auf interpretationsbedürftigen Befundtatsachen beruht, kann etwa eine Auseinandersetzung mit der Genese des Gesundheitsschadens, den das Krankheitsgeschehen unterhaltenden Faktoren, für den Nachweis einer tatsächlichen Veränderung besondere Bedeutung erlangen . 6.6

Nach dem Gesagten vermögen die Gutachter ohne irgendwelche Bezugnahme zur Fatigue -Symptomatik nicht

aufzuzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben .

Dem Gutachten fehlt es an einer Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und Interaktionen der somatischen, psychischen und sozialen Faktoren, welche unter anderem das CrF beeinflussen.

Zusammenfassend lassen die vorliegenden medizinischen Akten damit keine abschliessende Beurteilung über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu. Insbesondere mangelt es vorliegend an einer nachvollziehbaren und umfassenden Auseinandersetzung, inwiefern sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der ursprünglichen Rentenzusprache verändert haben soll. Angesichts der Komplexität und Multikausalität der Fatigue -Symptomatik fehlt es an einer sorgfältigen differentialdiagnostischen und damit fundierten und umfassenden polydisziplinären Abklärung, welche unter anderem die multikausalen Aspekte sowie die Wechselwirkungen der Fatigue mit der depressiven Begleit- und Schmerzsymptomatik eingehend beleuchtet . Angesichts des im psychiatrischen Gutachten differentialdiagnostisch erwähnten neuropathischen Schmerzes, wird sich das polydisziplinäre Gutachten auch damit auseinandersetzen haben.

Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin kann somit bei gegebener Akten- und Rechtslage nicht abschliessend auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit der ursprünglichen Rentenzusprache mit Verfügung vom 16. Mai respektive 7. Juli 2014 geschlossen werden. Die angefochtene Verfügung vom 1.

November 2017 ist folglich aufzuheben und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 7. 7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis

IVG ) und auf Fr. 900.-- anzusetzen und, da die Rückweisung an die Verwaltung nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsiegen gilt (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts U 199/02 vom 10. Februar 2004 E. 6, mit Hinweis auf BGE 110 V 57 E. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 E. 3), ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen ( Art. 69 Abs. 1 bis

IVG ). 7.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. Die teilweise obsiegende und anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 3'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 1. November 2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 3'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne von Aesch - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG ). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG ).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,

soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG ). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Mosimann P. Sager

#### **E. 9**

Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3. 3 ) berichtete am 23. Oktober 2013 ( Urk. 6/52) über eine Nachkontrolle und führte im Wesentlichen aus, 15 Monate nach Ende der Radiotherapie berichte die Beschwerdeführerin über ein mässiges Allgemeinbefinden. Sie habe viel Rücken- und Gliederschmerzen, sei generell schnell erschöpft. Nach einer Stunde Hausarbeit sei sie völlig erledigt und müsse den ganzen Tag ausruhen. Das Heimvelo könne sie maximal eine Minute treten, dann habe sie keine Kraft mehr. Insgesamt habe sie Gewicht zugekommen und ihre Stelle sei fristlos gekündigt worden. Die radiologische Untersuchung mit CT Abdomen vom August 2013 habe kein Hinweis auf Lokalrezidiv oder Metastasen ergeben (S. 1). Klinisch und radiologisch bestehe eine komplette Remission. Es bestehe ein ausgeprägtes Fatigue -Syndrom mit depressiver Begleitkomponente. Die Evaluation des Hormonstatus erscheine sinnvoll (S. 2). 3.

#### **E. 10**

Dr. med. Y.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 13. November 2013 ( Urk. 6/53) aus, die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 18. Dezember 2012 bei ihr in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung wegen einer Anpassungsstörung mit depressivem Zustandsbild in Folge einer Reihe von schweren psychosozialen Belastungsfaktoren (ICD-10 F43.21) bei einer bis anhin emotional empfindlichen zur Perfektionismus neigenden Persönlichkeitsstruktur. Darüber hinaus bestehe eine chronische Erschöpfung (ICD-10 F48.0) nach einer Reihe von belastenden Lebensereignissen, wie die dreifache Operation wegen dem Adenokarzinom des rechten Ovariums und Adenokarzinom der Cervix uteri mit nachfolgender Bestrahlung und Chemotherapie (S. 1 Mitte). Die geschilderten Symptome (depressive Stimmungslage, Erschöpfung, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen) verbunden mit einer Reihe körperlicher und physischer Einschränkungen nach der Operation des Adenokarzinoms seien die Gründe der weiterhin bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit (S. 3 unten).

#### **E. 12**

mit Verfügung vom 16. Mai respektive 7. Juli 2014 als zweifellos unrichtig einzustufen sind (vgl. vorstehend E. 1. 2-4 ). 5.2

Der ursprünglichen

Rentenzusprache mit Verfügung vom 16. Mai 2014 lagen im Wesentlichen die Berichte des Z.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.2, E. 3.6 und E.

3.8), die Berichte

der behandelnden Onkologin Dr. A.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E.

3.3-5, E. 3.7 und E. 3.9), der Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr.

Y.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.10) sowie der Bericht des Hausarztes Dr. C.\_\_\_\_ (vgl.

vorstehend E. 3.11) zugrunde. In Würdigung dieser Berichte hielt RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 17. Januar 2014 fest, aufgrund der in Folge der intensiven Krebstherapie bestehenden ausgeprägten Fatigue mit depressiver Begleit- und

Schmerzsymptomatik , sei die allgemeine körperliche Belastbarkeit (Ausdauer, Arbeitstempo) und auch die geistig-seelische Leistungsfähigkeit (Konzentration, Genauigkeit) in einem Ausmass eingeschränkt, welches eine verwertbare Arbeitsfähigkeit nicht zulasse (vgl. vorstehend E. 3.12).

Gestützt darauf ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass die Beschwerdeführerin seit dem 1. Oktober 2011 in ihrer Arbeitsfähigkeit zu 100 % eingeschränkt sei, weshalb sie einen Invaliditätsgrad von 100 % ermittelte (vgl.

Feststellungsblatt vom 20. Januar 2014, Urk. 6/60). 5. 3

Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin wurde die ganze Rente mit Verfügungen vom 16.

Mai respektive 7. Juli 2014 (Urk. 6/72-73) auf der Grundlage einer vertretbaren medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor dem Hintergrund der damaligen Sach- und Rechtslage zugesprochen, was nicht als offensichtlich unrichtig erscheint.

Soweit die Beschwerdegegnerin die Ansicht vertritt, dass in den ursprünglichen Rentenzusprache zugrundeliegenden Akten keine klare Abgrenzung der Auswirkungen der somatischen und psychiatrischen Diagnosen ersichtlich sei und auch aus der Stellungnahme des RAD nicht klar hervorgehe, aufgrund welcher Diagnosen die 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei (vgl. Urk. 2 S. 2, Urk. 6/105 S. 2), kann ihr nicht gefolgt werden. Die Beschwerdegegnerin lässt dabei ausser Acht, dass bei der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache sowohl von Seiten der behandelnden Ärzte (vgl.

vorstehend E. 3.2-11) als auch vom RAD-Arzt Dr.

D.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E.

3.12) unter anderem

eine ausgeprägte Fatigue

festgehalten wurde, welche im Zusammenhang mit der Krebserkrankung und deren intensiven Behandlung auftrat. Auch wenn nicht explizit genannt, ist aufgrund der bestehenden Aktenlage („Fatigue nach intensiver Krebstherapie“, Urk. 6/60/8) mit Überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es sich bei der von den behandelnden Ärzten wie auch von Dr. D.\_\_\_\_ des RAD genannten Fatigue um eine tumorassoziierte oder krebssbedingte Fatigue (Cancer - related

Fatigue, CrF) handelte. Zwar diagnostizierte die behandelnde Psychiaterin eine chronische Erschöpfung und codierte diese mit ICD-10 F48, was der Diagnose einer Neurasthenie entsprechen würde. Die Diagnose stellte sie aber gleichzeitig in den Zusammenhang mit belastenden Lebensereignissen, wie der dreifachen Operation infolge Krebserkrankung mit Bestrahlung und Chemotherapie (vgl. vorstehend E.

3.10). Aufgrund der eindeutigen Bezugnahme auf die Krebserkrankung, welche sich wiederum auch in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit widerspiegelt, ist davon auszugehen, dass auch die behandelnde Psychiaterin von einer CrF ausging. Da die CrF jedoch noch nicht als eigene Krankheitsentität Eingang in die ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten verwandter Gesundheitsprobleme) gefunden hat, ist mit Überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die behandelnde

Psychiaterin stattdessen auf eine vorhandene Diagnose zurückgriff. 5.4

Zur krebsbedingten Fatigue hielt das Bundesgericht in BGE 139 V 346 in Erwägung 3.2 (mit Hinweisen) folgendes fest: Bei der CrF handelt es sich um ein multidimensionales Syndrom, unter dem die Mehrheit der Krebspatientinnen und -patienten während der Therapie leidet. Die CrF kann viele Jahre nach Therapieabschluss andauern und wird durch physische, psychologische und auch soziale Faktoren beeinflusst. Alle Erklärungsmodelle zur Ursache und Entstehung von Müdigkeits- und Erschöpfungssyndromen gehen von komplexen und multikausalen Vorgängen aus. Bei der CrF können diese durch den Tumor bedingt oder Folge der Therapie, aber auch Ausdruck einer genetischen Disposition, begleiten der somatischen oder psychischen Erkrankungen, wie auch verhaltens- oder umweltbedingter Faktoren sein. So besteht Evidenz für metabolische Ursachen, endokrinologische und neurophysiologische Veränderungen und Cytokine. Chemo- und radiotherapeutische Behandlungsschemata scheinen eine Rolle zu spielen, wobei der Toxizität der Behandlung selbst, wie auch der Akkumulation zerstörter Tumorzellprodukte ätiologische Bedeutung zukommt. Diskutiert wird auch die These, dass die Energieanforderungen durch die Tumorerkrankung oder durch die Begleitsymptomatik einen Einfluss haben oder die möglicherweise durch den Tumornekrosefaktor mitbedingte Verminderung der Skelettmuskelmasse eine Rolle spielen kann. Es werden verschiedene pathophysiologische Faktoren diskutiert und bei der häufig stark verminderten körperlichen Leistungsfähigkeit als Ursachen vornehmlich Veränderungen in kortikalen und spinalen Zentren der Sensomotorik wie auch solche des muskulären Erregungs- und Energiestoffwechsels beschrieben.

In Erwägung 3.3 des genannten Urteils hielt das Bundesgericht weiter fest: Ursachen und Entstehung der CrF sind demnach nach derzeitigem Forschungsstand nicht ganz geklärt. Es besteht in der medizinischen Fachwelt aber Einigkeit darüber, dass sie komplex sind und, wie dargelegt, somatische, emotionale, kognitive und psychosoziale Faktoren zusammenspielen. Die CrF kann - auch wenn zu grundlegenden internistischen oder psychiatrischen Erkrankungen behandelt worden sind - in 30 bis 40 % noch längere Zeit nach Therapieabschluss andauern. Diese (hier vorliegende) chronische Fatigue wird in Zusammenhang gebracht mit der Krankheitsverarbeitung oder langfristigen Anpassungsproblemen. Sie wird aber auch als mögliche Spätfolge der Therapie im Bereich von Störungen des Stoffwechsels oder der psychovegetativen Selbstregulation des Körpers gesehen.

In Erwägung 3.4 (mit Hinweis) hielt das Bundesgericht schliesslich fest: Definitiv und bedingt tritt diese Form der Fatigue zwingend in Zusammenhang mit einer Krebserkrankung auf. Ein Hinweis auf die Einordnung in die somatoformen Störungen findet sich in der medizinischen Literatur nicht. Damit grenzt sich die tumorassoziierte Fatigue auch klar vom Chronic

Fatigue Syndrome (CFS; ICD-10 G93.3) als eigenständiges Krankheitsbild ab, wenngleich die CrF noch nicht als eigene Krankheitsentität Eingang in die ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) gefunden hat. Es bestehen aber von der Fatigue-Coalition definierte Diagnosekriterien analog zu ICD-10-Kriterien.

Als Begleitsymptom onkologischer Erkrankungen und ihrer Therapie liegt der CrF zumindest mittelbar eine organische Ursache zugrunde, weshalb es sich mit der Vorinstanz

nicht rechtfertigt, sozialversicherungsrechtlich auf die tumorassoziierte Fatigue die zum invalidisierenden Charakter somatoformer Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze ( BGE 130 V 352) analog anzuwenden. 5. 5

Vorliegend war die von der IV-Stelle zum Zeitpunkt der Rentenzusprache gewählte Interpretation der medizinischen Grundlagen, welche für die Rentenentscheidung massgebend waren, durchaus vertretbar. Die medizinischen Akten, welche die Grundlage für die erstmalige Rentenverfügung bildeten, mögen vor dem Hintergrund der multidimensionalen Aspekte der CrF als eher knapp und nicht besonders umfangreich erscheinen. Die Beschwerdegegnerin konnte sich seinerzeit für die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung des Leistungsvermögens von 100 % aber auf zahlreiche Berichte der behandelnden Fachärzte (vgl. vorstehend E. 3.2-11) stützen, welche aussagekräftig und in Anbetracht der bisherigen medizinischen Aktenlage nachvollziehbar waren und somit keine wesentlichen Ungereimtheiten oder gar Widersprüche enthielten, so dass weitere ärztliche Abklärungen nicht unabdingbar waren, auch wenn anfänglich noch zum Teil von einer gewissen Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit ausgegangen worden war. Dies ergab denn auch die Einschätzung des RAD (vgl.

vorstehend E. 3.12), welcher die 100 %ige Arbeitsunfähigkeit als medizinisch ausgemessen erachtete.

Mit Blick auf die multidimensionalen Aspekte der CrF (vgl. vorstehend E. 5. 4) kann der Ansicht der Beschwerdegegnerin, wonach bei der ursprünglichen Rentenentscheidung eine Vermischung der verschiedenen psychischen und körperlichen Einschränkungen gemacht worden und

die Aktenlage deshalb unklar und weiter abklärungsbedürftig gewesen sei (vgl. Urk. 2 S. 2, Urk. 6/105/3), ebenfalls nicht gefolgt werden. Die Beschwerdegegnerin verkennt, dass bei der CrF somatische, emotionale, kognitive und psychosoziale Faktoren zusammen spielen (vgl. vorstehend E. 5. 4) und die Beantwortung der Frage nach der invalidisierenden Wirkung daher nicht einzig mit Blick auf die depressive Begleitsymptomatik beurteilt werden kann. Entsprechend erweisen sich auch die diesbezüglichen Schlussfolgerungen der Beschwerdegegnerin, wonach die Erschöpfung gemäss Bericht der behandelnden Psychiaterin eine direkte Folge der psychosozialen Belastungsfaktoren darstelle und ihr deshalb aus rechtlicher Sicht keine eigenständige invalidisierende Bedeutung zukomme (vgl. Urk. 6/105/2), vorliegend als wenig stichhaltig.

So wird die CrF neben somatischen und psychischen gerade auch von (psycho)sozialen Faktoren beeinflusst (vgl. vorstehend E. 5.4). 5.6

Wenn die Beschwerdegegnerin letztlich gestützt auf das im Rahmen der vorliegenden Rentenrevision eingeholte Gutachten zum Schluss gelangt, dass niemals eine nennenswerte Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, verkennt sie, dass damit die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenzusprache noch nicht erstellt ist. So ist

unter dem Rechtstitel der Wiedererwägung nicht entscheidend, ob die von der Beschwerdegegnerin bejahte, den Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründende Invalidität unter Berücksichtigung sämtlicher Teilaspekte richtig und angemessen war, sondern ob sie mit Blick auf die damalige Sach- und Rechtslage insgesamt als vertretbar erscheint.

Dass die ursprüngliche Rentenzusprache auf einer offenkundig unrichtigen, widersprüchlichen oder unvollständigen Aktenlage beruhte, ergibt sich nach dem Gesagten nicht. Angesichts des im Zeitpunkt der ursprünglichen Verfügung bestehenden multikausalen und komplexen Beschwerdebildes erscheint die Annahme einer durch das CrF bedingten (vorübergehenden) vollständigen Arbeitsunfähigkeit vor dem Hintergrund der damals bestehenden

Aktenlage insgesamt als vertretbar und nicht zweifellos unrichtig.

Bei gemischten oder komplexen Beschwerdebildern der hier vorliegenden Art, welche sich auf Grund ihrer Komplexität, Subjektivität, Unbestimmtheit und persönlichkeitsbedingten Einflüssen nur schwerlich erfassen lassen, bedeutet die Stellungnahme zur Arbeitsunfähigkeit immer einen Ermessensentscheid, der nur dann als qualifiziert, eben zweifellos unrichtig, bezeichnet werden kann, wenn die fachmedizinischen Abklärungen der beteiligten Disziplinen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt worden sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_307/2011 vom 23. November 2011 E. 3.2).

5.7

Zusammenfassend steht fest, dass weder eine Nichtanwendung von massgeblichen Bestimmungen noch eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes in Form einer unrichtigen Feststellung oder Würdigung des Sachverhaltes vorlag. Die Beurteilung materieller Anspruchsvoraussetzungen weist gerade im Bereich der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit und Beweiswürdigung notwendigerweise Ermessenszüge auf (vgl. vorstehend E. 1.4). Solange in diesen Fällen keine Missbräuchlichkeit oder eine anderweitige qualifizierte Fehlerhaftigkeit mit der Ermessensbetätigung einhergeht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_575/2007 vom 18. Oktober 2007 E. 3.3), sondern diese - wie vorliegend - vertretbar ist, darf nicht auf eine zweifellose Unrichtigkeit geschlossen werden. Angesichts dieser Umstände ist der Rentenentscheid vom 16. Mai respektive 7.

Juli 2014 nicht zweifellos unrichtig. 6. 6.1

Es bleibt zu prüfen, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art.

## **E. 17**

ATSG vorliegt (vgl. vorstehend E. 1. 2). Ob eine revisionsrechtlich erhebliche Veränderung eingetreten ist, ergibt sich aus dem Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Rentenzusprache mit Verfügung vom 16. Mai respektive 7. Juli 2014 (Urk. 6/72, Urk. 6/73) bestand mit jenem zur Zeit der strittigen Verfügung vom 1. November 2017 (Urk. 2). 6.2

Im Rahmen der im August 2016 eingeleiteten Rentenrevision (vgl. Urk. 6/85, Urk. 6/86) holte die Beschwerdegegnerin unter anderem ein psychiatrisch-rheumatologisches Gutachten ein. Die Gutachter diagnostizierten weder aus psychiatrischer noch aus rheumatologischer Sicht eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und hielten dazu fest, dass nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (vgl. vorstehend E. 4.7-9). 6.3

Bei einer Rentenrevision hat die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung indessen durch die Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes zu erfolgen. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer

entscheidenden Differenz in den - den medizinischen Gutachten zu entnehmenden -  
Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befundes und seiner  
funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung. Sie erfolgt aber  
nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidend, soweit sie tatsächlich einen  
Unterschied zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks  
Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich davon ab, ob es sich ausreichend auf  
das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhaltes also - bezieht. Einer für  
sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen  
Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung  
beweisend wäre,

mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von  
einer

früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht,  
inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat (Urteil  
des Bundesgerichts 8C\_889/2015 vom 29. September 2016 E. 3.2 mit Hinweisen) . 6.4

Aus revisionsrechtlichen Gesichtspunkten vermag das von der Beschwerde gegen  
eingeholte Gutachten nicht zu überzeugen. Die Gutachter verneinten rückblickend das  
Vorliegen einer Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und setzten sich dabei  
mit der Fatigue -Symptomatik nicht auseinander. Dies obwohl die ursprüngliche  
Rentenzusprache im Wesentlichen aufgrund der ausgeprägten CrF mit depressiver Begleit-  
und Schmerzsymptomatik (vgl.

vorstehend E. 5) erfolgte. Zumindest im Hinblick auf die Schmerzsymptomatik hielt der  
psychiatrische Gutachter fest, dass diese im zeitlichen Zusammenhang mit der adjuvanten  
Chemotherapie aufgetreten sei und es sich hierbei um neurotoxische Medikamente  
gehandelt habe (vgl. vorstehend E. 4.7) . Der in diesem Zusammenhang  
differentialdiagnostisch erwähnte neuropathische Schmerz wurde weder durch die  
Gutachter noch die Beschwerdegegnerin weiter abgeklärt. Der psychiatrische Gutachter,  
welcher auch einen Facharztstitel als Neurologe innehat, führte einzig aus, dass aus dem  
Aktenmaterial nicht hervorgehe, dass die Beschwerdeführerin jemals neurologisch  
untersucht worden sei (vgl. vorstehend E. 4.7).

In Auseinandersetzung mit den Vorakten wären die Gutachter gehalten gewesen, sich auch  
mit der ausgeprägten Fatigue -Symptomatik auseinanderzusetzen und zu begründen,  
weshalb diese entgegen der Einschätzung der behandelnden Ärzte nicht mehr oder nie  
vorhanden gewesen sei oder nunmehr keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit begründe  
.

Damit ist unklar, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang sich die CrF  
sowie

Auswirkungen und Wechselwirkungen zwischen somatischen, psychischen und sozialen  
Faktoren seit der ursprünglichen Rentenzusprache verändert haben. Vielmehr liessen es  
die Gutachter im Wesentlichen mit der Aussage dabei bewenden, dass nie eine  
langandauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (vgl. Urk. 6/98/65) und äusserten sich  
damit zum Beweisthema einer erheblichen Änderung des Sachverhaltes (vgl. vorstehend E.  
6.3)

im Hinblick auf die ausgeprägte Fatigue -Symptomatik nur unzulänglich.

Zur (Zusatz-)Frage der Veränderung seit der letzten Revision äussert e sich einzig der psychiatrische Gutachter und bezieht sich darin auf den Bericht der behandelnden Psychiaterin, welche einen stabilisierten psychischen Gesundheitszustand beschreibe . Weiter führte der psychiatrische Gutachter aus, die depressive Stimmungslage sei jedoch dominierend von IV fremden Gründen bedingt, wie dies bereits im Jahr 2013 ebenfalls der Fall gewesen sei (vgl. Urk. 6/98/65). Damit führte der psychiatrische Gutachter gleich selbst aus, dass sich der Gesundheitszustand fraglich verändert hat.

Dass im Gutachten keine Verbesserung des Gesundheitszustandes beschrieben wurde, erkannte bei dessen Würdigung offenbar auch der RAD. Dennoch ver suchte Dipl.-Med. I. \_\_\_ in ihrer Stellungnahme behelfsmässig eine Ver besse rung herzuleiten und führte aus, der Umstand, dass die Tumor erkrankung inzwi schen als überwunden gelte und sämtliche Nachunter suchungen unauffällig ver laufen seien, könne aus versicherungs medizinischer Sicht al s Verbesserung gewertet werden, wenngleich die Tumorfreiheit bereits bei der letzten RAD Stellung nahme bestanden habe (vgl. vorstehend E. 4.10) . Auch Dipl.-Med. I. \_\_\_ lässt dabei ausser Acht, dass nicht der Tumor an sich, sondern das damit zusammenhängende Fatigue -Syndrom und dessen Begleiterscheinungen zur ursprünglichen Rentenzusprache geführt hatte n und verkennt schliesslich, dass eine CrF viele Jahre nach Therapieabschluss andauern kann (vgl. vorstehend E.

5.4). 6.5

Wie dargelegt, handelt es sich bei der CrF um ein komplexes und multi dimen sionales Syndrom, welches nicht eindeutig zuordenbar ist , womit auch die Beur teilung der Arbeitsfähigkeit als stark ermessensgeprägt anzusehen ist .

Zum medizinischen Ermessen im Rahmen einer revisionsweisen Beurteilung hielt das Bundesgericht im Urteil des Bundesgerichts 9C\_71/2015 vom 2 9. September 2015 in Erwägung E.

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