

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00861 vom 13. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00861

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00861 du 13 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00861 del 13 marzo 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1960, Mutter einer

Tochter

(Jahrgang 1984), war von Dezember 1999 bis und mit November 2013 bei der A.____ AG zuerst als Call Agent und zuletzt als Warendisponentin tätig (Urk. 6/29, Urk. 6/62). Am 20. Oktober 2013 meldete sich die Versicherte bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/5). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und zog Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 6/14-17, Urk. 6/22) .

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/34 ; Urk. 6/36) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 3. Juli

2015 einen Rentenanspruch (Urk.

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 aus schliesslich 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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.4

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 ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass der Versicherten

aus ärztlicher Sicht die Ausübung einer der Behinderung angepassten, leichten, wechselbelasteten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit ohne Wechselschichten im Umfang von 100 % zumutbar sei (S.

2 oben). Bei den gesundheitlichen Beeinträchtigungen handle es sich um Begleiterkrankungen der Adipositas, welche für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes begründe (S.

2 unten). Mit einer im Rahmen der gesetzlichen Schadenminderungspflicht zumutbaren Gewichtsreduktion sei mit einer Remission der Beschwerden und einer vollständigen Arbeitsfähigkeit zu rechnen (S. 3 oben).

In der Beschwerdeantwort vom 25. September 2015 (Urk. 5) führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, aus den medizinischen Unterlagen gehe klar hervor, dass die geltend gemachten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit auf die Adipositas beziehungsweise deren Begleiterkrankungen zurückzuführen seien .

Vorliegend bestünden keinerlei Anhaltspunkte, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Versicherten auch bei geeigneter Behandlung der

Adipositas

beziehungsweise zumutbarer Gewichtsabnahme fortbestehen würden.

Vielmehr handle es sich gemäss den medizinischen Unterlagen bei sämtlichen Leiden um Begleiterkrankungen derselben (S.

1) .

Aus dem ärztlichen Bericht der B.____ vom 3. Dezember 2014 geht hervor, dass bei der Versicherten im Rahmen des kardialen Rehabilitationsprogrammes gute Fortschritte zu verzeichnen gewesen seien. Auch habe sie gemäss dem Bericht sehr vom allgemeinen Kraft-

und Konditionsaufbau in der medizinischen Trainingstherapie profitiert. Damit sei vorliegend davon auszugehen, dass bei der Versicherten keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit vorliege (S.

2 oben). 2.2

Demgegenüber stellte sich die Versicherte auf den Standpunkt, trotz andauernder ambulanter Behandlung und stationärer Rehabilitation habe sich ihr Gesundheitszustand nur unwesentlich verbessert. Sie sei nicht in der Lage, mehr als zwei Stunden zu sitzen, und gehen sei höchstens für eine halbe Stunde und nur mit Gehhilfen möglich. Gestützt auf die Berichte von Dr. C.____ liege bei ihr seit dem 4. März 2013 eine längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit vor (Urk. 1 S. 1).

In der Replik vom 31. März 2016 (Urk. 17) führte der Rechtsvertreter der Versicherten aus, dass die sie nach einem längeren Aufenthalt in der Intensivstation des D.____ an einem multiplen Organ- und Kreislaufversagen, welches offenbar hauptsächlich auf ihre Herzbeschwerden und auf Wasserablagerungen im Körper zurückzuführen sei, gestorben sei (S. 2 unten). Die medizinische Auffassung der Beschwerdegegnerin sei absolut falsch: Die Versicherte

habe eben nicht „nur“ an Adipositas,

sondern insbesondere an Herzproblemen gelitten, welche schliesslich zum Tod geführt hätten. Dazu komme, dass es gemäss ihren behandelnden Ärzten absolut unrealistisch gewesen wäre, dass die Versicherte ihr Gewicht durch geeignete Behandlung hätte reduzieren können. Man habe dies mit der Versicherten intensiv aber leider vergeblich versucht. Die Adipositas habe auch mit intensiven Massnahmen wie Therapie bei einem Ernährungsspezialisten oder einem Rehabilitationsaufenthalt nicht reduziert werden können. Deshalb sei

die Adipositas als invalidisierend zu betrachten (S.

4 oben). Hinzu komme, dass die Versicherte eben nicht nur an Adipositas, sondern auch an Herzproblemen gelitten habe. Gemäss der Klinik für Kardiologie des D.____

sei die Versicherte auch wegen ihrer Herzprobleme nicht arbeitsfähig gewesen. Die Versicherte habe gemäss dem D.____ unter einer schweren Trikuspidalinsuffizienz gelitten. Dabei handle es sich um eine Undichtigkeit der Trikuspidalklappe des Herzens, die während der Auswurfphase zu einem Rückfluss von Blut aus der rechten Herzkammer in den rechten Vorhof führe. Die Folge davon sei eine Unterversorgung des Körpers mit frischem Blut und Sauerstoff (S. 4 Mitte). Weiter komme hinzu, dass auch die Wassereinlagerungen im Körper der Versicherten ein bedrohliches, schliesslich sogar tödliches Ausmass angenommen habe. Sie habe sich in den letzten Tagen auf der Intensivstation an der Dialyse befunden, was ihr leider nicht mehr geholfen habe (S. 5 oben). 2.3

Strittig und zu prüfen ist die Arbeitsfähigkeit der Versicherten im Verfügungszeitpunkt und ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen invalidisierenden Gesundheitsschaden verneint hat. 3. 3.1

Die Ärzte des D.____, Klinik für Kardiologie, nannten im Bericht vom 2. Mai 2013 (Urk. 6/15 = Urk. 3/3) die folgenden Diagnosen (S. 1) : - v alvuläre Herzkrankheit, DD post-Radiatio , medikamentös, Karzinoid - aktuell: Vorhofflattern mit dekompensierter Herzinsuffizienz - Status nach kardialer Dekompensation März 2013 - s chwere Trikuspidalinsuffizienz bei vollständig retrahiertem

septalem Segel,

diagnostizierter rechter Ventrikel mit erhaltener Funktion, linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) 50 % (transthorakale Echokardiographie 19. März 20

E. 6

/66 = Urk. 2) . 2.

Die Versicherte erhob am 26. August 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 3. Juli 2015 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 1).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 25. September 2015 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Versicherten am 2. November 2015 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 7

).

Mit Gerichtsverfügung vom 30. November 2015 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 9/0 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und die Personalvorsorgestiftung der Z.____

wurde zum Prozess beigelegt (Urk.

E. 10

).

Die Personalvorsorgestiftung beantragte mit Eingabe vom 8. Dezember 2015 (Urk. 12) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 31. März 2016 (Urk. 17) teilte der Rechtsvertreter der Versicherten dem Gericht mit, dass diese am 24. März 2016 verstorben sei.

Mit Verfügung vom 4. April 2016 (Urk. 18) wurde der Prozess sistiert und der Rechtsvertreter der Versicherten aufgefordert, das Gericht über den Erbschaftsantritt mit Erbbescheinigung in Kenntnis zu setzen. Mit Schreiben vom 18. September

2016 (Urk. 20) reichte dieser unter anderem den Erbschein vom 11. Mai 2016 (Urk. 21/2) ein. Diesem kann entnommen werden, dass die Versicherte ihre Tochter ,

Y.____, als gesetzliche Erbin hinterlassen hat und diese den Nachlass angetreten hat.

Mit Schreiben vom 18. September 2016 (Urk. 20) teilte der Rechtsvertreter der Versicherten zudem mit, dass die Erbin die Parteinaufnahme antrage und das Verfahren ebenfalls vertreten durch ihn weiterführen werde. Dies wurde den Parteien am 23. September 2016 zur Kenntnis gebracht , wobei gleichzeitig die Sistierung des Verfahrens aufgehoben und der vom Gericht bestellte unentgeltliche Rechtsbeistand der verstorbenen Versicherten entlassen wurde (Urk. 22).

Mit Verfügung vom 31. Januar 2017 (Urk. 25) wurde der Rechtsvertreter der verstorbenen Versicherten und der den Prozess weiterführenden Erbin auf gefordert, dem Gericht die in Aussicht gestellten Berichte einzureichen. Am 1. Februar

2017 (Urk. 26) reichte dieser die entsprechenden Berichte (Urk. 27/1-3) ein, was den übrigen Parteien am 9. Februar 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 29). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 13

) - intermittierendes tachykardes Vorhofflattern mit aberranter Leitung - mit 2:1 Überleitung - EKV am 15. März und

2. Mai 2013 - arterielle Hypertonie - akute Niereninsuffizienz - prärenal bedingt bei Tachykardie - insulinpflichtiger Diabetes mellitus seit Dezember 2006 - Status nach Hodgkin-Lymphom Stadium IIa 1994 in vollständiger Remission - Verdacht auf leichtes obstruktives Schlafapnoe/ Hypopnoe-Syndrom bei Adipositas Januar 2011 - Adipositas per magna - latente Hypothyreose - unklare Leberparenchymveränderung - differentialdiagnostisch kardiale Leberzirrhose, Adenomatose, transiente Perfusionsanomalie - ringförmiges Exanthem abdominal

Dazu hielten die Ärzte unter anderem fest, in Zusammenschau der Befunde sei die Symptomatik als Zeichen einer erneuten kardialen Dekompensation im Rahmen des tachykarden Vorhofflatterns zu sehen. In der Verlaufskontrolle

hätten sich die Beschwerden bereits deutlich regredient und die Dyspnoe und Leistungsminderung verbessert gezeigt. Der Versicherten

sei erneut eine Gewichtsreduktion nahegelegt worden. Zur weiteren Betreuung bezüglich der Gewichtsreduktion, des Diabetes mellitus und der Hypothyreose sei sie

im endokrinologischen Ambulatorium angemeldet worden. Einen bariatrischen Eingriff lehne die Patientin weiterhin ab. 3.2

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 3. Februar 2014 (Urk. 6/27/1-3) aus, er behandle die Versicherte seit 1990 (Ziff. 1.2) und nannte unter Beilage von weiteren Berichten (vgl. Urk. 6/27/5-11) die bekannten Diagnosen (Ziff. 1.1). In der bisherigen Tätigkeit sei die Versicherte seit 4. März 2013 bis auf weiteres beziehungsweise bis 28. Februar 2014 zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht mehr gerechnet werden (Ziff. 1.9). 3.3

Im Bericht des D.____, Klinik für Kardiologie, vom 19. Februar 2014 (Urk. 6/31/6-7 = Urk. 3/4) führten die Ärzte aus, in der heutigen kardiologischen Verlaufskontrolle schildere die Versicherte einen stabilen klinischen Verlauf mit einer weiter bestehenden hochgradigen Bewegungseinschränkung im Alltag durch die Gelenkschmerzen. Zu Episoden von Palpitationen sei es nicht gekommen. Klinisch sei die Versicherte normotensiv und kardio pulmonal kompensiert. Der arterielle Hypertonus sowie der Diabetes seien gut eingestellt. Die transthorakale Echokardiographie zeige unverändert zur Voruntersuchung im Jahr 2013 eine schwere Trikuspidalinsuffizienz mit Dilatation des rechten Ventrikels bei erhaltener sowohl links- wie rechts ventrikulärer Funktion. Klinisch limitierend sei aktuell vor allem die Schmerzsymptomatik im Rahmen der Adipositas und der assoziierten Gelenksbeschwerden, so dass es im Alltag zu keiner kardialen

Belastungssituation komme (S. 2). 3.4

Dr. med. Dr. rer. pol. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 11. April 2014 (Urk. 6/33/3-4) aus, für die zuletzt ausgeführte Tätigkeit bestehe seit dem 4. März 2013 eine 0%ige Arbeitsfähigkeit. In einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Wechselschichten sitzend bestehe seit jeher eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. 3.5

Im Bericht des D.____, Klinik für Kardiologie, vom 25. Juli 2014 (Urk. 6/43 = Urk. 3/5) führten die Ärzte aus, bei der Versicherten

besteht aktuell ein stabiler Verlauf mit stabiler Belastungsdyspnoe NYHA II, ohne weitere Herzinsuffizienzzeichen. Im Alltag sei sie vor allen Dingen limitiert durch die Beinschwäche sowie Schmerzen im Rücken und den Knien. Es erfolgt zwar ein regelmässiges Kraft- und Aufbaustraining, die Leistungsfähigkeit sei jedoch weiterhin stark eingeschränkt. Klinisch präsentiere sich die Versicherte kardiopulmonal kompensiert, normoton und normokard. Echo kardiographisch finde sich ein unveränderter Befund mit schwerer Trikuspidalinsuffizienz bei Retraktion des septalen Segels. Der rechte Ventrikel zeige weiterhin eine normale Funktion und sei allenfalls leicht dilatiert. Die Funktion des linken Ventrikels sei normal.

Somit finde sich aus kardiologischer Sicht ein stabiler Verlauf bei schwerer Trikuspidalinsuffizienz. Klinisch limitierend sei aktuell für die Patientin im Alltag eine ausgeprägte Beinschwäche sowie Schmerzen im Rücken und diversen Gelenken, welche sicher im Rahmen der morbid Adipositas zu werten seien. In diesem Zusammenhang komme es nur selten zu einer kardio-pulmonalen Belastungslimitation.

Aufgrund der morbid Adipositas und ihren Begleiterkrankungen sei die Patientin nicht voll arbeitsfähig. Ein Belastungstest

sei aus diesem Grund nicht aussagekräftig möglich gewesen (S. 2). 3.6

Dr. med. F.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie, Oberärztin i.V., sowie Dr. med. G.____, Assistenzärztin, Klinik für Kardiologie des D.____, führten in der Stellungnahme vom 3. Oktober 2014 (Eingangsdatum, Urk. 6/49) aus, bei der Versicherten bestehe eine morbid Adipositas mit einem BMI von 45,7kg/m², welcher zu einer ausgeprägten Beinschwäche sowie Rücken- und Knieschmerzen führe, welche die Versicherte stark in ihrer Beweglichkeit einschränken würden. Zudem bestehe eine multifaktorielle Belastungsdyspnoe NYHA II zum einen im Rahmen der morbid Adipositas, zum anderen im Rahmen der schweren Trikuspidalinsuffizienz. Ein Belastungstest zur Objektivierung der Leistungsfähigkeit sei auf Grund der muskuloskelettalen

Beschwerden sowie der eine adäquate Beweglichkeit verunmöglichenden morbid Adipositas nicht möglich gewesen. Die Versicherte sei für ihren angestammten Beruf als Warendisponentin nicht arbeitsfähig. Denkbar sei allenfalls eine angepasste Tätigkeit, welche sitzend mit nicht wechselbelastenden, leichten Belastungen einhergehe. In einer angepassten Tätigkeit wäre zu Beginn eine 30%ige Arbeitsfähigkeit anzunehmen, welche im Verlauf eventuell gesteigert werden könne. Diese Situation bestehe seit Beginn der Betreuung der Versicherten im März 2013. 3.7

Im Austrittsbericht des Rehabilitationszentrums der B.____ vom 3. Dezember 2014 (Urk. 6/58 /5-13) über die stationäre Behandlung vom 29. Oktober bis 18. November 2014

fürten die Ärzte aus, bei der Versicherten bestehe aktuell ein stabiler Verlauf mit stabiler Belastungsdyspnoe NYHA II. Die Versicherte sei limitiert durch die Beinschwäche sowie Schmerzen im Rücken und den Knien. Nach Eintritt sei am 29. Oktober 2014 ein Kontrollröntgenbild der beiden Knie durchgeführt worden, welche deutliche Zeichen einer Retropatellar-Arthrose mit Lateralisation der Patella beidseits gezeigt hätten. Im Verlauf sei ein Kraft- und Aufbautraining durchgeführt worden, die Leistungsfähigkeit sei jedoch weiterhin stark eingeschränkt (S. 2 oben).

Die Versicherte habe motiviert an einem physiotherapeutisch geleiteten, ärztlich supervisierten medizinischen Trainingsprogramm sowie an den Informationsveranstaltungen (Vorträge, Gruppengespräche und Beratungen mit Schwerpunkt kardiovaskuläre Risikofaktoren) im Rahmen des kardialen Rehabilitationsprogrammes teilgenommen und gute Fortschritte verzeichnet. Im 6-Minuten-Gehtest habe sie sich von initial 55 Meter auf 110 Meter steigern

können. Ebenso habe sie sehr vom allgemeinen Kraft- und Konditionsaufbau in der medizinischen Trainingstherapie profitiert (S. 2 Mitte). 3.8

Dr. C.____ (vorstehend E.

3.2) führte im Bericht vom 9. Februar 2015 (Urk. 6/58/1-4) aus, dass die Befunde unverändert seien (Ziff. 1.3) und die Versicherte nach wie vor nicht arbeitsfähig sei (Ziff. 2.1-2). 3.9

Dr. E.____ (vorstehend E. 3.4), RAD, führte in den Stellungnahmen vom 11. März 2015 (Urk. 6/65/3-4) sowie vom 1. Juni 2015 (Urk. 6/65/4-5) aus, eine morbid Adipositas schränke die Beweglichkeit stark ein. Zudem bestünden multifaktorielle Belastungsdyspnoen. In der angestammten Tätigkeit als Warendisponentin sei die Versicherte nicht mehr arbeitsfähig. Für eine überwiegend sitzende Tätigkeit bestehe seit März 2013 eine 30%ige Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der verbesserungsfähigen Prognose für eine adaptierte Tätigkeit sollte in sechs bis neun Monaten eine vorzeitige Überprüfung des Gesundheitszustandes durchgeführt werden. Bis dahin sollte eine Gewichtsreduktion als medizinische Massnahme auferlegt werden (drei bis fünf Kilogramm innerhalb eines Jahres). Diese Behandlung sei medizinisch indiziert und geeignet, die Arbeitsfähigkeit zu verbessern. Zudem sei sie medizinisch zumutbar. 3.10

Die Ärzte des D.____, Klinik für Kardiologie, führten im Bericht vom 30. März 2015 (Urk. 6/84/25-26 = Urk. 3/7) aus, nachdem bei der Versicherten in der Rehabilitation B.____ ein 6-Minuten-Gehtest durchgeführt worden sei und sie aktuell mit Krücken (Retropatellararthrose beidseits) relativ eingeschränkt laufen könne, sei aktuell kein erneuter 6-Minuten-Gehtest durchgeführt worden. Insgesamt bestehe anamnestisch eine stabile kardiale Situation. Die Versicherte könne aus kardialer Sicht ihr körperliches Training gelenkschonend im Schwimmbad durchführen (S. 2). 3.11

Im Bericht des D.____, Interdisziplinäre Intensivstation, Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin, vom 24. März 2016 (Urk. 27/3) berichteten die Ärzte über die Hospitalisation vom 24. Februar bis 24. März 2016 nach hausärztlicher Zuweisung bei kardialer Dekompensation und fehlender Besserung durch die ambulante Therapie. Dazu führten sie unter anderem aus, in den letzten vier bis fünf Monaten sei es zu einer Gewichtszunahme von mindestens 20

kg gekommen.

Bei Eintritt habe sich die Versicherte kardial dekompensiert mit Beinödemen, Aszites und konventionell-radiologisch kardiopulmonaler Stauung. Es fanden sich hypotone

Blutdruckwerte, welche anamnestisch bereits vor Eintritt festgestellt worden seien. Es sei unklar, wie schnell sich die Nierenfunktion verschlechtert habe. Es sei ein kardiorespiratorisches Syndrom

bei ausgeprägter Trikuspidalinsuffizienz und konsekutivem Low-output zu vermuten (S. 2 oben).

Aufgrund von Katecholaminbedarf und Anurie sei die Übernahme auf die Intensivstation erfolgt. Am 28. Februar 2016 sei es zu einem Kreislaufzusammenbruch mit Bewusstseinsverlust gekommen.

Nach Wiedererlangung des Bewusstseins habe sich eine Hemiplegie linksseitig mit einer Blickdeviation nach rechts gezeigt. Im Schädel-CT habe eine Blutung oder Ischämie ausgeschlossen werden können. Anschliessend sei die Hemiplegie komplett regredient gewesen. Nach Rücksprache mit den Kollegen der Neurologie habe es sich um eine symptomatische Epilepsie im Rahmen der Hämodialyse handeln können (S. 2 unten).

Echokardiographisch habe sich sowohl am 1. als am 12. März

2016 ein unveränderter Befund stark dilatiertem rechten Ventrikel mit diastolischem D-Shaping gezeigt. Die linksventrikuläre Funktion sei erhalten gewesen (S. 3 Mitte).

In mehreren ausführlichen Familiengesprächen sei die Situation mit den Angehörigen besprochen worden. Das Minimalziel, die Intensivstation verlassen zu können, habe trotz voller Therapieausschöpfung nicht erreicht werden können, weshalb ein Therapierückzug mit Sistieren der antibiotischen Therapie, der Katecholamine und des Hämofilters entschieden worden sei.

Dies sei am 23. März 2016 in die Wege geleitet worden, worauf die Patientin am 24. März 2016 verstorben sei (S. 3 Mitte). 3.12

Dr. C.____ (vorstehend E.)

3.2) führte im Bericht vom 31. März 2016 (Urk. 27/1/2) aus, er betreue die Versicherte seit 1990. Sie sei schon zu diesem Zeitpunkt übergewichtig gewesen. Ab 2000 sei es zu vermehrtem Stress, Migräne und einer psychischen Belastung gekommen, welche zur Gewichtszunahme geführt hätten (Ziff. 1). Es habe eine schwere Trikuspidalinsuffizienz ausgelöst am ehesten durch eine Radiotherapie im Oktober 1994 wegen eines Hodgkin-Lymphoms bestanden (Ziff. 2). Der Diabetes mellitus Typ (Erstdiagnose Dezember 2006) hätte durch eine Gewichtsreduktion positiv beeinflusst werden können, was für die Arbeitsfähigkeit aber nicht relevant gewesen sei. Die Trikuspidalinsuffizienz bei Retraktion des septalen Segels hätte durch eine Gewichtsreduktion nicht positiv beeinflusst werden können. Es wäre nicht realistisch gewesen, dass die Versicherte in absehbarer Zeit so viel hätte abnehmen können, dass sie ihre Arbeitsfähigkeit wieder erlangt hätte. Die Gewichtsreduktionsversuche seien auch wegen des Herzleidens und der Stoffwechselstörungen gescheitert (Ziff. 3). Ausserdem habe die Versicherte an psychischen Problemen gelitten (Ziff. 4). 4. 4.1

Unbestritten und gemäss vorliegender Aktenlage ausgewiesen ist, dass die Versicherte an einem

polymorbiden Beschwerdebild

litt und infolgedessen in der angestammten Tätigkeit als Warendisponentin nicht mehr arbeitsfähig war. Uneinigkeit besteht hingegen bei der Beurteilung der Auswirkungen der vorliegenden Diagnosen, insbesondere der morbid Adipositas, auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in einer adaptierten Tätigkeit.

Die involvierten Ärzte sowie der RAD attestierten übereinstimmend auch in einer adaptierten Tätigkeit eine hohe Arbeitsunfähigkeit und gingen von einer 30%igen Arbeitsfähigkeit in einer sitzenden nicht wechselbelastenden leichten Tätigkeit aus. Demgegenüber führte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung aus, dass es sich bei den gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Versicherten lediglich um Begleiterkrankungen der Adipositas gehandelt habe und diese für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes begründet habe (vgl. vorstehend E. 2.1). 4.2

Adipositas bewirkt grundsätzlich keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität, wenn sie nicht körperliche oder geistige Schäden verursacht und nicht die Folge von solchen Schäden ist. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, muss sie unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles dennoch als invalidisierend betrachtet werden, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit beziehungsweise der Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich zur Folge hat (SVR 2010 IV Nr. 8 S. 25, 9C_48/2009 E. 2.3; ZAK 1984 S. 345, I 583/82 E. 3; Urteil des Bundesgerichts I 745/06 vom 21. März 2007 E. 3.1). 4.3

Die Adipositas muss unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles mithin bereits dann als invalidisierend betrachtet werden, wenn sie für sich allein weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden voraussichtlich keine rentenbegründende Auswirkungen mehr auf die Leistungsfähigkeit im Beruf oder im Aufgabenbereich hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_74/2008 vom 22. August 2008 E. 2.2 mit Hinweis).

Davon ist im vorliegenden Fall auszugehen. Die Versicherte

litt bereits seit 1990 an massivem Übergewicht (vgl. Urk. 6/27 Ziff. 1.1) und es gelang ihr trotz dokumentierter Bemühungen (vgl. Urk. 6/27/6, 6/43/2,

Urk. 6/47/1) und eines mehrwöchigen stationären Klinikaufenthaltes (vgl. vorstehend E.

3.7) nicht, ihr Gewicht wesentlich zu reduzieren. Die Versicherte wog bei ihrem Austritt aus der stationären Rehabilitation sogar mehr, als bei ihrem Eintritt (vgl. Urk. 6/58/8).

Soweit die Beschwerdegegnerin diesbezüglich vorbringt, dass die Versicherte im Rahmen des kardialen Rehabilitationsprogrammes gute Fortschritte erzielt und sehr vom allgemeinen Kraft- und Konditionsaufbau in der medizinischen Trainingstherapie profitiert habe und daher davon auszugehen gewesen sei, dass voraussichtlich keine bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit vorgelegen habe (vgl. Urk. 5 S. 2), vermag dies nicht zu überzeugen. So hielten die Ärzte im Austrittsbericht über den stationären Aufenthalt im Rehabilitationszentrum der B.____ fest, dass die Leistungsfähigkeit der Versicherte trotz Kraft- und Konditionsaufbau weiterhin stark

eingeschränkt gewesen sei (vgl. vorstehend E.

3.7). Das Ausmass der Einschränkung zeigt e sich eindrücklich in den Resultate n des 6-Minuten Gehtests , welcher der Abschätzung und Kontrolle der kardiovaskulären und pulmonalen Leistungsfähigkeit unterhalb der ana eroben Schwelle dient . Zwar konnte sich die Versicherte von initial 55 auf 110 Meter steigern, doch lag sie auch damit noch immer weit unter dem Normbereich eines Gesunden. Selbst unter Einbezug der Grösse, des Gewichts und des Alters der Versicherte n

lag sie immer noch deutlich unter

ihrem Soll wert (vgl. zum Ganzen <http://www.i>

g

ptr.ch/cms/uploads/PDF/

PTR/

ass_artikelserie /pp606_Assessment_Timed-walking.pdf). Weiter geht auch aus dem Bericht des D.____ hervor, dass die Leistu ngsfähigkeit trotz regelmässigen Kraft- und Ausdauertraining s weiterhin stark eingeschränk t war (vgl. vorstehend E. 3.5). 4.4

Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin finden sich k eine

dahingehen den fachärztlichen Aussagen oder sonstige Anhaltspunkte da fü r, dass die Versicherte ihr Übergewicht durch eine geeignete Behandlung oder durch eine zumutbare Gewichtsabnahme soweit hätte reduzieren k ö nn en , dass ihr Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtli ch bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit beziehungsweise der Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich zur Folge gehabt h ä t te .

Die Versicherte l it t neben der morbidem Adipositas an zahlreichen weiteren Diagnosen, insbesondere an einer schweren Trikuspidalinsuffizienz , welche nicht in direktem Zusammenhang mit der Adipositas st and . Angesichts des polymorbiden Beschwerdebildes findet damit auch die Ansicht der Beschwer degegnerin , wonach keine Anhaltspunkte best a nden hätten , dass die gesund heitlichen Beeinträchtigungen der Versicherte n auch bei geeigneter Behand lung der Adipositas beziehungsweise zumutbarer Gewichtsabnahme fortbe st and en hätten (vgl. Urk. 5 S. 1), in den medizinischen Akten keine Stütze. Vielmehr g ing en alle involvierten Ärzte und selbst der RAD nachvollziehbar von einer lediglich 30%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit aus. 4.5

Der Verlauf des polymorbiden Beschwerdebildes zeigte sodann, dass das allenfalls für möglich gehaltene Potential zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht realisiert werden konnte. Aus dem Bericht des D.____ vom 24. März

2016 (vgl. vorstehend E.

3.11) geht sogar hervor, dass die Versi cherte in den letzten vier bis fünf Monaten mindestens 20 kg zugenommen hatt e. Angesichts des massiven Übergewichts der Versicherte n

wäre auch von der vom RAD-Arzt Dr. E.____ im Sinne der Schadenminderungspflicht vor geschlagene n Gewichtsreduktion von drei bis fünf Kilogramm innerhalb eines Jahres (vgl. vorstehend E.

3.9) kaum ein wesentlicher Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu erwarten gewesen.

Der Hausarzt der Versicherten, bei welchem sie seit 1990 in Behandlung war, führte im Bericht vom 31. März 2016 (vgl. vorstehend E. 3.12)

bezeichnend erweise aus, dass die Gewichtsreduktionsversuche auch wegen des Herzleidens und der Stoffwechselstörung gescheitert seien und dass es nicht realistisch gewesen wäre, dass die Versicherte in absehbarer Zeit so viel hätte abnehmen können, dass sie ihre Arbeitsfähigkeit wieder erlangt hätte. Dies ist angesichts des bisherigen Verlaufs und der Polymorbidität nachvollziehbar und plausibel. 4.6

Nach dem Gesagten steht somit fest, dass die morbid adipositas im Verfügungzeitpunkt als invalidisierend zu betrachten ist. Gestützt auf die vorhandenen Berichte ist damit von einer (höchstens) 30%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit seit März 2013 bis zum Tod der Versicherten am 24. März 2016 (vgl. vorstehend E. 3.11) auszugehen.

Bei diesem Grad der Arbeitsunfähigkeit erübrigt sich angesichts des unbestritten gebliebenen und nach Lage der Akten nicht zu beanstandenden Einkommensvergleichs (vgl. Urk. 2 S. 2) ein bezifferter Einkommensvergleich. Es besteht jedenfalls ein Invaliditätsgrad von mindestens 70 % und somit Anspruch auf eine ganze Rente. 4.7

Die Anmeldung der Versicherten datiert vom 20. Oktober 2013 (vgl. Urk. 6/5). Nach Massgabe von Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente somit ab 1. April 2014 bis und mit dem Monat März 2016, in welchem die Versicherte verstarb (Art. 30 IVG).

Mit dieser Feststellung ist die angefochtene Verfügung, in Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde, aufzuheben. 5.5.1

Da es um die Bewilligung oder die Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Soweit die Beigeladene wie vorliegend aktiv am Verfahren teilgenommen hat, besteht grundsätzlich kein Dispens von der Kostenpflicht (vgl. Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Kommentar, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genève 2009, §

E. 14

N 33 mit Hinweis). Die Gerichtskosten nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss hälftig der Beschwerdegegnerin und der Beigeladenen aufzuerlegen. 5.2.5.2.1

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person 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). 5.2.2

Nach Einsicht in die Honorarnote von Rechtsanwalt Dr. Pierre Heusser vom 29. September 2016 (Urk. 24) ist dieser für seine Bemühungen als unentgeltlicher Rechtsvertreter der verstorbenen

Versicherten mit Fr. 2'219.90 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. 5.2.3

Der obsiegenden und anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin steht eben falls eine Prozessentschädigung zu, die beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. 5.2.4

Unterliegende Beigeladene können nur bei der Bejahung einer mutwilligen oder leichtsinnigen Prozessführung zur Bezahlung einer Prozessentschädigung an die obsiegende Partei verpflichtet werden (vgl. BGE 128 V 323). Ein solches Verhalten lag bei der Beigeladenen nicht vor, weshalb die Prozessentschädigung von der Beschwerdegegnerin zu leisten ist. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 3. Juli 2015 mit der Feststellung aufgehoben, dass die Versicherte vom 1. April 2014 bis 31. März 2016 Anspruch auf eine ganze Rente hatte. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin sowie der Beigeladenen je zur Hälfte auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der verstorbenen Versicherten, Rechtsanwalt Dr. Pierre Heusser, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'219.90.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 400.--

(inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Pierre Heusser - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Dr. Karin Goy - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 6.

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

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