

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00074 vom 1. Februar 2006**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-02-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00074](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00074)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00074 du 1 février 2006

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00074 del 1 febbraio 2006

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 1.3**

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).

#### **E. 1.4**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2). 1. 5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung vom 1. Dezember 2017 (Urk. 2) zur Hauptsache, aus den medizinischen Unterlagen gehe hervor, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert habe. Sie sei in einer Tätigkeit ohne hohe intellektuelle Leistungsansprüche 70 % arbeitsfähig. Basierend auf einem Einkommensvergleich resultiere somit ein Invaliditätsgrad von 48 %, womit ab Dezember 2017 noch ein Anspruch auf eine Viertelsrente

bestehe (S. 3). 2.2

Dagegen wendet die Beschwerdeführerin (Urk. 1) in formeller Hinsicht im Wesentlichen ein, der Sozialversicherungsträger habe ohne ihr Wissen Zusatzfragen gestellt. Somit sei das rechtliche Gehör verletzt worden. Sodann stelle der Bericht der RAD-Ärztin eine unzulässige «Second Opinion» dar und sei daher aus dem Recht zu weisen (S. 9).

In materieller Hinsicht beanstandet sie zusammengefasst, dass die Einwände der Beschwerdegegnerin, weshalb nicht auf das Z. \_\_\_ Gutachten abgestellt werden könne, nicht verfangen würden (S. 11). Auf dieses Gutachten

könne und müsse abgestellt werden, und auf die tumorassoziierte Fatigue sei die Schmerzrechtsprechung nicht anwendbar (S. 13). Demgegenüber sei die Meinung der RAD-Ärztin beweisrechtlich nicht einem Gutachten gleichzusetzen (S. 14). Mangels einer nachgewiesenen Veränderung bestehe der Rentenanspruch weiter hin (S. 14 f.).

2.3

Vergleichszeitpunkt für eine revisionsrechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführer in bildet die Mitteilung der Beschwerdegegnerin vom

6. Juni 2014 ( Sachverhalt 1.3; Urk. 6/219) , mit welcher sie die ganze Invalidenrente der Beschwerdeführerin bestätigte (E. 1.4 hiervor) . 3. 3.1

Der Mitteilung vom 6. Juni 2014 lagen im Wesentlichen nachstehende medizinische Unterlagen zugrunde: 3.2

Der Hausarzt Dr. Y.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 20. Januar 2014 (Urk. 6/210/6-9) unter Verweis auf die Berichte der A.\_\_\_\_ AG vom 7. Mai 2012 (ambulante Behandlung vom 27. Juli bis 19. Dezember 2011; Urk. 6/210/10-13), der behandelnden Psychiaterin Dr. B.\_\_\_\_ vom 15. November 2013 (Urk. 6/210/14-16) sowie des C.\_\_\_\_ vom 7. November 2013 (Urk. 6/210/17-18) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (S. 1): - Invasiv duktales Mammakarzinom rechts pT1 pN2a (9/10) M0, G3 - Status nach Tumorektomie und axillärer

Lymphadenomie 22. Dezember 2011 - Status nach Verkehrsunfall 2002 mit - Mehrfacher Unterschenkelfraktur - Chronischem cervico-cephalem Beschleunigungstrauma - Reaktive Depression mit raschem Erschöpfungszustand - Mediale Diskushernie L5/S1 mit - Nervenkompressionsschmerzen

Im Weiteren bestätigte er die von Dr. B.\_\_\_\_ bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit und führte aus, die Beschwerdeführerin befinde sich nach wie vor in einem Erschöpfungszustand, sei stressintolerant und habe Panikattacken sowie Angstzustände. Eine Wiederaufnahme der Arbeit sei aus seiner Sicht nicht möglich (S. 2). 3. 3

In ihrem Bericht vom 14. November 2014 (Urk. 6/207) hielt die behandelnde Psychiaterin Dr. med. B.\_\_\_\_ , Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin Neurologie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 1): - Rezidivierende depressive Episode, aktuell mittelgradig (ICD-10 F33.1) - Bösartige Neubildung in Eigenanamnese (ICD-10 Z85) - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung nach Polytrauma (ICD

### **E. 1.5**

in fine ; vgl. Art. 60 Abs. 1 BZP). Soweit nun die Beschwerdegegnerin nach Erstattung des polydisziplinären Gutachtens vom 4. Juli 2017 den Gutachtern der Z.\_\_\_\_

am 17. Juli 2017 (Urk. 6/273) Zusatzfragen stellte, ohne diese

der Beschwerdeführerin vorgängig zur Kenntnis zu bringen und ihr Gelegenheit einzuräumen, sich ihrerseits dazu zu äussern, Einwände zu erheben und Zusatzbeziehungsweise Ergänzungsfragen zu stellen (Urk. 1 S. 8 f.), verletzte sie den Anspruch der Beschwerdeführerin auf rechtliches Gehör

( Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung [ KSVI ]

Rz 208 3 ) .

Indes konnte die Beschwerdeführerin in diesem Beschwerdeverfahren vor einem den Sachverhalt und die Rechtslage frei prüfen den Gericht ( vgl. Art. 61 lit .

c und d ATSG; BGE 132 V 387 E.

5.1 ) umfassend zu den vorliegenden Beweis mitteln Stellung nehmen und sich zu allen Aspekten des Verfahrens äussern (vgl. Urk. 1) . Es wäre ihr zudem auch möglich gewesen, neue Beweismittel ein zu bringen beziehungsweise ihrerseits Ergänzungs fragen zu formulieren, was sie unterlassen hat. Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass der festgestellte Gehörmangel im vorliegenden Rechtsmittelverfahren geheilt wurde . 5.2

Im Weiteren monierte die Beschwerdeführerin, die auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin von deren eigenem RAD überlassene Stellungnahme sei als rechts widrige « second

opinion » unbeachtlich (Urk. 1 S. 9). Soweit ersichtlich, nimmt die Beschwerdeführerin Bezug auf die im vom 10. Oktober 2017 (Urk. 6/280) datierenden Feststellungsblatt für den Beschluss vermerkte Stellungnahme der RAD-Ärztin dip l .-med.

L. \_\_\_ vom 6. Oktober 2017 (S. 9). Hierzu ist festzuhalten, dass die Frage betreffend eine « second

opinion » rechtsprechungs gemäss von Beginn weg nur Gutachten beschlagen kann (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.3.1). Sodann besteht die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen ( Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen ), wobei RAD-Berichte als versicherungsinterne Dokumente von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.4 ). Bereits daraus erhellt, dass die Stellungnahme des RAD der Beschwerdegegnerin keine unzulässige second

opinion darstellen kann, erfolgte diese doch gerade pflicht gemäss , um der Verwaltung in versicherungsmedizinischer Würdigung des medizinischen Sachverhaltes eine Hilfestellung zur Entscheidungsfindung zu gewähren und ohne den Anspruch auf ein beweiskräftiges Gutachten zu erheben . 6.

## **E. 6**

/2).

### **E. 6.1**

Gestützt auf die medizinischen Akten erweist sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht seit dem massgebenden Vergleichszeitpunkt ( 6. Juni 2014, vgl. E. 2.3) unbestrittenermassen als unverändert und es bleibt bei einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % in einer angepassten Tätigkeit (E. 4.5.3, E. 4.6). Ebenfalls unbestritten ist der daraus resultierende Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Viertelsrente .

### **E. 6.2**

Im Vergleichszeitpunkt lagen ferner eine mittelgradige Depression sowie eine nur möglicherweise auf die Chemo- und Radiotherapie zurückzuführende ( Urk. 6/207 Ziff. 1.4) - nicht näher bezeichnete « Fatigue » vor, und der Beschwerde führerin wurde zufolge einer verminderten physischen sowie psychischen Belastbarkeit insgesamt eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert (vorstehend E. 3). Im Vergleich dazu verneinten die Gutachter

der Z.\_\_\_\_ aus psychiatrischer Sicht das Vorliegen einer Depression und ordneten die erhobenen Befunde einer Anpassungsstörung zu, aus welcher eine Einschränkung von 10 % resultiere. Ferner diagnostizierten sie aus onkologischer Sicht eine tumorassoziierte

Fatigue und Schulter-/Armschmerzen rechts, wobei sie aus polydisziplinärer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von 80 % ausgingen. Zur tumorassoziierten

Fatigue hielt der Teilgutachter fest, dass der Zustand im Vergleich zu 2012 unverändert und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % nachvollziehbar sei; da die Beschwerdeführerin sich aber in der Selbsteinschätzung für 20 % arbeitsfähig halte, sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 80 % auszugehen. Strittig und zu prüfen ist, ob diesbezüglich ein veränderter Gesundheitszustand und damit ein Revisionsgrund vorliegt. 6. 3

Krebsbedingte Fatigue (Cancer- related

Fatigue , CrF ) ist 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. In der medizinischen Fachwelt besteht Einigkeit darüber, dass Ursache und Entstehung komplex sind und somatische, emotionale, kognitive und psychosoziale Faktoren zusammenspielen. Die CrF kann in 30 bis 40 % der Fälle noch längere Zeit nach Therapieabschluss andauern. Definitionsbedingt 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 nicht als eigene Krankheitsentität Eingang in die ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) gefunden hat. Als Begleitsymptom onkologischer Erkrankungen und ihrer Therapie liegt der CrF zumindest mittelbar eine organische Ursache zugrunde, weshalb eine analoge Anwendung der für somatoforme Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze sich nicht rechtfertigt (BGE 139 V 346 E. 3.2-3.4 mit weiteren Hinweisen). Die tumorassoziierte Fatigue unterliegt somit – anders als psychische Erkrankungen – nicht dem strukturierten Beweisverfahren und die Prüfung des Leistungsvermögens nicht den in diesem Verfahren geltenden Standardindikatoren. Indessen besteht auch bei der

CrF keine Korrelation zwischen Diagnose und Arbeitsunfähigkeit; vielmehr ist massgebend, ob und in welchem Ausmass die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C\_799/2014 vom 20. Februar 2015 E. 3.3.1). 6. 4

Dr. I.\_\_\_\_ zog zur Objektivierung der CrF den «Brief- Fatigue - Inventory » bei (S. 82 f.) und zeigte im Gutachten detailliert die zur Begründung der Diagnose herangezogenen Kriterien auf, wobei er einschränkend auch auf das Fehlen all gemein akzeptierter Kriterien für die Diagnosestellung hinwies. Der Umstand, dass er auf die Schwierigkeiten bei der Objektivierung und Quantifizierung - und auch auf die hohe Bedeutung der Selbsteinschätzung durch die Beschwerdeführerin - hinwies , schmälert den Beweiswert seiner Einschätzung nicht, zumal es sich bei den Erschöpfungs- und Müdigkeitszuständen um interpretationsbedürftige Befunde handelt, deren unterschiedliche Erfassung und Bewertung durch medizinische Sachverständige bis zu einem gewissen Grad in der Natur der Sache liegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_799/2014 vom 20. Februar 2015 E.

3.3.2). Vor diesem Hintergrund erscheint das Gutachten hinsichtlich der Diagnose eine r CrF grundsätzlich als überzeugend.

#### **E. 6.5**

Dr. I.\_\_\_\_ ging hinsichtlich der CrF im Verlauf von einem unveränderten Gesundheitszustand aus, ohne darauf einzugehen, dass 2014 lediglich von einer nicht näher spezifizierten und nur möglicherweise tumorassoziierten Fatigue die Rede war (vgl. E. 6.2). Die Arbeitsfähigkeit bezeichnete er ebenfalls als unverändert, ohne zum Anteil der damals diagnostizierten Fatigue an der attestierten vollen Arbeitsunfähigkeit Stellung zu beziehen. Das Gutachten erscheint dem nach hinsichtlich der Beurteilung des Verlaufs – wozu es sich im Revisionsverfahren rechtsprechungsgemäss zwingend zu äussern hat ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_889/2015 vom 29. September 2016 E. 3.2 ) - nicht als schlüssig.

Was die Arbeitsfähigkeitsschätzung angeht, so ging Dr. I.\_\_\_\_ von einer mittel- bis schwergradig ausgeprägten CrF (S. 82 Mitte, S. 83 oben) aus und hielt eine volle Arbeitsunfähigkeit für nachvollziehbar, stellte aber – ohne dies näher zu diskutieren – aufgrund der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin auf eine solche von 80 % ab (S. 89). Wohl erhob er die Angaben der Beschwerdeführerin zu den für sie im Alltag resultierenden Einschränkungen (S.

80 unten, S.

82 Mitte), welche hinsichtlich des Ausmasses im Wesentlichen mit den im Fragebogen gemachten Angaben korrelieren. Darüber hinaus unterliess er es aber, aus ärztlicher Sicht aufzuzeigen, wie sich die CrF im Alltag auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkt und die attestierte (hohe) Arbeitsunfähigkeit von 80 % begründet. Zwar erscheint eine solche durchaus als möglich, gerade auch in Anbetracht dessen, dass sich die Beschwerdeführerin im Jahre 2016 offenbar erneut einer Chemotherapie unterzog (vgl. E. 4.4) und dass sie weitgehende Beschwerden schildert. Aktenkundig ist dazu indessen nur die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin. Auch wenn, wie von Dr. I.\_\_\_\_ dargelegt, als Diagnoseinstrument bei der CrF die Selbsteinschätzung durch die Beschwerdeführerin im Vordergrund stehen mag, so entbindet dies den Arzt nicht davon, aus seiner Sicht darzulegen, wie sich die geschilderten Einschränkungen im Alltag und auf die Arbeitsfähigkeit auswirken und wie sich daraus die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 80 % herleitet.

Sodann fehlt auch eine Auseinandersetzung mit der Diskrepanz zwischen der von der Beschwerdeführerin geschilderten und im BFI berücksichtigten Müdigkeit und den Konzentrationsschwierigkeiten einerseits und den davon abweichenden Feststellungen des psychiatrischen Gutachters andererseits ( Urk. 6/270 S. 61 ). Dieser nannte auch einen Anhalt für ein mögliches Aggravationsverhalten, worauf ebenfalls einzugehen gewesen wäre. Immerhin ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass nur einige (wenige) auf ein Aggravationsverhalten deutende Kriterien bejaht, die übrigen Kriterien hingegen mehrheitlich verneint wurden (vgl. vorstehend E. 4.5.5). Sodann ist festzuhalten, dass vor dem Hintergrund der von der Beschwerdeführerin selber gemachten Angaben zu ihrer Alltagsgestaltung und ihrem Aktivitätsniveau

die vom Gutachter attestierte Minderung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 80 % nicht ohne weitere Ausführungen nachvollziehbar ist . So ist die Beschwerdeführerin – trotz gewisser Einschränkungen (vgl. E. 4.5.4) – in der Lage, ihren Alltag alleine zu meistern,

das Essen zuzubereiten, den Haushalt zu erledigen, täglich Spaziergänge zu machen sowie Arzt- und Therapietermine wahrzunehmen; sie vermag ihren Tagesablauf zu strukturieren und besitzt einen regel mässigen Schlafrhythmus ( Urk. 6/270 S. 84 und S. 51 f.) . Eine gutachterliche Auseinandersetzung mit der von der Beschwerdeführerin geschilderten Symptomatik und deren Einfluss auf den Alltag fand – soweit erkennbar – nicht statt.

Zusammenfassend fehlt es dem Gutachten in der Beurteilung sowohl des Verlaufs als auch der funktionellen Auswirkungen der CrF an schlüssigen Aussagen.

#### **E. 6.6**

Unter diesen Umständen lässt sich nicht zuverlässig beurteilen, wie sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verändert hat, weshalb die Beschwerdegegnerin gehalten gewesen wäre, weitere Abklärungen zu tätigen. Ohne andere (dies stützende) fachärztliche Beurteilungen durfte die Beschwerdegegnerin sich nicht über die gutachterliche Beurteilung hinwegsetzen und der diagnostizierten CrF jegliche Arbeitsunfähigkeit absprechen; allein die – ohne eigene Untersuchung – erfolgte Beurteilung der fachfremden RAD-Ärztin genügte hierfür nicht. Soweit sie das Gutachten für ungenügend hielt, hätte sie demnach weitere Abklärungen veranlassen müssen.

In Ermangelung einer zuverlässigen ärztlichen Beurteilung ist ein Revisionsgrund nicht mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit erstellt, wobei trotz der bestehenden Einschränkungen (E. 4.5.4)

durchaus Hinweise auf eine mögliche Verbesserung (E. 6.5) bestehen. Damit ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit sie die offenen medizinischen Fragen kläre und hernach über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 7. 7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art.

69 Abs. 1 bis IVG), auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und dem Ausgang des Verfahrens entsprechend der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7. 2

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung (Art. 61 lit . g ATSG). Die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, der obsiegenden Beschwerdeführerin eine angemessene Prozessentschädigung auszurichten. Diese bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert ( § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht). Die Entschädigung gemäss § 7 Absatz 2 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht ( GebV

SVGer ) kann vom Gericht festgesetzt werden. Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr . 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) sowie unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses rechtfertigt sich vorliegend die Zusprache einer Prozessentschädigung von Fr. 2'200 . - (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer). Das Gericht erkennt: 1.

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

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- 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. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Cristina Schiavi - 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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 Gräub-Frischknecht

## **E. 10**

F43.1) - Panikattacken (ICD-10 F41.0) - Fatigue - Mammakarzinom Erstdiagnose 2012

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit attestierte sie der Beschwerdeführerin vom 11. November 2013 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zufolge einer verminderten physischen sowie psychischen Belastbarkeit (S. 3). 3.4

Die Ärztin des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) der Beschwerdegegnerin gelangte am 28. Februar 2014 (Urk. 6/218) in Würdigung der medizinischen Akten zum Schluss, der behandelnde Hausarzt und die neu involvierte Spezialistin für Psycho-Onkologie würden eine 100 % Arbeitsunfähigkeit bei psychischer und somatisch deutlich eingeschränkter Resilienz beurteilen. Die dargestellten Befunde und die damit verbundene Arbeitsunfähigkeit von

100 % könnten nachvollzogen werden. Eine intensive fachärztliche psychiatrische Behandlung und, wenn als angezeigt beurteilt eine Psychotherapie, seien weiterhin angezeigt und empfohlen. Insgesamt sei die Prognose dennoch eingeschränkt durch das Krebsleiden, den früheren Unfall 2002 und die psychische Problematik bestehend seit dem Unfall und reaktiviert durch das Brustkrebsleiden (S. 3). 4. 4.1

Die am 1. Dezember 2017 (Urk. 2) verfügte Rentenreduktion basiert auf den folgenden ärztlichen Beurteilungen: 4.2

Hausarzt Dr. Y.\_\_\_\_ diagnostizierte in Abweichung zu seinem letzten Bericht vom 20. Januar 2014 (E. 3.3 hiervor) zusätzlich eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Formen (ICD-10 F45.41) bei ansonsten unveränderter Diagnosestellung. Den Gesundheitszustand beurteilte er als stationär und stellte fest, dass nach wie vor die depressive Grundstimmung im Vordergrund stehe (Urk. 6/224/ 5-7 S. 1 ; undatierter Bericht ). 4.3

Vom 7. Juni bis 4. Juli 2015 war die Beschwerdeführerin

zur psychosomatischen Rehabilitation im D.\_\_\_\_ hospitalisiert. Dem Versicherungsbericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 27. Januar 2016 (Urk. 6/237) sind die Hauptdiagnosen eines Erschöpfungszustandes, eines invasiven duktales Mammakarzinoms rechts, eines Status nach Verkehrsunfall 2002, eines Status nach reaktiver Depression mit raschem Erschöpfungszustand, einer medialen Diskushernie L5/S1 mit Nervenkompressionsschmerzen, eines Status nach Ovariektomie rechts bei rupturierter Ovarialzyste Oktober 2004 sowie einer Penicillin- und Jodallergie (Exanthem-Bildung) und Laktoseintoleranz zu entnehmen (S. 1). 4.4

Der behandelnde Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_ wies in seinem Bericht vom 13. Mai 2016 (Urk. 6/241) zuhanden der IV-Stelle auf eine erneute Chemotherapie der Beschwerdeführerin seit Februar 2016 hin (S. 1), ersah keine veränderten Befunde (S. 2) und konstatierte, momentan dürfte eine Arbeitsfähigkeit aufgrund der Gesamtschmerzen kaum gegeben sein (S. 3). 4.5 4.5.1

Die für das polydisziplinäre Gutachten der Z.\_\_\_\_

am 4. Juli 2017 (Urk. 6/270) verantwortlich zeichnenden Ärzte Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt Allgemeine Innere Medizin / Rheumatologie FMH, Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. H.\_\_\_\_ , Fachärztin Allgemeine Innere Medizin FMH, sowie PD Dr. Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt Medizinische Onkologie und Hämatologie, stellten aus interdisziplinärer Sicht die folgenden Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 89 f.): - Tumorassoziierte Fatigue nach Mammakarzinom 2011 - Schmerzen im Arm/Schulterbereich rechts bei/mit chronischem Lymphödem Arm rechts - Chronisch persistierendes Schmerzsyndrom Unterschenkel rechts - Retropatelläre

Chondromalazie IV rechts (MRI 15. März 2017 ) - Chronisches Cervicalsyndrom - Rezidivierendes Thoracolumbovertebralsyndrom

- Prolongierte Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (DSM-5: 309.4)

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten sie zur Hauptsache (S. 90): - Invasiv duktales Mammakarzinom rechts, Erstdiagnose Dezember 2011 - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) - Rupturierte Ovarialzyste (Erstdiagnose Oktober 2004) - Aktenanamnestisch Penicillin- und fraglich Jodallergie (Exanthem) - Aktenanamnestisch Laktoseintoleranz und Glutenunverträglichkeit

- Status nach Appendektomie und Tonsillektomie - Status nach OSG (oberes

Sprunggelenk)- Bandläsion und Bandrevision (zirka 2000) 4.5.2

In ihrer medizinischen Beurteilung hielten die Gutachter aus allgemein-inter nistischer Sicht keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 94). 4.5.3

Aus rheumatologischer Sicht führten sie aus, die von der Beschwerdeführerin geschilderten muskuloskelettalen Beschwerden hätten mit den objektivierbaren pathologischen klinischen rheumatologischen und radiologischen Befunden korreliert. Trotz der radiologisch nachgewiesenen Progredienz der degenerativen axialen Veränderungen und der neu festgestellten retropatellären

Chondromalazie hätten sich im Vergleich zum rheumatologischen Vorgutachten 2008 (Frau med. Exer ) keine relevanten neuen Befunde von Relevanz hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gezeigt. Aus rheumatologischer Sicht sei bereits im Vorgutachten 2008 eine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bezüglich körperlich schwerer Arbeiten, Arbeiten in Zwangshaltungen, länger dauernder Arbeiten über Kopfhöhe sowie Hebens/Tragens schwerer Lasten attestiert worden. Eine Arbeitsunfähigkeit über die im polydisziplinären medizinischen Vorgutachten 2008 aus polydisziplinärer Sicht attestierten 30 % könne auch aus aktueller rheumatologischer Sicht nicht begründet werden. Aus rheumatologischer Sicht sei von weiteren therapeutischen Massnahmen auch keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten (S. 94 f. ). 4.5.4

In onkologischer Hinsicht hielten sie fest, eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % in körperlich adaptierten beruflichen Tätigkeiten ab August 2012 sei als nachvollziehbar erachtet worden. In der angestammten Tätigkeit als Produktmanagement-Assistentin sei eine volle Arbeitsunfähigkeit ab Dezember 2011 (Diagnose des Mammakarzinoms rechts ) attestiert worden. Die im IV-Arztbericht von Dr. med.

J.\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2015 gemachten Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit seien relativiert worden. Das Bild einer tumor- und behandlungs assoziierten Fatigue sei konklusiv, über die Jahre gut dokumentiert und nachvollziehbar. Bei chronifizierter

Fatigue sei von medizinischen Massnahmen keine Besserung zu erwarten, weshalb prognostisch nicht mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei. Berufliche Massnahmen seien als nicht sinnvoll erachtet worden, da es sich bei der tumorassoziierten Fatigue nicht um ein Leiden handle, welches durch Willensanstrengung zu überwinden wäre (S. 95) .

Zu den im Alltag aus der Erschöpfung und den Schmerzen im rechten Arm resultierenden Einschränkungen gab die Beschwerdeführerin im onkologischen Teilgutachten an, dass aufgrund der Erschöpfung die Belastbarkeit deutlich zurückgegangen sei. Ihre körperliche Belastbarkeit komme nach einer Stunde Spazieren an die Grenze. Geistig sei sie nicht mehr Multitasking fähig, sei sehr leicht ablenkbar und gestört durch eine laute Umgebung. Zu Hause könne sie aufgrund der Erschöpfung nur noch ein Zimmer staubsaugen, dann müsse sie eine Pause machen. Den Boden nass aufzunehmen oder Wäsche zu waschen seien ihr nicht mehr möglich, auch Fenster putzen sei eine Tätigkeit, der sie nicht mehr nachgehen könne. Geistig sei sie insofern eingeschränkt, als sie bei komplexeren Vorgängen wie Formulare für Ämter oder Behörden ausfüllen Hilfe brauche. Beim Lesen könne sie sich maximal noch eine Stunde auf etwas konzentrieren. Aufgrund der Schmerzen und der Schwellung des rechten Armes könne sie maximal noch 5 kg Gewicht heben oder halten. Bei längerer Belastung des rechten Armes käme es rasch zu einer Schwellung. Diese Einschränkungen führten subjektiv zu einer Belastbarkeit von nur noch etwa 20 % des früheren Leistungsniveaus, und diese 20 % könne sie nur leisten, wenn sie nicht überfordert

würde und die Möglichkeit zu regelmässigen Pausen habe (S. 80 unten).

In der Exploration hinsichtlich Fatigue gab die Beschwerdeführerin an, sich verstärkt müde und abgeschlagen zu fühlen, und dass diese Erschöpfung in keinem Zusammenhang mit einer körperlichen Belastung stehe. Sie verspüre häufig Schwäche und auch schwere Glieder. Insgesamt habe ihre Fähigkeit zur Konzentration und Aufmerksamkeit deutlich nachgelassen. Sie müsse aktuell mehr schlafen als früher, der Schlaf sei auch nicht mehr so erholsam. Es koste sie grosse Anstrengung, um Inaktivität zu überwinden. Ihre Erschöpfung und Abgeschlagenheit machten sie häufig wütend. Sie sei deswegen häufig auch frustriert und schnell reizbar. Die Müdigkeit würde es ihr erschweren, alltägliche Aufgaben zu erledigen. Sie habe Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis und müsse sich deshalb oft Listen anlegen (S. 82 Mitte). 4.5.5

Aus psychiatrischer Sicht legten sie dar, es sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in jeglicher beruflichen Tätigkeit von 10 % ab Mitte 2014 aufgrund einer prolongierten Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten attestiert worden. Als psychiatrische Nebendiagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Panikstörung und akzentuierte Persönlichkeitszüge erwähnt worden. Es sei eine Optimierung der psychopharmakologischen Behandlung (Aufdosierung von Venlafaxin bis mindestens 150 mg täglich) empfohlen worden. Insbesondere aufgrund der Verbitterungsthematik sei empfohlen worden, das therapeutische Augenmerk auf die Aspekte der Akzeptanz zu lenken (zum Beispiel Dauerbelastbarkeitstests, Akzeptanz- und Communications training). Die Beschwerdeführerin zeige aber eher Motivation für alternative Behandlungsansätze. Bei gutem Verlauf sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit das Wiedererreichen einer vollen Arbeitsfähigkeit zu erwarten (S. 95).

Den Anhalt für ein Aggravationsverhalten stützte der psychiatrische Fachgutachter auf eine ausführliche Prüfung des Kriterienkatalogs, in deren Rahmen er die Kriterien für eine Aggravation mehrheitlich verneinte. Als erfüllt betrachtete er die Kriterien vage Symptomschilderung, leicht theatralische Schilderung der Defizite, häufige Themenwechsel und intaktes psychosoziales Funktionsniveau (S. 69 f.).

Ein Anhalt für eine Simulation habe sich nicht gezeigt (S. 70). 4.5.6

Aus polydisziplinärer medizinischer Sicht bestehe in der angestammten Berufstätigkeit als Product Management Assistentin eine volle Arbeitsunfähigkeit seit Diagnosestellung des Mammakarzinoms rechts (Dezember 2011). In körperlich leichten, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten ohne rücken belastende Arbeiten sowie ohne kniend oder in der Hocke auszuführende Arbeiten sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 80 % seit Ende der Radiotherapie im August 2012 auszugehen. Die Prognose hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit

begründenden chronischen tumorassoziierten Fatigue sei ungünstig. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei nicht zu erwarten (S. 95). 4.5.7

Zum gesundheitlichen Verlauf ist dem Gutachten zu entnehmen, dass sich die arbeitsrelevante Hauptdiagnose der chronischen tumorassoziierten Fatigue gegenüber der letzten IV-Revision vom 1. März 2012 nicht verändert habe. Aus psychiatrischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin – soweit retrospektiv beurteilbar – seit der letzten IV-Revision vom 1. März 2012 verbessert. Zusätzlich zu der aus psychiatrischer Sicht festgestellten Verbesserung des Gesundheitszustandes sei allenfalls

eine andere Beurteilung psychosozialer Aspekte erfolgt. Im Übrigen hätten sich aus polydisziplinärer Sicht gegenüber der letzten Revision der Invalidenrente März 2012 keine neuen Gesichtspunkte ergeben (S. 97).

Weiter erklärte die Beschwerdeführerin, die Schmerzen im rechten Bein seien gegenüber dem polydisziplinären medizinischen Vorgutachten des

K.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2008 unverändert. Sie könne aber besser mit ihren Schmerzen umgehen (S. 54) und ihre Selbsteinschätzung in Bezug auf ihre Arbeitsfähigkeit lautete 20 % in adaptierter Tätigkeit (S. 88). 4.6

Mit ergänzender Stellungnahme vom 16. August 2017 (Urk. 6/278) führte der onkologische Gutachter aus, dass es – wie im Gutachten dargelegt – keine objektiven Tests zur Erfassung der Fatigue gebe. Im Versuch, die Symptomatik zu objektivieren sei jedoch fachgerecht nach den für diese Diagnose formulierten Kriterien gefragt und auch der sogenannte BFI (Brief Fatigue

Inventory) in der deutschen Übersetzung eingesetzt worden.

Am 30. August 2017 bestätigte der rheumatologische Gutachter im Wesentlichen die bereits im Gutachten gemachten Ausführungen (Urk. 2/277). 5. 5.1

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass der versicherten Person im Rahmen des rechtlichen Gehörs das Recht zusteht, sich nach Erstattung des Gutachtens zum Beweisergebnis zu äussern, Erläuterung, Ergänzung des Gutachtens oder eine neue Begutachtung zu beantragen sowie weitere Beweisanträge vorzubringen (BGE 137 V 210 E. 3.4).

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