

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00107 vom 12. April 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-04-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00107

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00107 du 12 avril 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00107 del 12 aprile 2019

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des

Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherung srechts, ATSG) . Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es 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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspre chung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Renten anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Än de rung 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). 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 Kon text unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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

E. 1.3

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 Ausgangs Sachverhalt 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 201

E. 1.4.1

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).

E. 1.4.2

).

4.3

Unter diesen Gegebenheiten ist eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit nicht verlässlich zu beurteilen. Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin den rechtserheblichen Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zwecks weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

Danach hat die Beschwerdegegnerin über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin erneut zu verfügen.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5. 5.1

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 im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- festzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1 mit Hinweisen). Entsprechend sind die Kosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzulegen. 5. 2

Überdies hat die obsiegende Beschwerdeführerin Anspruch auf den Ersatz der Parteikosten (§ 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG). Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit

des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Vorliegend erscheint eine Prozessent schädigung von Fr. 1 ' 6 00 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) als angemessen.

Das Gesuch

um unentgeltliche Rechtspflege vom 26. Januar 2018 (Urk. 1 S. 2) erweist sich damit als gegenstands los. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 15. Dezember 2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach Abklärungen im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessent schädigung von Fr. 1 ' 6 00 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Inclusion Handicap - 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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber HurstKübler

E. 3

E. 3.1.2).

E. 3.1

Ob eine revisionsrechtlich relevante Veränderung eingetreten ist, ergibt sich aus dem Vergleich des Sachverhalts, wie er zum Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzu sprache am

E. 3.2.1

Der medizinische Sachverhalt im Zeitpunkt der Rentenzusprache am 13. Juli 2009 stellte sich im Wesentlichen wie folgt dar (vgl. Urk. 10/ 29):

E. 3.2.2

Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Medizinische Onkologie und Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Arztbericht vom

7. Januar 200

E. 3.2.4

Im ärztlichen Bericht vom 20. November 20 0

E. 3.2.5

In seinem ergänzenden

Bericht vom 4. Februar 2009 hielt Dr. C.____ fest, die vermehrte Müdigkeit und die rasche Erschöpfung sei einerseits krankheitsbedingt bei bekannter chronisch myeloischer Leukämie und andererseits auch therapie bedingt bei oraler Therapie mit Glivec . Der Patientin wäre am besten gedient, wenn man es bei der jetzigen Arbeitssituation (60 %-Pensum) belassen würde, zumal sie diese Arbeit mit grossem Engagement und Einsatz erledige . Auch in einer körperlich weniger belastenden Tätigkeit wäre kein höheres Arbeitspensum möglich (Urk. 10/19).

E. 3.2.6

In der RAD-Stellungnahme vom 23. Februar 2009 attestierte med. pract . E.____, Fachärztin FM H für Allgemeine Innere Medizin, der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 60 % in bisheriger und angepasster Tätigkeit . Es sei ein Gesundheitsschaden ausgewiesen, der sich in einer chronisch myelischen Leukämie begründe. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich bei vorliegender bösartiger Blutkrebserkrankung vor allem durch die vermehrte Müdigkeit und rasche Erschöpfung (Urk. 10/29/4).

E. 3.3.1

Dem Revisionsentscheid vom 15. Dezember 2017 lagen insbesondere die folgenden Arztberichte zugrunde:

E. 3.3.2

Im Verlegungsbericht des F.____ vom 31. März 2017 (Hospitalisation vom 20. März 2017 bis 3. April 2017) wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 10/56/2): - Pneumonie rechts bei COPD in unklarem Stadium 20. März 2017 - Chronisch myeloische Leukämie, Philadelphia Chromosom positiv (Erstdiagnose November 2006) - Status nach biventrikulärer Herzinsuffizienz NYHA III-IV Juli 2014 - Arterielle Hypertonie - Mässige Energie- und Eiweissmangelernährung (NRS 4 / Verschlechterung Ernährungszustand Grad 2) Die Patientin habe sich bei Eintritt in erheblich reduziertem Allgemeinzustand und adipösem Ernährungszustand befunden. Während der Dauer der Hospitalisation sei die Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 10/ 56/ 4-5).

E. 3.3.3

Die Ärzte des RehaZentrum s

Z.____ stellten in ihrem Austrittsbericht vom 12. Mai 2017 folgende Diagnosen (Urk. 10/56/9): - COPD im Gold Stadium 2 mit asthmatischer Komponente - Status nach Pneumonie rechts 20. März 2017 - Chronisch myeloische Leukämie, Philadelphia Chromosom positiv (Erstdiagnose November 2006) - Status nach biventrikulärer Herzinsuffizienz NYHA III-IV Juli 2014 - Arterielle Hypertonie Die Patientin sei aus dem Y.____ zur pulmonalen Rehabilitation zugewiesen worden . Klinisch habe eine generalisierte

Kraftlosigkeit und Muskelschwäche im Vordergrund gestanden. Im Verlauf habe sich eine zunehmende respiratorische Verbesserung gezeigt. Lungenfunktionell hätten sich bei Eintritt knapp norm wertige statische und dynamische Lungenvolumina gezeigt, daher sei die Feucht inhalation mit Pulmicort sistiert worden. Eine Verlaufsuntersuchung vor Austritt hätte jedoch eine deutliche Verschlechterung mit nun mittelgradig obstruktiver Ventilationsstörung mit leicht reduzierter Diffusionskapazität gezeigt. Daher werde

bei dieser Ex-Raucherin die Diagnose einer COPD im Gold Stadium II mit asth matischer Komponente gestellt und eine inhalative Therapie mit Symbicort eingeleitet. Die Patientin habe ihren lan gjährigen Nikotinabusus aktuell voll ständig sistieren können, auf ihren Wunsch ohne jegliche Nikotinersatzpräparate. Bei Austritt habe die Patientin im 6-Minuten-Gehtest eine Strecke von 365 m ohne Hilfsmittel zurück legen können (bei Eintritt: 325 m), im Treppentraining habe sie zuletzt 80 Treppenstufen hoch und runter bewältigen können (Urk. 10 /56/10).

E. 3.3.4

In seinem Bericht vom 3. August 2017 stellte Dr. A.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/60/1): - COPD Gold Stadium 2 mit asthmatischer Komponente - Status nach Pneumonie rechts März 2017 - Chronisch myeloische Leukämie November 2006 - Status nach biventrikulärer Herzinsuffizienz NYHA III-IV Juli 2014 - Arterielle Hypertonie mit hypotensiver Krise Februar 2017 Der Gesundheitszustand habe sich seit Februar 2009 dauerhaft verschlechtert. Die höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit begründe sich durch früheres Erreichen der Leistungsgrenze. Als ärztlichen Befund hielt Dr. A.____ eine Anstren g ungsdyspnoe und ein CML gemäss Onkologe fest.

In der bisherigen 60 % Tätigkeit als Küchengehilfin sei die Versicherte zu 50 % arbeits unfähig. Eine Erhöhung der Einsatzfähigkeit sei fraglich, auch wenn die Ver sicherte sehr motiviert sei (Urk. 10/60/1 -3).

Zur Beurteilung, welche Arbeiten der Beschwerdeführerin mit ihren gesundheitlichen Einschränkungen in behinde rungs angepasster Tätigkeit noch zumutbar seien, müsse eine EFL durchgeführt werden (Urk. 10/60/5).

E. 3.3.5

A m 10. August 2017

erstattete Dr. B.____

gegenüber der Pensionskasse der Stadt Winterthur einen vertrauensärztlichen Bericht (Urk. 10/70). Bei der Versicherten handle es sich um eine deutlich übergewichtige Person in rechtem Allgemein zustand, man merke ihr eine leichte Atemnot an, wenn sie spreche, die Sauer stoffsättigung im Blut sei gut, die Lungenuntersuchung zeige eine asthmatische Atmung . Die Leukämie-Medikamente bewirkten als Hauptnebenwirkung eine starke Müdigkeit. Die Einschränkung der Belastung resultiere aus der Kombi na tion der Erkrankungen und der Nebenwirkung der Medikamente. Aufgrund der Unterlagen und des aktuellen Gesundheitszustandes erachte sie die Versicherte als weiterhin mindestens zu 50 % arbeitsunfähig (von 60 %; zusätzlich zu der bisherigen 20% igen IV-Rente). Da die Arbeitsstelle bereits angepasst worden sei, erwarte sie, dass die Arbeitsfähigkeit auch in einer anderen, angepassten Arbeits stelle dauerhaft nicht mehr gesteigert werden könne. Die Versicherte habe bis zum jetzigen Zeitpunkt sämtliche ihr zumutbaren Massnahmen zur

Schadens minderung ergriffen (Urk. 10/70).

E. 3.3.6

Am 16. August 2017 erstattete D ipl. m ed. G.____ , Fachärztin FMH für Innere Medizin sowie für Prävention und Gesundheitswesen , eine Stellungnahme für den RAD. Der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich 2014 vorüber gehend vermutlich infolge einer Medikamentennebenwirkung verschlechtert, hierdurch sei eine Herzleistungsschwäche entstanden, welche aber habe behoben werden k önn e n . Im März 2017 habe die Versicherte eine hypertensive Krise und eine Pneumonie erlitten und habe aufgrund dessen intensivmedizinisch behandelt werden müssen. Die im Anschluss an die Behandlung erfolgte Rehabilitation sei erfolgreich verlaufen, die körperliche Belastbarkeit habe gesteigert werden können . Die CML werde behandelt und befinde sich in einem stabilen Zustand. Rasche Ermüdbarkeit und Leistungsinsuffizienz hätten bereits bei der Rentenzusprache vorgelegen, auch die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung bei Nikotinmiss brauch sei vorbesch r ie b en. Bei der Pneumonie handle es sich um eine Akuter krankung, welche in der Regel keine bleibenden Schäden hinterlasse. Auch eine hypertensive Krise sei vorübergehend und bewirke keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszu standes könne anhand der vorliegenden Arztbefunde aus versicherungsmedi zinischer Sicht nicht festgestellt werden (Urk. 10/61/4).

E. 3.3.7

Dr. med. H.____ , Fachärztin FMH für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, stellte i m Abschlussbericht ambulante pulmonale Rehabilitation des Y.____

vom 29. September 2017 folgende Diagnosen (Urk. 10/73/1) : - COPD Schweregrad 3, Risikoklasse B nach GOLD 2017, Erstdiagnose März 2017 - Status nach Pneumonie rechts März 2017 - Anamnestisch Status nach 3

x Pneumonie, zuletzt 2013 multiple bilaterale Rundherde, maximal 11

x

E. 3.3.8

Mit Schreiben vom 12. November 2017 an die Beschwerdegegnerin

führ te Dr. A.____

unter Nennung der bekannten Diagnosen (vgl. E. 3.3.7) aus, a ufgrund der Diagnose einer schweren chronischen Lungenkrankheit (Austrittsbericht Reha bilitationsklinik Z.____ 3.-2 3. April 2017) sowie der ambulanten pulmonalen Rehabilitation F.____ (Mai bis September 2017) bestehe bei der Patientin eine neu diagnostizierte dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/74/1).

E. 3.3.9

RAD-Ärztin G.____ wies in ihrer Stellungnahme vom 1 5. Dezember 2017 daraufhin, dass die Erstdiagnose der COPD nicht , wie durch das Y.____ festgehalten , im März 2017, sondern bereits 1995 gestellt worden sei. Die Angaben zum Gold-Stadium differierten 2017 von 2 (Z.____ und Dr. A.____ August 2017) bis 3 (Y.____ , 1 5. November 2017). Es sei zusammenfassend weiterhin von einem Gold-Stadium 2 MMRC-Score 2 auszugehen. Damit sollte die Versicherte weiterhin in der Lage sein, die bisherige Tätigkeit im

gewohnten Umfang zu verrichten. Ein Rauchstopp könnte die pulmonale Situation weiter verbessern. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei auch anhand der neu eingereichten Unterlagen nicht ausgewiesen (Urk. 10/75/3-4). 4.

4.1

Aus den vorliegenden ärztlichen

Berichten gehen im massgebenden Beurteilungszeitraum neu die Diagnosen der chronisch obstruktiven Pneumopathie (COPD),

ein Status nach Pneumonie, ein Status nach biventrikulärer Herzinsuffizienz sowie einer arteriellen Hypertonie hervor (vgl. E. 3.3). Diese Diagnosen werden in den Stellungnahmen des RAD denn auch nicht per se in Zweifel gezogen. Richtig ist auch, dass die von Dr. A.____ mit Bericht vom 20. November 2008 beigelegten Akten einen Konsularbericht von Dr. med. I.____, Innere Medizin spez. Pneumologie FMH, vom 3. April 1995 enthalten, worin unter anderem eine chronisch obstruktive Lungenkrankheit und leichte bronchiale Hyperreagibilität als Diagnosen genannt werden, wobei Dr. I.____ die Atembeschwerden auch auf die massive Adipositas zurückführte und die Lungenkrankheit als leicht bis höchstens mittelschwer einstuft (Urk. 10/17/13-14).

Einzig massgebend ist je doch, ob bzw. in welchem Ausmass – unabhängig von der Diagnose – den medizinischen Akten eine erhebliche (andauernde) Verschlechterung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_457/2012 vom 9. Juli 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). 4. 2

In Würdigung der medizinischen Aktenlage ist vorweg festzuhalten, dass sich bei den Akten – wie dies die Beschwerdeführerin zurecht vorbringt (vgl. Urk. 1 S. 12) –

keine fachärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin

findet. Dr. H.____

hat am 29. September 2017 zwar einen fachärztlichen Bericht verfasst, sich darin aber jegliche

Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin

enthalten (vgl. E. 3.3.7).

In der RAD-Stellungnahme vom 15. Dezember 2017 wird eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit primär damit verneint, dass hinsichtlich der COPD weiterhin von einem Gold-Stadium 2 MMRC-Score 2 auszugehen sei (vgl. E. 3.3.9). Wie bereits darob zum Stellenwert der Diagnosestellung bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abgehandelt, geht dieser Schluss aus versicherungsmedizinischer Sicht fehl (vgl. dazu oben E. 4.1). Ob die Erstdiagnose einer COPD bereits im Jahr 1995 und nicht erst im März 2017 gestellt wurde (vgl. E. 3.3.9), ist für die Beurteilung der Rentenrevision insofern nicht von Belang, als der Rentenzusprache im Juli 2009 – als Vergleichsbasis (vgl. E. 1.3) – nachweislich keine COPD zu Grunde lag (vgl. E. 3.2). Ferner unterlegt Dr. G.____ ihre Einschätzung der unveränderten Arbeitsfähigkeit nicht mit objektiven Befunden und lässt die diesbezügliche Abweichung von der Einschätzung von Dr. A.____ unbegründet (vgl. Urk. 10/74/3-4).

Die ärztlichen Berichte von Dr. A.____ und Dr. B.____ stimmen im Wesentlichen und insbesondere hinsichtlich der zumutbaren Arbeitsfähigkeit überein und be ruhen – im Gegensatz zu den RAD-Stellungnahmen – auf persönlichen Untersuchungen der

Beschwerdeführerin. Inhaltlich ist z um

vertrauensärztlichen Bericht

von Dr. B.____

jedoch anzumerken, dass es diesem

an einer Unterscheidung zwischen Schilderungen der Beschwerdeführerin bzw. ihrer Vorgesetzten und eigenen ärztlichen Beobachtungen mangelt (vgl. Urk. 10/70) . Der ärztliche Bericht von Dr. A.____ vom 3. August 2017 ist sehr knapp gehalten. So äussert er sich insbesondere nicht zu einer behinderungsangepassten Tätigkeit der Versicherten, sondern belässt es diesbezüglich bei einem Verweis auf die Notwendigkeit einer EFL (vgl. Urk. 10/60/1-5). Die beiden ärztlichen Berichte erweisen sich damit

nicht als geeignet, um

eine relevante Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit der

Beschwerdeführerin zu belegen. Dennoch vermögen sie – zusammen mit den weiteren Umständen – doch zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit der Stellungnahmen von RAD-Ärztin G.____ zu wecken , weshalb darauf nicht abgestellt werden kann

(vgl. E.

E. 7

Januar 2010 bestand (Urk. 10/ 46) – da im Rahmen der Rentenbestätigung am 3. August 2011 (Urk. 10/54) nur eine rudimentäre Prüfung des Rentenanspruchs erfolgte (vgl. Urk. 10/53) – mit demjenigen, welcher der hier angefochtenen Verfügung vom 15. Dezember 2017 (Urk. 2) zugrunde liegt.

E. 08

diagnostizierte CML (Urk. 10/16/6 ; vgl. E. 3.2.2) . Die Versicherte befinde sich derzeit in einem guten Allgemeinzustand, es bestehe eine relativ rasche Ermüdung bei körperlicher Tätigkeit. Objektiv zeige sich zurzeit ein unauffälliger internistischer Status bei CML in Remission in chronischer Phase und unter

Glivec - Therapie . Die Prognose sei kurz und mittelfristig exzellent, langfristig ungewiss. Es bestehe eine Einschränkung des Konzentrations - und Auffassungsvermögens sowie der Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit. Die Versicherte sei in bisheriger Tätigkeit seit dem 15. September 2007 auch auf längere Sicht für 60 % arbeitsfähig . In diesem Pensum bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit (Urk. 10/16/5 -7).

E. 8

bestätigte Dr. C.____ die von ihm im Vorbericht vom 7. Januar 20

E. 11

mm Erstdiagnose November 2015 (Lindberg) - Chronisch myeloische Leukämie, Philadelphia Chromosom positiv (Erstdiagnose November 2006) - Status nach biventrikulärer Herzinsuffizienz NYHA III-IV Juli 2014 - Arterielle Hypertonie Die Patientin habe mit grosser Motivation an allen 36 Trainingseinheiten teil genommen und bei Abschluss über mehr Kraft und Ausdauer im Alltag berichtet. Es habe eine klinisch signifikante Zunahme der Wiederholungen im Sit - to -Stand-Test objektiviert werden können. Im 6-Minuten-Gehtest habe lediglich eine klinisch knapp nicht signifikante

Verbesserung bei jedoch deutlicher Abnahme der Dyspnoe unter Belastung (Borg 9 auf 3) erfasst werden können. Im CRQ

(Chronic

Respiratory

Questionnaire , standardisierter Quality- of -Life-Fragebogen für Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen) habe sich nur im Bereich Lebensbewältigung eine signifikante Verbesserung gezeigt. In den übrigen Bereichen habe teils gar eine Verschlechterung verzeichnet werden müssen , was die Patientin mit einer depressiven Stimmungslage aufgrund des 3. Todestages ihres Bruders erklärt habe. Hinsichtlich der neu diagnostizierten COPD liege aktuell mit einem FEV 1 von 51% und einer Dyspnoe mMRC Score 2 ein Schweregrad 2 und eine Risikoklasse B nach neuer Gold Klassifikation 2017 vor. Die Dringlichkeit eines Rauchstopps sei aus prognostischer Sicht mehrfach thematisiert worden, aktuell rauche die Patientin noch 20 Zigaretten/Tag. Die Patientin habe mit der Rauchstoppberaterin einen Rauchstopp ab dem 1. Oktober 2017 mithilfe von Nicoretteinhaler und – pflaster besprochen (Urk. 10/73/2).

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