

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00460 vom 25. März 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-03-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00460

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00460 du 25 mars 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00460 del 25 marzo 2025

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). 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

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des ATSG, der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporal rechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Für Fälle erstmaliger abgestufter bzw. befristeter Rentenzusprachen und Revisionsfälle ist der Zeitpunkt der massgebenden Änderung nach Art. 88a IVV für das anwendbare Recht entscheidend (vgl. Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], Rz. 9102).

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_122/2020 vom 26. Februar 2021 E. 2).

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen,

von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV ist

eine Leistungsanpassung in der Regel erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der Änderung vorzunehmen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5.3; vgl. ZAK 1984 S. 134; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_32/2015 vom 10. September 2015 E. 4.1 und I 583/05 vom 15. März 2006 E. 2.3.2 je mit Hinweisen).

E. 1.3

Eine volle Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit seit Dezember 2014 bis Januar 2018 ist erstellt (Urk. 6/84 E. 4.1). Gemäss rechtskräftigem Urteil des hiesigen Gerichts vom 7. Oktober 2020 hat die Beschwerdeführerin ab 1. Dezember 2015 bis zum 30. April 2018 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (vorstehend, Sachverhalt 1.1). Die nun verfügte Zusprache einer ganzen Rente ab Juni 2022 durch die IV-Stelle ist gleichbedeutend mit einer zwischenzeitlichen Aufhebung der Rente ab 1. Mai 2018. Dies setzt das Bestehen eines Revisionsgrundes im Sinne einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands im Januar 2018 voraus (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG, BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3 ; vgl. vorstehend E. 1.2). Für die Prüfung, ob ein solcher vorliegt, ist in dieser übergangsrechtlichen Konstellation die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene Rechtslage massgebend, die vorstehend sowie im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_587/2023 vom 8. April 2024 E. 4.2). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) auf die im polydisziplinären A.____-Gutachten attestierte 80%ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ab Januar 2018 in einer leidensangepassten Tätigkeit . Nachdem anlässlich einer Kontrolluntersuchung mit MRI vom 30. Mai 2022 erneut ein Hirntumor diagnostiziert worden sei, müsse aus arbeitsmedizinischer Sicht ab Juni 2022 von einer anhaltenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden. Der

Abklärungsdienst habe im Jahr 2018 eine Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 60 % im Erwerb und zu 40 % im Haushalt Tätige festgelegt, wobei die Einschränkung im Haushalt auf 42 % eingestuft worden sei. Es könne davon ausgegangen werden, dass die Einschränkung im Haushalt seit 2022 gleich hoch oder höher liege. Da bereits bei einer Einschränkung von 42 % ein Anspruch auf eine ganze Rente resultiere, könne auf eine erneute Abklärung verzichtet werden. Es resultiere ein Teilinvaliditätsgrad von 60 % im Erwerbsbereich und ein solcher im Haushalt von 16.8 % , somit insgesamt ein Invaliditätsgrad von 76.8 % , was Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ab Juni 2022 vermittele. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1) , die Beschwerdegegnerin hätte nicht auf das A.____-Gutachten abstellen dürfen. Dieses sei bereits formal nicht korrekt (Ziff. III.2), das unbrauchbare onkologische Gutachten äussere sich trotz entsprechendem Abklärungsauftrag des hiesigen Gerichts nur mit einem Satz zum

Vorliegen einer Cancer r elated Fatigue (CrF) und stehe in Bezug auf die Frage nach dem Vorliegen einer Fatigue im Widerspruch zur interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Ziff. III. 3-4), das psychiatrische Gutachten versäume die geforderte Abklärung der Schmerzstörung, erwähne weder den kompletten sozialen Rückzug noch den massiven Gewichtsverlust der Beschwerdeführerin und sei kein bisschen gehaltvoller als das frühere Gutachten (Ziff. III. 6+8), es sei nicht ersichtlich, um was es sich bei einer angepassten Tätigkeit handeln könnte , und es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdeführerin hier 80 % arbeitsfähig sein sollte (Ziff. III.9). Im Weiteren hätte von der Beschwerdegegnerin abgeklärt werden müssen, ob der bereits im Juni (richtig: Mai) 2022 im Kontroll-MRI wieder abgebildete Hirntumor im Zeitpunkt der Begutachtung bereits bestanden habe und ob etwa die geklagten Kopfschmerzen und das Fatigue -S yndrom durch den neuen Tumor verursacht worden seien (Ziff. III.5). 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ab dem 1. Mai 2018 und dabei insbesondere, ob auf das polydisziplinäre A.____ -Gutachten abgestellt werden kann und ob ein Revisionsgrund im Januar 2018 ausgewiesen ist. 3.

3.1

Im rechtskräftigen Urteil vom 7. Oktober 2020 (Urk. 6/84) stützte sich das Gericht zur Begründung der vollen Arbeitsunfähigkeit seit Dezember 2014 bis Januar 2018 auf die entsprechende Einschätzung der Z.____ -Gutachter, welche in Anbetracht der Aktenlage nicht zu beanstanden sei. Denn bereits im Dezember 2014 hätten Dr. med. C.____ , Facharzt für Neurologie (Urk. 6/19/10-13, Urk. 6/39/22-24) , Prof. Dr. D.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, E.____ (E.____ ; Urk. 6/1/19-23), sowie die Ärzte der F.____ (Urk. 6/17; vgl. auch Urk. 6/19/14-17) plötzlich aufgetretene, seit mehreren Monaten bestehende Schmerzen und weitere Beschwerden dokumentiert, welche zunächst indessen nur auf psychosomatischer Ebene und ohne Durchführung des vom Neurologen empfohlenen Schädel-MRI behandelt worden seien . Ferner hätten die Ärzte des B.____

im Bericht zur Operation vom Januar 2016 als Teil der Diagnose des Hirntumors anamnestisch seit zwei Jahren bestehende Beschwerden (Kopf schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, leichter Schwindel sowie eine Schwäche auf der rechten Seite) genannt bei einer akuten Verschlechterung der Symptomatik vor zwei Wochen (Urk. 6/39/14-17 S. 1). Damit erschein e die Rückdatierung der gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit auf das Jahr 2014 als nachvollzieh bar u nd jedenfalls seit Dezember 2014 als überwiegend wahrscheinlich. Auch für die Zeit nach der Operation und bis zum Zeitpunkt der Begutachtung im Januar 2018 erweis e sich die von den Gutachtern attestierte Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Aktenlage als plausibel , dies unter Verweis auf die Berichte von Dr. med. G.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 10. November 2016 (Urk. 6/39/7-11), welche der Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die bekannten Diagnosen weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierte, sowie der Ärztinnen der H.____ vom 16. August 2017 (Urk. 6/50), welche eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) diagnostizierten und festhielten, dass die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht nicht zumutbar sei (vgl. zum Ganzen Urk. 6/84 E. 4.1). 3.2

Die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin begründete das hiesige Gericht einerseits damit, dass sich aufgrund der Aktenlage nicht beurteilen lasse, ob sich der psychische

Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Januar 2018 tatsächlich verbessert habe. So seien die Gutachter auf die vorgebrachten Schmerzen nicht näher eingegangen. Der Umstand, dass die subjektiv empfundene Schmerzstärke sich nicht mit objektiven Befunden erklären lasse, lasse keineswegs auf eine Aggravation schliessen. Der Schluss, dass keine Schmerzstörung vorliege, sei nicht nachvollziehbar hergeleitet worden, und auch die Auseinandersetzung mit den erhobenen Befunden in Bezug auf das Vorliegen einer Depression falle zu knapp aus (Urk. 6/84 E. 4.2.2).

Andererseits sei nicht untersucht worden, ob die Beschwerdeführerin an einer CrF leide, dies obschon die rückwirkend attestierte volle Arbeitsunfähigkeit aus der Tumorerkrankung resultiert sei und die Beschwerdeführerin weiterhin über Müdigkeit und Antriebslosigkeit geklagt habe. Die Beschwerdegegnerin werde im Rahmen der Rückweisung mittels dafür geeigneter fachärztlicher Expertise (beispielsweise Onkologie) das Vorliegen einer CrF zu prüfen haben (Urk. 6/84 E. 4.2.3 mit Verweis auf BGE 139 V 346 E. 3.2-3.4). 4.

4.1

4.1.1

Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. K.____, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, Prof. Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, sowie Dr. med. M.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Medizinische Onkologie, A.____, erstatteten am 10. November 2021 ihr polydisziplinäres Gutachten (Urk. 6/114). 4.1.2

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Urk. 6/114/1-17) nannten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 4.2): - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) im Rahmen einer - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - leichtes inkomplettes bein- und distal akzentuiertes sensomotorisches Halbseitensyndrom rechts - generalisiertes und chronifiziertes Weichteilschmerzsyndrom mit/bei muskulärer Haltungsinsuffizienz und konsekutiven schmerzhaften Myogelosen und Myotendinosen - Hämangioperizytom (WHO Grad II) parasagittal links - Diagnose einer 4.5 cm grossen Raumforderung parietal links im MRI vom 13. Januar 2016 - präoperative Angioembolisation des Tumors am 19. Januar 2016 - Kraniotomie parietal median links betont und mikrochirurgische Tumorexstirpation am 20. Januar 2016 - Histologie: Hämangioperizytom/solitäre Fibrose Tumor (WHO Grad II) - adjuvante Strahlentherapie vom 24. Februar 2016 bis 7. April 2016 (Gesamtdosis 60 Gy) - aktuell: Keine Hinweise auf ein Rezidiv oder Metastasen (persistierende Kopfschmerzen)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: - Spannungskopfschmerz (Differentialdiagnose [DD] Analgetika-induzierter Kopfschmerz) - Fatigue-Syndrom von blander Expression - panvertebrales Schmerzsyndrom ohne Hinweise auf ein zervikales oder lumbales radikuläres Reiz- und / oder motorisches oder sensibles Ausfallsyndrom - erhöhter antinukleärer Antikörpertiter ohne klinisches Korrelat - Neigung zu einer allgemeinen Bandlaxität - Achalasie - Verdacht auf (V.a.) Reizdarmsyndrom - V.a. Diabetes mellitus - Hypokalzämie (als pathologischer Laborwert)

Als grundlegende Erkrankung habe eine Dysthymia in passager intensivierter Expressionsform einer leichten depressiven Episode identifiziert werden können. Entsprechende von offensichtlich anteiligen Somatisierungstendenzen begleitete basisbildende Störungsspezifität werde wiederkehrend durch reaktive Faktoren überlagert,

welche das sich darstellende psychopathologische Zustandsbild sodann teilweise akzentuierend beeinflussten (S.

E. 6

Ziff. 4.1) . Die akten- sowie eigenanamnestisch beschriebenen «Panikattacken» (Panikstörung F41.0) seien sodann vor dem Hintergrund des nunmehr erweiterten Kenntnisstands – ebenso wie andere im Aktenverlauf dokumentierte diagnostische Erwägungen (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren [F45.41], anhaltende somatoforme Schmerzstörung [F45.40], undifferenzierte Somatisierungsstörung [F45.1], mittelgradige depressive Episode mit multiplen somatischen Beschwerden [F32.1], rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode [F33.1], «V.a. generalisierte Angststörung») - in den vorab beschriebenen Kontext zu integrieren, nicht jedoch als eigenständige Entitäten zu gewichten

Zusammenfassend sei es bei der Beschwerdeführerin im Rahmen kumulativer psychosozialer Belastungen (anhaltende Überforderung im beruflichen und privaten Umfeld, Krebsdiagnose, somatische Beschwerden, finanzielle Schwierigkeiten) zu einer von neurotischen Einflüssen determinierten depressiven Entwicklung gekommen. Weiterhin bestehe ein chronischer Spannungskopfschmerz, wobei differentialdiagnostisch aufgrund eines langzeitigen Analgetikakonsums ebenso ein isolierter oder kombinierter Analgetika-induzierter Kopfschmerz in Betracht gezogen werden müsse. Für das Vorliegen einer vorbeschriebenen Migräne finde sich kein Hinweis. Es werde keine Halbseitigkeit der Kopfschmerzsymptomatik und im Langzeitverlauf keine wechselnde Seitigkeit der Kopfschmerzen beschrieben (S. 7 Ziff. 4.1) .

Bei der von der Beschwerdeführerin beschriebenen Müdigkeit und Erschöpfbarkeit sowie dem Bedürfnis, während ihrer Tätigkeiten zwischen zeitliche Pausen einlegen zu wollen, sei von einem Fatigue-Syndrom auszugehen. Da es sich beim Hämangioperizytom Grad II um einen semimalignen Tumor handle, bleibe differentialdiagnostisch neben dem diskutierten CrF auch ein hirnorganisch generiertes Fatigue-Syndrom zu erwägen, nicht auszuschliessen sei ein Zusammenhang mit der stattgefundenen zerebralen Radiatio. Da die Fatigue-Symptomatik jedoch schon lange vor der Diagnosestellung des Hämangioperizytoms bestanden habe und sich postoperativ prinzipiell nur diskrete Besserungstendenzen gezeigt hätten, werde das Vorliegen eines Fatigue-Syndroms von starker Ausprägung, sowohl einer CrF als auch einer hirnorganisch generierten, als wenig wahrscheinlich erachtet (S. 8 oben Ziff. 4.1 ; neurologisches Gutachten [Urk. 6/114/46-62] Ziff. 6) .

Die Beschwerden am Bewegungsapparat entsprächen aus rheumatologischer Sicht einem Weichteil-Schmerzsyndrom mit generalisierten, in Symmetrie angeordneten Weichteil-Druckdolenz am Schultergürtel und am Beckengürtel, am ehesten im Rahmen einer muskulären Haltungsinsuffizienz mit schmerzhaften Myogelosen und Myotendinosen . Es dürfte infolge dieser deutlichen Haltungsinsuffizienz und des asthenischen Habitus' eine signifikante Reduktion der Belastbarkeit bestehen. Gemäss eigenanamnestischen Angaben sei es seither zu einem deutlichen Gewichtsverlust gekommen, höchstwahrscheinlich assoziiert mit einem signifikanten Rückgang der Skelettmuskulatur (allgemeiner Kraft- und Kraftausdauerungsverlust) und einer anzunehmenden Reduktion der Leistungsfähigkeit (S. 8 unten Ziff. 4.1).

Es bestehe eine komplexe Kopfschmerzsymptomatik, welche aus onkologischer Sicht in definierten Anteilen mit der Diagnose eines Hämangioperizytoms beziehungsweise dessen Therapie (Operation und Nachbestrahlung) vereinbar sei und eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne eines vermehrten Pausenbedarfs nach sich ziehe (S. 11 Ziff. 4.3).

Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage zirka 25 % (2.5 Stunden pro Tag, Leistungseinschränkung 20 %), dies durchgehend seit Januar 2018 (S.

12 Ziff. 4.7). In einer leidensangepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 80 % (8.5 Stunden pro Tag, Leistungseinschränkung 20 %), dies ebenfalls durchgehend seit Januar 2018. Die Merkmale einer optimal leidensadaptierten Tätigkeit seien: Arbeitsplatz in Toilettennähe; kein repetitives Anheben, Tragen, Stossen und Ziehen von Lasten von mehr als 5-7 kg; kein repetitives Bücken und Aufrichten; keine Arbeiten in chronischer Vorneigehaltung, kauender oder kniender Position; kein längeres Gehen; keine rein sitzenden und stehenden Tätigkeiten ohne die Möglichkeit zu Wechselpositionen; keine Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an filigrane Fertigkeiten und ausdauernde feinmotorische Fähigkeiten; allgemein stressminimiertes sowie wohlwollendes Arbeitsumfeld in kollegialer Atmosphäre; klar strukturierte, repetitive Arbeitsvorgaben im Rahmen eines kontinuierlichen Routinegeschehens mit optimaler Anpassung an das individuelle Kompetenzniveau; kein Multitasking (S.

12 f.

Ziff. 4.8). Die

Arbeitsunfähigkeit begründe sich massgeblich mit den Gesundheitsstörungen des onkologischen sowie des rheumatologischen Fachgebiets. Einschränkungen aus der Indikation anderer Fachspezifitäten gingen darin unter (S.

13 Ziff. 4.9). Aus gutachterlicher Sicht bestünden keine Einschränkungen in Bezug auf die Haushaltsführung. Die Beantwortung dieser Fragen könne abschliessend nur im Rahmen einer Haushaltsabklärung vor Ort erfolgen (S. 15 Frage 1).

Betreffend die («Zusatz»-)Frage, ob die Beschwerdeführerin an einem CrF leide, führten die Gutachter aus, Hinweise für ein CrF lägen bei der seit Frühling 2016 tumorfreien und bisher rezidivfreien Beschwerdeführerin nicht vor (S. 14 Frage

3).

4.1.3

Gemäss dem psychiatrischen Gutachten (Urk. 6/114/31-45) habe die Beschwerdeführerin angegeben, es würden sich nahezu täglich panikartige Zustände bei ihr einstellen, gleichsam verbunden mit Schwindel, Zittern am ganzen Körper, einem allgemeinen Schwächegefühl sowie abrupter Luftnot. Darüber hinaus befinde sich ihre Grundstimmung auf einem dauerhaft reduzierten Niveau. Sie habe sich seit zirka zwei Jahren von allen sozialen Aktivitäten zurückgezogen, bleibe am liebsten allein und kapsle sich zu Hause ab. Sie leide unter ständigen Kopfschmerzen sowie rechtsbetonten Beschwerden in den Armen und Beinen beziehungsweise im Magen- und Darmbereich sowie an den Eierstöcken (S. 32 f. Ziff. 3.2). Ihre ausgeprägte körperliche Schwäche und die anhaltenden Schmerzen seien der Grund dafür, dass sie sich aktuell nicht dazu imstande fühle, eine Arbeitstätigkeit auszuüben (S. 34 oben Ziff. 3.2). Die Angaben der Beschwerdeführerin hätten in Bezug auf

ihre wesentlichen Inhalte insgesamt authentisch und plausibel gewirkt, wenn auch überlagert von einem deutlich subjektiv determinierten Bewertungshorizont (S. 39 Ziff. 7.3). Sowohl in der zuletzt ausgeübten als auch in einer optimal angepassten Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin 8.5 Stunden pro Tag anwesend sein. Es bestehe eine Einschränkung der Leistung im Umfang von 10 % aufgrund eines erweiterten Pausenbedarfs. Die Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit werde auf 90 % geschätzt. In retrospektiver Bewertung der Arbeitsfähigkeit könne aus isoliert klinisch-psychiatrischer Sicht festgestellt werden, dass sich jene seit Erstmanifestation der psychischen Beschwerdesymptomatik etwa im Juni 2014 – also auch im Verlauf seit Anfang Januar 2018 – im Wesentlichen auf dem vorab bezeichneten Niveau befunden habe (S. 41 f. Ziff. 8). 4.1.4

Das Fatigue-Syndrom von blander Expression wurde im neurologischen Gutachten (Urk. 6/114/46-62) diagnostiziert (S.

54 Ziff. 6). Bezüglich der Kopfschmerzen habe die Beschwerdeführerin angegeben, diese bestünden seit der Hirntumor-Operation und seien im Bereich des Hinterkopfes und des Nackens nahezu ununterbrochen täglich rund um die Uhr vorhanden. Teilweise seien die Kopfschmerzen auch drückend und der Kopf fühle sich schwer an. Vor der Hirntumor-Operation habe sie sich vom Allgemeinbefinden her sehr schlecht gefühlt, welches sich nach der Operation etwas gebessert habe, allerdings empfinde sie bis zum heutigen Tag ein generalisiertes Schwäche- und Erschöpfungsgefühl. Aufgrund ihrer allgemeinen Müdigkeit, dem Erschöpfungsgefühl und ihrer Schmerzen sowie der täglichen Schlafstörungen fühle sie sich nicht in der Lage, irgendeine Tätigkeit auszuüben (S. 48 f. Ziff. 3.2). Die von der Beschwerdeführerin getroffenen Angaben und die anamnestischen Schilderungen bezüglich ihrer Beschwerden sowie das Verhalten während der Untersuchung stünden in Übereinstimmung zum erhobenen klinischen Befund und zu den Aktenunterlagen. Aus neurologischer Sicht sei jedoch das Ausmass der beschriebenen Fatigue-Symptomatik nicht nachvollziehbar

(S. 56 Ziff. 7.3). 4.1.5

Gemäss onkologischem Gutachten (Urk. 6/114/92-103) leide die Beschwerdeführerin an linksbetonten, dumpfen Kopfschmerzen, welche im Jahr 2014 begonnen hätten und dann bis zur Diagnose des Hirntumors hin immer stärker geworden seien. Diese bestünden Tag und Nacht, die verschiedenen Schmerzmittel hätten bisher nur geringe Linderung gebracht. Weiter sei sie müde und abgeschlagen, müsse häufig den ganzen Tag liegen bleiben, fühle sich schwach und könne an vielen Tagen auch einfache Haushaltsarbeit nicht erledigen. Zudem leide sie an Schmerzen am ganzen Körper, sei häufig traurig und schlafe schlecht (S.

98 f. Ziff. 7.1). Der Verlauf sei seit der Diagnosestellung beziehungsweise seit der Operation stationär (Ziff. 7.2). Aufgrund des ausführlichen Berichts von Dr. C.____ vom 8. Dezember 2014 bestehe ein generalisiertes Schmerzsyndrom bereits seit Anfang 2014, das sich nur zum Teil (vor allem, was die Betonung der rechten Körperseite betreffe) durch das ein gutes Jahr später diagnostizierte Hämangioperizytom und dessen Therapie erklären lasse (S.

99 Ziff. 7.3). Die beschriebenen Einschränkungen – vor allem die Kopfschmerzen – seien schlecht objektivierbar, würden aber glaubhaft geschildert. Die übrigen Beschwerden – chronische Müdigkeit, generalisierte Schmerzen – seien durch die onkologische

Erkrankung und die durchgeführten Therapien (Angioembolisation , Resektion und Nachbestrahlung) nicht vollständig erklärbar und entsprechen nicht einem eingangs diskutierten Cancer Related

Chronic Fatigue Syndrom (S.

100 Ziff. 7.4). 4.2

4.2.1

Dr. med. N.____ , Fachärztin für Neurochirurgie, Klinik für Neurochirurgie, B.____ , hielt i m Sprechstundenbericht vom 7. Juni 2022 (Urk. 6/135 = Urk. 6/138) fest, das MRI des Gehirns mit intravenösem Kontrastmittel (iv. KM) vom 30. Mai 2022 habe im Vergleich mit der Voruntersuchung vom 15. Februar 2022 eine weiterhin geringe Grössenprogredienz (+2 mm) der homogen KM-affinen Läsion links unmittelbar am Sinus sagittalis superior in der Zentralregion (aktuell 12 x 5 mm), DD Zweitumor (Meningeom) als Folge der Bestrahlung gezeigt, wobei keine relevante raumfordernde Wirkung bestehe. Es sei (mithin) eine radiologische Progredienz des neuen Tumors, DD Rezidiv, im Bereich des Sinus sagittalis superior parazentral links festgestellt worden. Die Patientin berichte über einen unveränderten Verlauf der Kopfschmerzsymptomatik (S. 2). 4.2.2

PD Dr. med. O.____ , Klinik für Neurochirurgie, B.____ , führte im Sprech stundenbericht vom 14. September 2022 (Urk. 6/142 = Urk. 6/145) aus, bekannterweise sei im Januar 2022 ein Rest diagnostiziert worden, der sich jetzt über die engmaschige Kontrolle als progredient erwiesen habe. Das am Berichts datum durchgeführte MRI des Gehirns inkl usive Schädelkalotte zeige ein weiteres Wachstum des Befunds. Hierfür werde eine Behandlung als indiziert angesehen (S. 2). 4.2.3

Die Ärzte der Klinik für Radio-Onkologie, B.____ , berichteten am 8. Dezember 2022 über die radioonkologische Behandlung vom 29. November bis 6. Dezember 2022 in Form einer stereotaktischen Radiotherapie (Urk. 6/148). Sie führten aus, die Beschwerdeführerin berichte unter anderem von einer ausgeprägten Müdigkeit und davon, seit der Operation im Jahr 2016 täglich Kopfschmerzen links temporal zu haben. Nach der Radiotherapie habe die Beschwerdeführerin weiterhin brennende Kopfschmerzen bemerkt, die teils leicht progredient gewesen seien. Es sei kein Schwindel aufgetreten, jedoch eine vermehrte Müdigkeit (Fatigue Grad

I). 4.2.4

Im Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 2. März 2023 (Urk. 6/150/8-9 = Urk. 6/151/8-9 = Urk. 6/154) führten die Ärzte de r Klinik für Radio-Onkologie, B.____ , aus , die Beschwerdeführerin habe bei Abschluss der Radiotherapie über eine ausgeprägte Fatigue-Symptomatik berichtet , diese habe sie schon seit der Diagnosestellung und habe sich im Verlauf nicht verändert . Sie leide an einem rezidivierenden Hämangioperizytom , und es bestehe ein Verdacht auf renale Metastasen . Durch die limitierten Therapieoptionen und die Notwendigkeit einer Rebestrahlung zeige sich eine begrenzte Lebenserwartung. Aktuell scheine die Beschwerdeführerin insgesamt bis auf die Fatigue-Symptomatik eingeschränkt arbeitsfähig zu sein (S. 2). 4.2.5

Dr. med. P.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in ihrem Bericht vom 20. Juli 2023 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/164) als Fachdiagnose eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1). Die Behandlung finde seit dem 11. November 2021 statt (Ziff. 1.1), gegenwärtig alle 3-4 Wochen (Ziff. 1.2). Die Beschwerdeführerin

habe vor ihrer Erkrankung mit einem Arbeitspensum von 50 bis 100 % und gleichzeitiger Versorgung von 4

Kindern und Haushalt eine gute Belastbarkeit und einen hohen Durchhaltewillen gezeigt. Seit der Erkrankung (Hirntumor) beklage sie eine Müdigkeit, eine multilokale Schmerzsymptomatik und diverse Ängste, unklare gastrointestinale Beschwerden sowie Schlafstörungen. Die Arbeitsfähigkeit sei sicher eingeschränkt, das Ausmass müsste gegebenenfalls in einer Arbeitsabklärung ermittelt werden (Ziff. 2.7). 4.2.6

Dr. G.____ führte im Verlaufsbericht vom 12. Oktober 2023 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/174) aus, es bestehe seit mehreren Jahren keine Arbeitsfähigkeit mehr. In Zusammenschau sämtlicher Erkrankungen sei nicht mit einem Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit zu rechnen (S. 2 Ziff. 4). 4.2.

E. 6.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

E. 6.3

Mit Honorarnote vom 7. Oktober 2024 machte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin einen Aufwand von 6 Stunden 50 Minuten geltend (Urk. 27). Dies erscheint als angemessen. Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 280.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist die Parteientschädigung wie beantragt auf Fr. 2'130.-- (inklusive die geltend gemachten 3% Barauslagen und 8.1 % Mehrwertsteuer) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird gutgeheissen. Die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 5. August 2024 wird insoweit abgeändert, dass ab dem 1. Mai 2018 weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung besteht. 2.

Die Gerichtskosten von Fr.

E. 7

Die Ärzte de s

B.____ führten im Sprechstundenbericht vom 26. Oktober 2023 (Urk. 6/185) aus, im MRI der Nieren vom 18. Oktober 2023 zeige sich weiterhin ein Progress der bilateralen Nierenläsionen als auch der Läsionen der Leber. Ebenso zeigten sich in den mitabgebildeten Skelettabschnitten diffuse Läsionen. Aufgrund der multilokulären Progredienz werde eine Systemtherapie empfohlen (S. 2 f.). 4.2.8

Dr. med. Q.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie für Medizinische Onkologie, Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie, B.____, hielt im Bericht vom 8. November 2023 (Urk. 7/177) fest, es bestehe nun ein multilokulärer Progress des Tumors mit histologisch gesicherter Metastasierung im Bereich der Niere. Die

Beschwerdeführerin sei bezüglich einer Chemotherapie ausgesprochen zurückhaltend und wünsche diese zum jetzigen Zeitpunkt nicht (S. 3 Mitte). 4.2.9

Dr. med. R.____, Facharzt für Neurochirurgie, führte in seinem Bericht vom 27. März 2024 (Urk. 6/188) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit dem 19. September 2023 (Ziff. 1.1). Diese berichte über persistierende Kopf schmerzen sowie Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) sowie der Brustwirbelsäule (BWS). Die allgemeine körperliche Belastung (gemeint: Belastbarkeit) sei deutlich gemindert (Ziff. 2.2) . Die Beschwerdeführerin befinde sich in einem deutlich reduzierten Allgemeinzustand (Ziff. 2.4). Sie sei seit Beginn der Krankheiten 2014 zu 100 % arbeitsfähig (Ziff. 3.1) und bleibe dies aktuell und bis auf Weiteres bei multiplen Tumorlokalisationen beziehungsweise Metastasierung (Ziff. 2.7). 4.3

Pract . med. S.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, regionaler ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 9. April 2024 (Urk. 6/193 S. 17-19) aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht könne bis Mai 2022 an der RAD-Stellungnahme vom 24. November 2021 festgehalten werden, welche sich im Wesentlichen auf das A.____-Gutachten vom 10. November 2021 stütze (S. 18 oben und S. 19 oben; vgl. Urk. 6/119 S. 4- 6: 80%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit seit Januar 2018) . Ab Juni 2022 habe sich der Gesundheits zustand der Beschwerdeführerin infolge Progredienz des Tumors verändert. Es sei somit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen, dies aufgrund der Veränderung des Gesundheitszustands und der notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen. Die Beschwerdeführerin habe sich in Therapie/Nachsorge befunden (S. 18 oben). Diese Verschlechterung des Gesundheitszustands habe sich seither nicht nachhaltig stabilisiert und sei weiterhin anhaltend. Es müsse somit aus arbeitsmedizinischer Sicht seit Juni 20 2 2 von einer anhaltenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit ausgegangen werden. Angesichts der noch laufenden Behandlungen werde eine vorgezogene medizinische Neubeurteilung in etwa 12 bis 18 Monaten empfohlen (S. 19). 5. 5.1

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 Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). 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). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheits zustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 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; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Veränderung muss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Trifft dies nicht zu, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts 9C_698/2012 vom 3. Mai 2013 E. 2.3, Thomas Flückiger , in: Basler Kommentar Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts , 1. Aufl. 2020, Art. 17 N. 19; Peter Forster, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum ATSG , 2021, Art. 17 N. 10). 5.2

Rechtskräftig erstellt ist eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von Dezember 2014 bis Januar 2018 (E. 3.1). Zu prüfen ist, ob sich ihr Gesundheitszustand im Januar 2018 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wesentlich verbessert hat (E. 1.3, E. 2.3, E. 5.1). Gestützt auf das Z.____-Gutachten vom 13. April 2018 liess sich eine Verbesserung des Gesundheitszustands nicht erstellen. Die Rückweisung der Sache durch das hiesige Gericht an die Beschwerdegegnerin erfolgte insbesondere deshalb, weil sich die Gutachter in psychiatrischer Hinsicht nicht genügend mit den vorgebrachten Schmerzen auseinandergesetzt und in onkologischer Hinsicht nicht untersucht hatten, ob die Beschwerdeführerin an einer CrF leide (E. 3.2). Es

ist daher insbesondere mit Blick auf diese n

medizinischen Komplex zu prüfen , ob auf das A.____-Gutachten abgestellt und eine Veränderung des Gesundheitszustands im Januar 2018 erstellt werden kann. 5.3

Die Beschwerdeführerin klagte gegenüber den A.____-Gutachtern weiterhin über anhaltende Schmerzen - insbesondere Kopfschmerzen -, so auch im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung . Diese seien zusammen mit ihrer ausgeprägten körperlichen Schwäche der Grund dafür, dass sie sich aktuell nicht dazu imstande fühle, eine Arbeitstätigkeit auszuüben. Die Angaben der Beschwerdeführerin wirkten auf den psychiatrischen Gutachter in Bezug auf ihre wesentlichen Inhalte insgesamt authentisch und plausibel (E. 4.1.3). Auch für den neurologischen Gutachter , der nebst einem Spannungskopfschmerz einzig einen Analgetika-induzierten Kopfschmerz in Betracht zog (Urk. 6/114 S.

57 Ziff. 7.4), standen die Beschwerdeangaben der Beschwerdeführerin in Übereinstimmung zum erhobenen klinischen Befund und zu den Aktenunterlagen (E. 4.1.4).

Es erstaunt daher, dass diese Schmerzen durch die Gutachter nur oberflächlich diskutiert und eingeordnet wurden. Die onkologische Gutachterin befand die Kopfschmerzen als glaubhaft geschildert, während sie die generalisierten Schmerzen als nicht vollständig erklärbar erachtete (E. 4.1.5). Es wird aus dem Gutachten nicht klar, welche Schlüsse die Gutachter aus dieser fehlenden somatischen Erklärbarkeit zogen, zumal sie der Beschwerdeführerin gerade keine Aggravation oder Simulation unterstellten. Vermutlich ordneten sie die Schmerzproblematik als «begleitende Somatisierungstendenz » der von ihnen diagnostizierten Dysthymia zu. Darauf lässt schliessen, dass die von den Behandlern gestellten Diagnosen wie chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40) und undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1) gemäss den Gutachtern in den Kontext der Dysthymia als grundlegende Erkrankung zu integrieren seien

(E. 4.1.2). Weshalb dies so sei, begründeten die Gutachter nicht , was bei der vorliegenden komplexen medizinischen Ausgangslage nicht überzeugt. Wie bereits das Z.____ -Gutachten (vgl. E. 3.2) blieb somit auch das A.____ -Gutachten eine nachvollziehbare Prüfung und Erklärung dafür schuldig, weshalb keine Schmerzstörung vorliege. Zu Recht kritisierte die Beschwerdeführerin sodann, das psychiatrische Gutachten habe weder den kompletten sozialen Rückzug noch den massiven Gewichtsverlust der Beschwerdeführerin erwähnt (E. 2.2) .

Eine wesentliche Veränderung des psychischen Gesundheitszustands, welcher massgeblich zur erstellten vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit von Dezember 2014 bis Januar 2018 beigetragen hatte (vgl. E. 3.1) , lässt sich somit im Januar 2018 nicht ausmachen. Stimmigerweise hielt der psychiatrische Gutachter fest, die Arbeitsfähigkeit habe sich seit Erstmanifestation der psychischen Beschwerdesymptomatik etwa im Juni 2014 – also auch im Verlauf seit Anfang Januar 2018 – im Wesentlichen auf gleichbleibendem Niveau befunden (E. 4.1.3). Mit anderen Worten haben die A.____ -Gutachter in psychischer Hinsicht einen im wesentlich gleich gebliebenen Sachverhalt unterschiedlich beurteilt als damals , was revisionsrechtlich unbeachtlich ist (vgl. E. 5.1). 5.4

5.4.1

Krebsbedingte Fatigue 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 , Urteil des hiesigen Gerichts IV.2019.00050 vom 7. Oktober 2020 in Sachen der Beschwerdeführerin [Urk. 6/84] E. 4.2.3).

CrF bewirkt einen « Teufelskreis » aus abnehmender Leistungsfähigkeit, Vermeidung von Anstrengungen, Inaktivität, fehlender Regeneration, Hilflosigkeit und depressiver Stimmung. CrF ist von Gefühlen der Müdigkeit, Erschöpfung sowie mangelnder Energie geprägt und kann zu erheblichen Leistungseinbu ss en bis hin zur Arbeitsunfähigkeit führen.

Die Symptomatik der Tumor-assoziierten Fatigue ist vielschichtig und reicht von Gefühlen der Abgeschlagenheit und mangelnden Energie über Antriebs- und Interesselosigkeit bis zu Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Viele Betroffene leiden zusätzlich unter Schmerzen, Schlafstörungen und psychischer Belastung durch Angst und Depression (

Markus Horneber et al. in: Tumor-assoziierte Fatigue , Deutsches Ärzteblatt Ausgabe 9/2012 , <https://www.aerzteblatt.de/archiv/tumor-assoziierte-fatigue-69e9bc57-c610-4cc9-90fa-4b73974652dc> , zuletzt abgerufen am 4. März 2025). 5.4.2

Die Beschwerdeführerin klagte gegenüber den Gutachtern über ein generalisiertes Schwäche- und Erschöpfungsgefühl seit der Hirntumor-Operation, so auch gegenüber dem neurologischen Gutachter. Dieser erachtete ihre Beschwerdeschilderungen und ihr Verhalten während der Untersuchung als stimmig mit dem erhobenen klinischen Befund und zu den Aktenunterlagen. Aus neurologischer Sicht sei jedoch das Ausmass der beschriebenen Fatigue-Symptomatik nicht nachvollziehbar (E. 4.1.4). Auch durch die onkologische Erkrankung und die durchgeführten Therapien seien die chronische Müdigkeit und die generalisierten Schmerzen nicht vollständig erklärbar, diese entsprächen nicht einer

CrF, so die onkologische Gutachterin (E. 4.1.5). Diese Schlussfolgerung wurde indes nicht begründet und ist daher kaum nachvollziehbar; auch unterschied die Gutachterin terminologisch nicht klar zwischen einer

CrF und einem CFS. Sie steht zudem im Widerspruch mit der interdisziplinären Gesamtbeurteilung. Dort hielten die A. ___ -Gutachter fest, da es sich beim Hämangioperizytom Grad II um einen semimalignen Tumor handle, bleibe differentialdiagnostisch neben der diskutierten CrF auch ein hirngeneriertes Fatigue-Syndrom zu erwägen, nicht auszuschliessen sei ein Zusammenhang mit der stattgehabten zerebralen Radiatio (E. 4.1.2).

Im Gegensatz zur onkologischen Gutachterin halten die Gutachter interdisziplinär somit das Vorliegen einer

CrF

offenbar durchaus für möglich, beziehungsweise scheinen sie diese im Vergleich zum hirngenerierten Fatigue-Syndrom gar als hauptsächliche Verdachtsdiagnose zu erachten. Auf die entsprechende Abgrenzung gingen sie indes ebenso wenig ein wie auf den Widerspruch zum onkologischen Gutachten. Als Diagnose nannten sie lediglich unbestimmt eine Fatigue von blander Expression. Die Ausführungen in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung auf die Zusatzfrage, ob eine

CrF vorliege, sind erneut widersprüchlich und kaum begründet, indem die Frage nun abschlägig beantwortet wird und sich auf die Aussage beschränkt, Hinweise für eine

CrF «bei der seit Frühling 2016 tumorfreien und bisher rezidivfreien Beschwerdeführerin» seien zu verneinen (E. 4.1.2). Bereits wenige Monate nach der Gutachtenserstellung im November 2021 zeigte sich anfangs 2022 bei der Beschwerdeführerin ein Tumorrezidiv (E. 4.2.1). Mangels Nachfrage bei den Gutachtern durch die Beschwerdegegnerin bleibt ungeklärt, wie sie diese neueingetretene medizinische Tatsache bei der Würdigung, ob eine

CrF vorliege oder nicht, gewertet hätten. Dies kann offen

bleiben, denn inwieweit das Fehlen von Rezidiven in Anbetracht des Beschwerdebildes einer CrF (vgl.

E.

5.4.1) – welche unter Umständen auch Jahre nach Therapieabschluss weiterbestehen kann - Rückschlüsse auf das Fehlen einer CrF erlauben würde, erschliesst sich ohnehin nicht. 5.4.3

Immerhin ist letztendlich zwar nicht die exakte diagnostische Einordnung eines Leidens entscheidend, sondern die hervorgerufenen funktionalen Einschränkungen. Doch auch dies e betreffend ist eine Veränderung nicht überwiegend wahrscheinlich dargetan . Denn einerseits erachteten die Gutachter das Vorliegen eines Fatigue-Syndroms von starker Ausprägung, sowohl einer CrF als auch einer hirnorganisch generierten , deshalb als wenig wahrscheinlich , weil die Fatigue-Symptomatik schon lange vor der Diagnosestellung des Hämangioperizytoms bestanden habe und sich postoperativ prinzipiell nur diskrete Besserungstendenzen gezeigt hätten (E. 4.1.2). Wieso aus der nur diskreten postoperativen Besserungstendenz auf eine schwache Ausprägung des Fatigue-Syndroms geschlossen werden soll, ist nicht nachvollziehbar. Selbst wenn die Fatigue-Symptomatik schon lange vor der Diagnosestellung des Tumors bestanden ha ben sollte , führten

die bereits im Jahr 2014 bestehenden Beschwerden erstellter m assen zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ab Dezember 20 1 4 (E. 3.1) , bis im Januar 2016 – eben lange später - das seitens des behandelnden Neurologen Dr. C.____ schon im Dezember 2014 empfohlene Schädel-MRI (Urk. 6/19/10-13) zur Entdeckung des Hirntumors führte (vgl. Urk. 6/84 E. 4.1).

A ndererseits ging die onkologische Gutachterin a b der Diagnosestellung / Operation im Januar 2016 von einem stationären Verlauf aus (E. 4.1.5 , Urk. 6/114 S.

99 Ziff.

E. 7.2

). Eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands im Januar 2018 ist somit auch im Hinblick auf die Fatigue-Symptomatik nicht auszumachen. 5.5

Nach dem Gesagten zeigt das A.____ -Gutachten wie schon das Z.____ -Gutachten nicht in überzeugender Weise eine Veränderung der von der Beschwerdeführerin durchgehend und glaubhaft geschilderten Schmerz- und Erschöpfungsproblematik auf .

Diese begleitete die Beschwerdeführerin auch nach dem am 10. November 2021 fertigestellten Gutachten weiterhin, wobei bereits im Januar/Februar 2022 ein progredienter Tumorrest beziehungsweise ein neuer Tumor festgestellt werden musste, der sich im Verlauf der Zeit multilokulär metastasierte (vgl. zum Ganzen E. 4.2) . Die Ärzte des B.____ hielten am 2. März 2023 ausdrücklich fest, die Beschwerdeführerin habe die Fatigue-Symptomatik seit der Diagnosestellung und diese habe sich im Verlauf nicht verändert

(E. 4.2.4). Übereinstimmend damit ging auch Neurochirurg Dr. R.____ (E. 4.2.9) von einer seit 2014 bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 100 % aus (Urk. 6/188 Ziff. 3.1). Es kann bei der vorliegenden Ausgangslage denn auch nicht ausgeschlossen werden, dass der Tumor von 2022 sich bereits vor seiner Entdeckung ungünstig auf das Beschwerdebild auswirkte, wie dies auch in den Jahren 2014 bis 2016 unter noch rein psychosomatischer Behandlung geschehen war (E. 3.1). 5.6

Insgesamt erscheint das komplexe Beschwerdebild der Beschwerdeführerin seit Dezember 2014 als derart konstant und ausgeprägt, dass kaum einsichtig ist, weshalb sie von Januar 2018 bis Mai 2022 zwischenzeitlich hätte arbeitsfähig sein sollen. Jedenfalls ist gestützt auf

das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre A.____ -Gutachten ein Revisionsgrund im Sinne einer überwiegend wahrscheinlichen wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht erstellt.

Bei dieser Ausgangslage ist es ausgeschlossen, dass ein nunmehr drittes Gutachten neue Erkenntnisse liefern könnte. Der betreffende Gutachter müsste gezwungenermassen eine retrospektive Aktenbeurteilung des Krankheitsverlaufs vornehmen. Es ist angesichts der konstanten und ausgeprägten Beschwerden nicht vorstellbar, dass er in nachvollziehbarer Weise auf eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands im Januar 2018 schliessen könnte. Auf die Einholung eines Gerichtsgutachtens ist deshalb in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten (BGE 122 V 157 E. 1d). 5.7

Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde. Die angefochtene Verfügung vom 5.

August 2024 ist insoweit abzuändern, dass seitens der Beschwerdeführerin ab dem 1. Mai 2018 weiterhin ein unbefristeter Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung besteht. 6.

E. 9

00.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'130.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Lotti Sigg -
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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber
Grieder-MartensBoller

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