

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00399 vom 5. Juni 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-06-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00399

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00399 du 5 juin 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00399 del 5 giugno 2024

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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 intertemporalrechtlichen 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. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, 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.

E. 1.4

hiervor). Streitig ist dagegen, in welchem Umfang der Versicherte bis zu seinem Todestag in einer Verweist ätigkeit arbeits fähig war .

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Juni 2023 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das poly dis ziplinäre Gutachten der B.____ AG in C.____ vom 29. März 2021 (vgl. vorstehend E.

3.1), wonach ein chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom sowie ein chronifiziertes, rezidivierendes zervikovertebrales Schmerzsyndrom

die Arbeitsfähigkeit einschränkten . 4.2

Streitig und zu prüfen ist zunächst , ob die Auswahl der Gutachterstelle recht mässig erfolgt ist. 4.2 .1

Die Beschwerdeführerin rügt eine Verletzung des Zufallsprinzips und macht geltend, dass mehrere Gutachter sowohl für B.____ AG

in C.____ als auch für die B.____ AG in U.____

tätig seien (Urk. 1 S.

E. 1.4.1

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). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 1.4.2

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Verminderung der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung 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. 1.5.1

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 arbeitsunfähig 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. 1.5.2

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 8C_385/2023 vom 30. November 2023 E. 4.2.1).

E. 1.5.3

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen). 2.

2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 19. Juni 2023 (Urk. 2) hielt die Beschwerdegegnerin fest, die medizinische Abklärung habe ergeben, dass dem verstorbenen Versicherten die angestammte Tätigkeit als Gärtner seit März 2016 nicht mehr zumutbar gewesen sei. In einer den Leiden angepassten Tätigkeit sei er jedoch uneingeschränkt arbeitsfähig gewesen. Die eingereichten Unterlagen hätten ein psychiatrisches Leiden nicht nachvollziehbar plausibel machen können. Auch eine relevante neuropsychologische Einschränkung sei nicht beschrieben worden. Es sei nicht eindeutig von einem Suizid im Rahmen einer Depression auszugehen. Vielmehr bleibe die Ursache des Suizides unklar. Somit sei eine Änderung der versicherungsmedizinischen Beurteilung nicht möglich. Am Einkommensvergleich sei deshalb festzuhalten. Es resultiere ein Invaliditätsgrad von 2 %.

2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 18. August 2023 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, der verstorbene Versicherte sei aufgrund seiner diversen körperlichen Beschwerden seit dem 21. März 2016 nicht mehr arbeitsfähig gewesen. Sodann habe er an einer chronifizierten, mittel schweren bis schweren depressiven Störung mit Krankheitswert gelitten, die mit mehr als überwiegender Wahrscheinlichkeit zum Tod am 13. März 2023 geführt habe. Insofern sei erstellt, dass er seit dem 21. März 2016 zu 100 % erwerbsunfähig gewesen sei, weshalb der Rentenanspruch spätestens nach Ablauf des Wartjahres am 1. März 2017 entstanden sei. Überdies sei das Gutachten der B. ___ AG in C. ___ vom 29. März 2021 nicht verwertbar, was auch die Beschwerdegegnerin bestätigt habe, indem sie eine erneute Begutachtung für zwingend notwendig erachtete. Auf das

Gutachten der B.____ AG in C.____ könne entsprechend nicht abgestellt werden. 3. 3.1

Im Auftrag der Beschwerdegegnerin wurde Y.____ sel. am 1., 3. und 22. Dezember 2020 sowie am 7. Januar 2021 in der B.____ AG in C.____ poly - disziplinär untersucht und begutachtet. 3.1.1

Laut Dr. med. H.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, könne keine psychiatrische Diagnose verifiziert werden. Dies liege zum einen am vagen Antwortverhalten des Versicherten, zum anderen aber auch daran, dass die von ihm angegebenen Symptome keinem bekannten psychiatrischen Krankheits bild zugeordnet werden könnten. So hätten sich im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung keine Gedächtnisprobleme gezeigt. Hiergegen spreche auch, dass der Versicherte das (vorgängig stattgehabte) Gespräch mit dem Rheumatologen habe erinnern können und die ihm zur Bearbeitung übergebenen Fragebögen zielführend auszufüllen vermochte. Er habe während des Gesprächs nie den roten Faden verloren und sich an kurze Zeit zurückliegende Daten genauso gut erinnern können wie an andere biografische Daten, beispielsweise seinen Hochzeitstag . Ferner bilde sich die vom Versicherten beschriebene depressive Symptomatik nicht in seinem Auftreten ab und passe auch nicht zur Urlaubsfahrt nach Österreich oder zum Sich-Kümmern um Pflanzen und Tiere und die Möglichkeit, dabei Freude zu empfinden. Dies spreche gegen eine schwere depressive Symp to matik (Urk. 8/195/53 f.). Insgesamt habe aus psychiatrischer Sicht kein Krank heits bild ver i fiziert werden können, insbesondere keine Depression und auch keine Demenz. Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt . In Anlehnung an das Mini-ICF-APP liege beim Versicherten keine bzw. allenfalls eine leichte Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexi bilität und der Umstellungsfähigkeit, der Fähigkeit zur Anwen dung fach licher Kompetenzen, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Durch halte fähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppen fähig keit, der Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehun gen, der Fähig keit zu Spontan-Aktivitäten sowie der Fähigkeit zur Selbst pflege und der Verkehrs fähigkeit vor (Urk. 8/195/56) . 3.1.2

Im Rahmen der neurologischen Exploration berichtete Dr. med. J.____ , Facharzt für Neurologie, der Versicherte habe über seit vielen Jahren bestehende permanente Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) mit Aus strah lung entlang der Ober- und Unterschenkelaussenseite bis zu den Füßen geklagt. Ferner habe er geklagt, dass alles nur noch sehr langsam gehe. Gemäss Dr. J.____ zeige der klinisch-neurologische Untersuchungsbefund keine sichere Störung der Hirnwerkzeugfunktionen. Hinweise auf eine Demenzerkrankung finde sich aus neurologischer Sicht nicht. Nervale Dehnungszeichen würden weder zervikal noch lumbal vorliegen. Die Hirnnervenfunktion stelle sich in allen Einzelheiten regelrecht dar; ebenso die koordinativen und vegetativen Funktionen. Manifeste oder latente Paresen würden nicht vorliegen. Die Reflex tätigkeit stelle sich auf schwachem Niveau seitengleich normal dar und zeige die Intaktheit der Reflex bögen an. Bei der Überprüfung der Sensibilität habe der Versicherte für alle Qualitäten ein normales Empfinden angegeben. Hinweise auf eine Rückenmarks schä digung gebe es nicht. Zusammenfassend liege aus neurologischer Sicht keine Ein schränkung vor (Urk. 8/195/66). Es bestehe eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen der Angabe permanenter starker und stärkster Schmerzen im Bereich der LWS mit Ausstrahlung in beide Beine einerseits sowie dem Fehlen jedweder nervaler

Dehnungszeichen andererseits und auch dem Fehlen einer Schmerzäußerung während der klinischen Untersuchung. Die angegebene Schmerzsymptomatik finde keine organoneurologische Erklärung (Urk. 8/195/67) . 3.1.3

Aus allgemeinmedizinischer Sicht – so Dr. med. J.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin – seien die allgemeinmedizinischen Diagnosen ohne Belang betreffend Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/195/82). 3.1.4

Dr. med. K.____, Facharzt für Rheumatologie sowie Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, konstatierte, die vom Versicherten angegebenen Beschwerden würden in erster Linie einem chronifizierten lumbospondylogenen Schmerzsyndrom mit pseudoradikulären, linksbetonten Beinschmerzen (ischialgiforme Schmerzen), derzeit ohne Hinweis auf eine aktive Neurokompression, anamnestisch und auch klinisch ohne Hinweis auf ein Syndrom des engen Spinalkanals, entsprechen. Mehrere Magnetomographien der LWS seien durchgeführt worden, eine Pathologie im Bereich der Iliosakralgelenke bzw. eine nervenkomprimierende Diskushernie seien bislang jedoch nie beschrieben worden. Die aktuell angefertigten Röntgenaufnahmen der LWS hätten – abgesehen von Befunden, die mit einer beginnenden Segmentdegeneration L4-S1 vereinbar seien – keine wesentlichen pathologischen Befunde ergeben. Die Weichteilschmerzen um beide Hüftgelenke bzw. in der Gesäßgegend beidseits seien Ausdruck einer muskulären Dysbalance mit schmerzhaften Myogelosen und Myotonien

mit eindeutig positivem Piriformisdehnungsschmerz. Es sei denkbar, dass ein Teil der im Hüftbereich beschriebenen Beschwerden auf eine beginnende Arthrose zurückgeführt werden könne. Eine diskrete Hüftgelenksarthrose an beiden Hüftgelenken sei anlässlich einer Beckenröntgenaufnahme vom 30. Januar 2018 beschrieben worden. Die im vorderen Kniegelenkskompartiment lokalisierten, selten auftretenden Knie schmerzen seien Ausdruck einer beginnenden Femoropatellararthrose, welche für die Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit hingegen nicht von Bedeutung sei. Neben diesem lumbospondylogenen Syndrom bestehe ein chronifiziertes, rezidivierendes zervikovertebrales Schmerzsyndrom auf der Grundlage einer wenig ausgeprägten Mehrtagen degeneration mit degenerativen Diskopathien und kleinen mediolateralen Diskushernien auf den Segmenten C5/C6 und C6/C7, mit einer Betonung des Segmentes C6/7. Die heutige klinische Untersuchung ergebe eine relativ gute Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS) und keine Hinweise auf ein radikuläres Schmerzgeschehen. Weitere Pathologien am Bewegungsapparat mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit würden zurzeit nicht bestehen. Seitens der rheumatologischen Beurteilung ergebe sich eine mindestens mittelgradige Einschränkung der zumutbaren Belastbarkeit des Achsenskeletts, insbesondere für alle den Rücken belastenden Tätigkeiten. Die bisherige Tätigkeit als Landschaftsgärtner sei dem Versicherten seit Auflösung des Arbeitsvertrags Ende 2016 nicht mehr zumutbar. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei ihm aus rein rheumatologischer Sicht

jedoch

ganztagig zumutbar. Der rheumatologische Gutachter formulierte folgendes Belastungsprofil: Vermeiden von wiederholtem Bücken und Aufrichten, Anheben und Tragen von Lasten über 7

kg, vermeiden von Arbeiten in der chronischen Vorneigehaltung des Rumpfes, in kniender oder kauender Position, von Arbeitstätigkeiten in schräger Hanglage und mit rein statischen Belastungen des Achsenskeletts im Sitzen und im Stehen, ohne die Möglichkeit

zu Wechsellagen. Diese Einschätzung gelte seit Ende 2016. Die Niederlegung der Arbeit Mitte März 2016 sei gemäss Aussage des Versicherten nicht primär aus Gründen von Schmerzen am Bewegungsapparat erfolgt, sondern weil er zu jenem Zeitpunkt ein Burnout-Syndrom erlitten habe

(Urk. 8/195/94 f.). 3.1.5

Die am 3. Dezember 2020 durchgeführte neuropsychologische Abklärung ergab eine auffällige Performanzvalidierung

und Inkonsistenzen. So habe der Versicherte während der Untersuchung eine gute Erinnerungsfähigkeit für Gesagtes oder Geschehenes gezeigt und auch die Ereignisse der letzten Tage, Monate und Jahre ausreichend erinnern können. Dies stehe im Widerspruch zu den deutlich eingeschränkten Lern- und Gedächtnisleistungen in der Testung. Auch die Tatsache, dass der Versicherte selbst weite Strecken noch am Steuer des Autos zurücklege, sei nicht vereinbar mit den stark eingeschränkten Leistungen in der Überprüfung der geteilten Aufmerksamkeit und Informationsverarbeitungs geschwindigkeit. Auch innerhalb der Tests seien Inkonsistenzen aufgefallen. So habe er leichtere Aufgaben teilweise schlechter gelöst als schwierigere Aufgaben. Beispielsweise sei das einfachere Wiedererkennen von gelernten Wörtern stärker beeinträchtigt gewesen als der schwierigere Spontanabruf. Lic. phil. L.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, hielt ausserdem fest, dass es keine Hinweise für eine dementielle Entwicklung gebe. Ginge man von einem validen Testergebnis in der Voruntersuchung aus, stünden die kognitive Verlangsamung sowie die exekutiven Funktionsdefizite im Vordergrund, bei vergleichsweise geringer betroffenen Gedächtniseinbussen. Dies würde zwar zum Profil einer vaskulären Demenz passen, sei aber mit der Bildgebung nicht vereinbar. Der Verlauf der kognitiven Beeinträchtigungen mit plötzlichem Einsetzen, leichter Verbesserung und dann chronischem Verlauf würde eher zu einem akuten cerebralen Ereignis passen, für welches es jedoch in der Bildgebung ebenfalls keinerlei Korrelat gebe. Zudem fehle für die Diagnosestellung der Demenz der Nachweis der Progredienz. Letztlich lasse sich über das aktuelle kognitive Leistungspotenzial keine gesicherte Aussage machen. Kognitive Defizite könnten anhand der vorliegenden Daten weder bestätigt noch ausgeschlossen werden. Hinweise auf eine hirnganisch bedingte dementielle Entwicklung würden sich je doch nicht zeigen. Die vom Versicherten erlebten kognitiven Defizite liessen sich möglicherweise im Rahmen der psychischen Störung erklären. Über Art und Ausmass allfälliger kognitiver Defizite könne lediglich spekuliert werden, weshalb eine Aussage zu Tätigkeitsprofil und Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht nicht möglich sei (Urk. 8/195/106 f.). 3.1.6

Die Arbeitsfähigkeit betreffend hielten die Gutachter der B.____ AG konsensual fest, es seien leichte, an die Leiden angepasste Tätigkeiten ganztags zumutbar. Zu vermeiden seien Arbeiten mit wiederholtem Bücken und Aufrichten, in der chronischen Vorneigehaltung des Rumpfes, in schräger Hanglage sowie Arbeiten in kniender oder kauender Position oder Arbeitstätigkeiten mit rein statischen Belastungen des Achsenskelettes im Sitzen und im Stehen, ohne die Möglichkeit zu Wechsellagen. Das Heben und Tragen von Lasten sei auf sieben Kilogramm limitiert (Urk. 8/195/16 f.). 3.2

Am 8. März 2021 wurde beim Versicherten nach mehrjähriger konservativer Therapie des chronischen lumbalen Schmerzsyndroms eine Hüft-TEP (Total endoprothese) links im plantiert. Die Operation ist laut Dr. med. M.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, weder erfolgreich verlaufen noch korrekt

durchgeführt worden. Das Acetabulum

sei intraoperativ zu weit kranial gefräst und die Pfanne dadurch nicht korrekt platziert worden, was zu einer Fehlplatzierung des Hüft-Dreh-Zentrums und Verkürzung des Beines geführt habe. Dr. M. ___ attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und er achtete aufgrund der vom Versicherten beklagten invalidisierenden funktionellen Beschwerden eine Revision der einliegenden Hüftprothese als indiziert (vgl. Arztbericht vom 13. Juli 2021, Urk. 8/219). Am 24.

August 2021 erfolgte die Hüft-Revision im Spital N. ___

(vgl. Operationsbericht vom 25. August 2021, Urk. 8/220). Der Operateur, Dr. med. O. ___, Orthopädische Chirurgie FMH, konstatierte in seinem Arztbericht vom 7. Dezember 2021 (Urk. 8/227/15), drei Monate postoperativ habe der Versicherte berichtet, dass die linke Seite für ihn in Ordnung sei. Das rechte Bein hingegen zeige sich stark symptomatisch und dekomponiert. 3.3

Im Rahmen einer neuropsychologischen Untersuchung am Universitätsspital P. ___ vom 4. August 2021 (Urk. 8/216) wurde festgehalten, formal neuropsychologisch zeige sich eine deutliche kognitive und psychomotorische Verlangsamung. Attentional falle nebst der deutlichen Verlangsamung eine unterdurchschnittliche visuelle Merkspanne auf. Des Weiteren seien mnestic Defizite in Form von verminderter Lern-, Abruf- und Speicherleistung im verbal-episodischen sowie einer unterdurchschnittlichen Lern- und Speicherleistung im figural-episodischen Gedächtnis zu beschreiben. Diese würden zumindest teilweise durch die verringerte Konzentrationsleistung und verzögerte Auffassungsgabe

beeinflusst werden. Im Exekutivbereich könne eine auffällige Fehler- und Impulskontrolle, eine verringerte verbale Arbeitsgedächtniskapazität sowie leichte Minderleistungen in der verbalen sowie figuralen Ideenproduktion objektiviert werden. Insgesamt würden die Befunde einer mittelgradigen neuropsychologischen Störung nach Frei et al. (2016) entsprechen, mit Funktionsstörungen vor allem subkortikaler und auch frontotemporaler Hirnareale, welche im Ausmass die Folgen der im MRT Schädel gezeigten geringgradigen Mikroangiopathie Fazekas I deutlich übersteigen würden. Der Versicherte assoziiere die kognitiven Defizite primär mit den körperlichen und psychischen Beschwerden. Ätiologisch erscheine die psychiatrische und bereits länger andauernde Schmerzproblematik und -geschichte und dadurch bedingte psychosoziale Belastungssituation deshalb ursächlich für die heute sowohl testspezifisch als auch klinisch erhobenen Auffälligkeiten. Betreffend die Arbeitsfähigkeit verwiesen die Neuropsychologen des Universitätsspitals P. ___ auf Frei et al. (2016), wonach eine mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung mit einer Arbeitsunfähigkeit von 50-70% einhergehe. Die primär körperlichen und psychischen Einschränkungen, welche vorliegend für die Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit ursächlich erscheinen, seien aus fachspezifischer ärztlicher Sicht zu beurteilen. Aus kognitiver Sicht seien die erhobenen und gut zur psychiatrischen Diagnose passenden Einschränkungen der Handlungsplanung und Fehlerkontrolle bei zwanghafter Persönlichkeitsstörung sowie die Verlangsamung (passend zu den rezidivierenden depressiven Episoden und Status nach Burnout) bei einer allfälligen Potenzialprüfung zu berücksichtigen. 3.4

Vom 9. Februar bis 10. März 2022 war der Versicherte im Sanatorium Q. ___

in stationärer Behandlung , wo die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) , gestellt und eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) sowie eine arterielle Hypertonie (ICD-10: I10.91) als Nebendiagnosen genannt wurden. Die behandelnde Ärztin beschrieb den Versicherten in der Austrittsmeldung vom 8. März 2022 (Urk. 8/230) im Affekt häufig deprimiert, hoffnungslos und ängstlich. Er habe aufgrund seiner Schmerzen und Befürchtungen nur wenig an den Therapien teilgenommen, weshalb sie das Setting als unpassend beurteilte. Eine depressive Verstimmung mit Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, innerer Leere, Traurigkeit, ausgeprägtem Gedankendrehen rund um starke Zukunftsängste bei ausgeprägter innerer und äusserer Unruhe sowie Panikattacken wird auch im Bericht des Klinikums R.____

zum Vorgespräch vom 30. März 2022 beschrieben (Urk. 8/233) . Diagnostisch handle es sich laut untersuchenden Fachpersonen um eine rezidivierende depressive Störung mit einer aktuell agitierten schweren Episode ohne psychotische Symptome sowie um eine Panikstörung und ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom. Das ambulante Setting sei nicht tragfähig; der Versicherte habe es aufgrund der ausgeprägten Angstsymptomatik mit Panikattacken nicht alleine zu Hause ausgehalten. Bei Exazerbation der Angst- und Schmerzsymptomatik trat der Versicherte am 22. März 2022 wieder ins Sanatorium Q.____ zur stationär-psychiatrischen Behandlung ein (vgl. Urk. 8/237). Es wurde neu die Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) gestellt. Dem Austrittsbericht vom 20. Juni 2022 ist ausserdem zu entnehmen, dass der Versicherte formalgedanklich stark auf Zukunftsängste und körperliche Defizite eingeeengt gewesen sei. Dysfunktionale Grundüberzeugungen sowie Hoffnungslosigkeit und starke motorische Einschränkungen hätten zu teilweise schwerwiegenden Beeinträchtigungen geführt, so dass eine selbständige Teilnahme an den Therapien teilweise nicht möglich gewesen sei. Zudem seien die Konzentrationsfähigkeit sowie die Merkfähigkeit stark eingeschränkt und insgesamt nur wenige kognitive Ressourcen vorhanden. Zudem habe der Versicherte Existenzängste aufgrund finanzieller Engpässe genannt, da die Arbeitsfähigkeit wegen der körperlichen und psychischen Einschränkungen nicht mehr gegeben sei. Am 9. Juni 2022 erfolgte der Austritt aus dem Sanatorium Q.____ in die Rehaklinik S.____

zur Weiterbehandlung. 3.5

In der Folge war der Versicherte bis 18. August 2022 zur psychosomatischen Rehabilitation aufgrund anhaltender Schmerzsymptomatik mit Einschränkung der Mobilität, psychophysischer Erschöpfung sowie affektiven und kognitiven Symptomen in der Rehaklinik S.____ . Im Austrittsbericht vom 1. September 2022 (Urk. 8/243) wurden folgende Diagnosen festgehalten: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) - Generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) - Essentielle Hypertonie (ICD-10: I10.91) - Abnorme Ergebnisse von kardiovaskulären Funktionsprüfungen (ICD-10: R94.3) , verlängertes QT-Intervall - Adipositas (ICD-10: E66.99) - Sonstiger chronischer Schmerz (ICD-10: R52.2) - Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom • Multifaktorieller Genese, klinisch rezidivierend einschüssender Schmerz gluteal bis Knie rechts, Dermatome S1/L5 • Radiologisch altersentsprechender Befund, keine Neurokompression (MRI 12/2017) • Coxarthrose links, Gonarthrose beidseitig

Die behandelnden Ärzte konstatierten, der Versicherte zeige ein wiederkehrend depressives und ängstlich-angespanntes Stimmungsbild mit eingegengtem Grübeln und ausgeprägten Zukunftsängsten sowie kognitiven Störungen. Die psychische Symptomatik präsentiere der Versicherte in direktem Zusammenhang mit seinen belastungsabhängigen Rückenschmerzen und rechtsbetonten krampfartigen Schmerzen in der Leiste und den Beinen sowie der beklagten Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit und Mobilität. Auf Wunsch des Versicherten sei ein medikamentöser Reduktionsversuch erfolgt, der jedoch im Verlauf zu einer Zustandsverschlechterung mit Zunahme innerer Unruhe und eingegengtem Grübeln geführt habe. Im Zusammenhang mit der Austrittsplanung habe der Versicherte intensivierte Zukunftsängste, einhergehend mit schwerem Insuffizienz erleben und Versagensängsten, gezeigt. Unter antizipierenden Interventionen habe sich bei ihm eine perfektionistische Grundeinstellung mit nur wenig Toleranz für die als schwer frustrierend erlebte Diskrepanz zwischen seiner gesundheitlichen Situation und seinen stark haftenden Idealvorstellungen manifestiert. Die Anpassungsfähigkeit sei auch durch seine Opfererfahrung eingeschränkt (gemäß Eigenanamnese Symptome als Folge eines missbräuchlich durchgeführten chirurgischen Eingriffs). Der Versicherte sei aufgrund seiner formal gedanklichen Einengung und kognitiven Störungen (Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeitsstörung) zeitweise therapeutisch nur stark begrenzt erreichbar gewesen. Gleichzeitig zeige er sich durch die therapeutischen und pflegerischen Kontakte jeweils kurzfristig entlastet, einhergehend mit ausgeprägter Dependenz an einhaltgeben des Gegenüber. Zum Austrittszeitpunkt habe der Versicherte eine teilremittierte Symptomatik mit vorhandener Freudefähigkeit und Zukunftsorientierung sowie nur leichter formalgedanklicher Einengung bei fortbestehender Grübelneigung und leichter rezidivierender innerer Unruhe präsentiert. Die Kognition habe unter Rückgang der affektiven Symptomatik ebenso eine leichte Verbesserung gezeigt. Das Zustandsbild wurde seitens Ärzte jedoch als wenig stabil bei fortbestehender Belastung durch den Verlust der früheren körperbezogenen Ressourcen eingeschätzt. Er habe zuletzt einen Rückgang seiner Schmerzen in den Leisten angeben bei fortbestehenden belastungsabhängigen Schmerzen in Rücken und Beinen. Angesichts des instabilen Zustandsbildes sei das ambulante Setting mit engmaschiger psychiatrischer Spitex (1 x täglich) ausgebaut worden. Die behandelnden Ärzte der Rehaklinik S.____ empfahlen dringend die Fortführung der psychiatrischen und hausärztlichen Behandlung und weiterer physiotherapeutischer Massnahmen. 3.6

Aufgrund belastungsabhängiger Schmerzen und radiologischer Indizien für eine Pfannenlockerung erfolgte am 16. Dezember 2022 in der Klinik T.____

ein weiterer chirurgischer Eingriff (Pfannen-/Kopfwechsel mit acetabulärem Aufbau mit einem Augment Hüfte links; vgl. Operationsbericht vom 20. Dezember 2022, Urk. 8/253/1). Die postoperative Röntgenkontrolle habe ein regelrechtes Operationsergebnis gezeigt, sodass der Versicherte am 30. Dezember 2022 in schmerzkompensiertem Zustand in die Rehabilitationsbehandlung entlassen werden können (vgl. Austrittsbericht vom 4. Januar 2023, Urk. 8/253/9 ff.). Zwei Wochen postoperativ erfolgte aufgrund zunehmender Schmerzen und Spannungsgefühlen infolge eines Hämatoms die Rückverlegung in die Klinik T.____, wo eine erste

Hämatomevakuierung, Probeentnahme und Spülung der Hüfte links durchgeführt wurde (vgl. Operationsbericht vom

E. 5

, Urk.

E. 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. 10

. Ja nuar 2023, Urk. 8/253/13) . Am 1 1. Januar 2023 erfolgte eine zweite

Hämatomevakuat ion mit Kopfwechsel von M auf L (vgl. Operationsbericht vom 1 3. Januar 2023, Urk. 8/253/17). Die Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung sei gut verlaufen und der Versicherte habe bei subjektivem Wohlbefinden sowie mit trockenen und reizlosen Wundverhältnissen in die Reha-Klinik entlassen werden können (vgl. Aus - trittsbericht vom 8. Februar 2023, Urk. 8/254/7 ff.). 3.7

Vom 3 0. Dezember 2022 bis 8. Januar 2023 sowie vom 6. bis 2 0. Februar und schliesslich vom 2 7. Februar bis 1 3. März 2023 war der Versicherte zur muskuloskelettalen Rehabilitation in der Klinik F.____ hospitalisiert. Die behandelnden Ärzte beschrieben den Versicherten bei Eintritt in der Mobilität noch leicht eingeschränkt, kardiopulmonal kompensiert und in leicht schmerzbedingt reduziertem Zustand. Bezüglich der Rehabilitationsdiagnose habe sich der Verlauf protrahiert günstig gestaltet. Die Wundverhältnisse seien reizlos und die initial vorhandene Rötung ventral am Oberschenkel im Verlauf rückläufig gewesen. Zum Ausschluss eines intraartikulären Hämatoms sei am 9. März 2023 eine Sonographie durchgeführt worden, die ein geringes intraartikuläres, vermutlich überwiegend organisiertes Resthämatom und ein neues Hämatom über dem Trochanter major

ge zeigt habe. Die laborchemischen Kontrollen hätten im Verlauf eine vollständige Regredienz der Entzündungsparameter ergeben. Internistisch sei der Versicherte während des Aufenthalts kardiopulmonal stabil gewesen. Während der Hospitalisation sei eine ausgeprägte psychosomatische Symptomatik, auf die Hüftschmerzen zentralisiert, erkennbar gewesen. Die Ärzte empfahlen einen Aufenthalt in einer psychosomatischen Rehaklinik. Am 1 3. März 2023 habe sich der Versicherte im Rahmen eines Suizidversuchs von der Dachterrasse der Klinik F.____ gestürzt . Während des Rehabilitationsaufenthaltes hätten sich keine Hinweise auf eine Suizidalität ergeben (vgl. Arztbericht vom 1 5. März 2023 [Urk. 8/257/1-2] und ärztliches Zeugnis zum Todesfall vom 2 7. März 2023 [Urk. 8/257/3-4]). 4.

4.1

Fest steht und unbestritten ist, dass der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit als Landschaftsgärtner aufgrund diverser körperlicher Beschwerden nicht mehr arbeitsfähig war (vgl. E. 3.

E. 14

f.) . 4. 2.2

Polydisziplinäre Gutachten, das heisst solche, an denen drei oder mehr Fach disziplinen beteiligt sind, haben bei einer Gutachterstelle zu erfolgen, mit welcher das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) eine Vereinbarung getroffen hat (Art. 72 bis

Abs. 1 IVV). Gemeint sind die Medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) im Sinne von Art. 59 Abs. 3 IVG. Die Vergabe der Aufträge erfolgt nach dem Zufallsprinzip (Art. 72 bis

Abs. 2 IVV). Das Verfahren für die Auftragsvergabe von polydisziplinären Gutachten durch die IV-Stellen ist im Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI, Stand 1. Januar 20 24) detailliert geregelt (Rz

3094 ff.). Der gesamte Verlauf der Gutachteneinholung wird über die vom BSV eingerichtete webbasierte Vergabepattform SuisseMED@P gesteuert und kontrolliert (vgl. BGE 139 V 349 E. 2.2).

Da im vorliegenden Fall die Auftragsvergabe an die B.____ AG

in C.____ korrekt über die SuisseMED@P erfolgt ist, kann der Beschwerdegegnerin insofern keine Verletzung des Zufallsprinzips vorgeworfen werden.

4. 2.3

Der Beschwerdeführerin ist aber insoweit beizupflichten, dass durch den Umstand, dass eine medizinische Fachperson bei verschiedenen Gutachterstellen gleichzeitig tätig ist, die Zufälligkeit der Gutachterstellenauswahl via SuisseMED@P - Plattform unterlaufen werden kann. Das Bundesgericht hat in seinem Urteil 8C_47/2016 vom 15. März 2016 offengelassen, ob und bei welcher Häufung einer Gutachtertätigkeit derselben Ärztin oder desselben Arztes für mehrere Abklärungsstellen das Zufallsprinzip als nicht mehr gewahrt zu gelten hat. Das BSV hat mit seinem Informationsschreiben zu SuisseMED@P vom 9. März 2021 – unter Verweis auf das Informationsschreiben zu SuisseMED@P vom 26.

November 2019 – die Gutachterstellen angewiesen, die Gutachterteams so zu zusammensetzen, dass sich eine Überschneidung der Gutachterinnen und Gutachter zwischen zwei Gutachterteams auf höchstens eine einzelne Person beschränkt (vgl. Informationsschreiben an die Sachverständigen vom 9. März 2021, abrufbar unter www.bsv.admin.ch).

Aus dem SuisseMED@P-Reporting 20 21 (abrufbar unter www.bsv.admin.ch) ergibt sich, dass zwei der im vorliegenden Fall von der B.____ AG in C.____ eingesetzten Gutachter (Dr. med. J.____ , Facharzt für Neurologie , und Dr. med. H.____ , Facharzt für Neurologie sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) sowohl für die B.____ AG in C.____ als auch für die B.____ AG in U.____ tätig waren . Für die im Streit liegende Begutachtung, welche im Jahr 2021 stattfand , sind somit die Vorgaben des BSV gemäss Informationsschreiben vom 9. März 2021 (Ziff.

5) grundsätzlich nicht eingehalten. Laut Auskunft der B.____ AG in U.____ tätige Dr. med. H.____ jedoch ausschliesslich Assessment abklärungen im Taggeldbereich und erstellte keine Gutachten für die Invalidenversicherung (vgl. Urk. 7). Insofern ist nicht ausgewiesen, dass die beiden ausgewählten Sachverständigen potenziell auch bei

Gutachten der

B.____ AG in U.____ zusammenarbeiten würden .

Eine Überschneidung einer einzelnen Gutachterperson (Dr. J.____) in einem Gutachterteam ist vor dem Hintergrund der vorstehenden Ausführungen nicht als Verletzung des Zufallsprinzips gemäss Art. 72 bis

Abs. 2 IVV zu werten.

Damit ist festzustellen, dass die Zusammensetzung der Gutachterstelle nicht zu beanstanden ist. 4.3

Umstritten ist weiter der Gesundheitszustand des Versicherten und dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit

vor dem Freitod. Diesbezüglich ist den vorliegenden medizinischen Akten zu entnehmen, dass die behandelnden Neuropsychologen des Universitätsspitals P.____ dem Versicherten aufgrund der diagnostizierten mittelgradigen neuropsychologischen Störung nach Frei et al. (2016) schon im Februar 2020 (vgl. Urk. 7/195/43, Urk. 7/195/106) eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 50-70 % attestierten (vgl. E. 3.3). Auf der anderen Seite war die begutachtende Neuropsychologin lic. phil. L.____ der Meinung, dass aufgrund einer auffälligen Performanzvalidierung und Inkonsistenzen eine Aussage zu Tätigkeitsprofil und Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht nicht möglich sei. Sie konnte kognitive Defizite weder bestätigen noch ausschliessen (vgl. E. 3.1.5). Zur Klärung dieser Diskrepanz erachtete RAD-Ärztin Dr. med. E.____ eine erneute Begutachtung, im Rahmen derer eine Demenzabklärung sowie eine Beschwerdevalidierung durchgeführt und allfällige Inkonsistenzen und Diskrepanzen diskutiert werden sollten, für notwendig (vgl. Stellungnahme vom 25.

Januar 2022 im Feststellungsblatt, Urk. 8/267 S. 3 f.). Ferner finden sich diskrepanzbeurteilungen in psychiatrischer Hinsicht. Laut

B.____ - Gutachter liegt kein psychiatrisches Leiden vor (vgl. E. 3.1.1). Demgegenüber diagnostizierten die behandelnden Ärzte des Sanatoriums Q.____ eine schwere depressive Episode (vgl. E. 3.4). Auch mit Blick darauf erachtete Dr. med. E.____ eine erneute Begutachtung für unumgänglich (vgl. Stellungnahme vom 11. Mai 2022 im Feststellungsblatt, Urk. 8/267 S. 4). Mit dem Tod des Versicherten wurde die Begutachtung hinfällig. Schlüssige medizinische Ausführungen, die eine zuverlässige Beurteilung des neuropsychologischen und psychiatrischen Gesundheitsschadens erlauben würden, liegen demzufolge nicht vor und können auch nicht durch ein Aktengutachten ersetzt werden. Der Sozialversicherungsprozess ist zwar vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht und das Gericht hat von Amtes wegen –

solange Sachverhaltsabklärungen möglich sind – für die richtige und vollständige Feststellung des rechts erheblichen Sachverhalts zu sorgen. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2 mit Hinweisen).

Gestützt auf die vorliegende Aktenklage können die neuropsychologischen und psychiatrischen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit nicht

abschliessend beurteilt werden. Da weitere medizinische Abklärungen beim verstorbenen Versicherten nicht mehr möglich sind, hat die Beschwerdeführerin die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen. 4.4

Aus somatischer Sicht ist aufgrund der Aktenlage erstellt, dass dem Versicherten im Zeitpunkt der Begutachtung nur noch körperlich leichte Tätigkeiten unter Berücksichtigung des definierten Belastungsprofils zumutbar waren

(vgl. E. 3.1.4 in fine). Weiter ergibt sich, dass beim Versicherten am 8.

März 2021 eine Implantation einer Hüft-TEP durchgeführt wurde und ihm in der Folge bei verzögertem Heilverlauf infolge einer Fehlplatzierung

von Dr. M.____ auch im Juli 2021 noch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden war (vgl. E. 3.2). Am 24.

August 2021 erfolgte die Hüft-Revision

(E. 3.2 hiervor), aufgrund derer RAD-Arzt Dr. D.____ von einer dreimonatigen Rekonvalenz ausging und aus orthopädischer Sicht frühestens Ende November 2021 eine erneute Begutachtung und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit empfahl (vgl. Feststellungsblatt, Urk. 8/267 S. 3). Dr. O.____ sprach im Dezember 2021 denn auch von einem guten Ergebnis der linken Seite (E. 3.2). Angaben zur Arbeitsfähigkeit machte er hingegen keine.

Vom 9. Februar bis 10. März 2022 sowie vom 22.

März bis 9.

Juni 2022 war der Versicherte im Sanatorium Q.____ in stationärer psychiatrischer Behandlung (vgl. E. 3.4) und anschliessend bis 18. August 2022 in der Rehaklinik S.____ hospitalisiert (vgl. E. 3.5). Bei Austritt sprachen die Ärzte von einer Teilremission ohne sich dabei konkret über die Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu äussern (vgl. E. 3.5). Während des stationären Aufenthalts ist von keiner Arbeitsfähigkeit auszugehen. Am 16.

Dezember 2022 unterzog sich der Versicherte schliesslich einem

Hüftpfannenwechsel, welcher im Januar 2023 zwei Hämatomevakuationen nach sich zog (vgl. E. 3.6). RAD-Arzt Dr. med. G.____ konstatierte, dass postoperativ von einer dreimonatigen Rekonvalenz auszugehen sei und der Versicherte medizinisch-theoretisch hier nach in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig sein werde (vgl. Stellungnahme vom 10.

Januar 2022 [richtig: 2023] und 17. März 2023 im Feststellungsblatt, Urk. 8/267 S. 6 f.). 4.5

Mit Blick auf das eben Dargelegte ist ab Ende 2016 eine anhaltende vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Landschaftsgärtner ausgewiesen, womit die Anspruchsvoraussetzung von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt ist. Mit dem Eintritt einer nunmehr vollständigen Arbeitsunfähigkeit auch in jeder angepassten Tätigkeit infolge der Hüft-TEP am 8. März 2021 ist auch die Voraussetzung nach Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG erfüllt. Besteht für die bisherige Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von erheblicher Dauer und Höhe, wo gegen durch Verwertung der Restarbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit vorerst ein rentenausschliessendes Einkommen erzielt werden kann, so entsteht gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung der Rentenanspruch im Falle einer

Ver schlechterung des Gesundheitszustands grundsätzlich ohne dass Art. 88a Abs. 2 IVV zur Anwendung gelangt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_878/2017 vom 19.

Februar 2018 E. 5.3; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 4. Aufl. 20 22 , Rz . 36 zu Art.

28). Damit entstand am 1. März 2021 ein Rentenanspruch. Die am 1. Dezember 2021 (vgl. E. 4.4 hiervor) eingetretene Verbesserung des Gesundheitszustands nach Rekonvaleszenz der erfolgreich durchgeführten Hüft-Revision bewirkt – gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV nach drei Monaten (vgl. E. 1.4.2) – keine Aufhebung des Renten anspruchs per 1.

März 2022, da der Versicherte zu diesem Zeitpunkt erneut in stationärer Behandlung war, womit auch in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeits fähig keit gegeben war. Ebenso wenig sind die Voraussetzungen für eine Herab setzung oder Aufhebung der Rente per 1. Dezember 2022 gegeben. Die allfällige Verbesserung des Gesundheits zustands des Versicherten

nach Austritt aus der Reha klinik S.____ am 18. Au gust 2022 hätte zwar ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate bis Ende No vember 202 2 angedauert . Eine Verbesserung der Er werbs fähigkeit, die nach diesen drei Monaten voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. E. 1.4.2) , lag mit Blick auf die am 1 6. Dezember 2022 durchgeführte Hüft-Operation hingegen nicht vor .

4.6

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass der Versicherte vom 8. März 2021 bis zu seinem Todestag am 1 3. März 2023 in sämtlichen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig war, womit in dieser Zeit ein Invaliditätsgrad von 100 % bestand (vgl. E. 1. 3). Demnach hatte der Versicherte ab dem 1. März 2021 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Laut Verwaltungspraxis ist die Rente für den Monat, in dem der Anspruch erlischt, noch ganz geschuldet (vgl. auch Meyer/Reichmuth, a.a.O. , Rz . 5 zu Art. 30 mit Hinweis auf Rz . 3116 i.V.m . 3119 der Wegleitung über die Renten [RWL] in der Eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Inva liden versicherung). Die angefochtene Verfügung ist mithin, in teilweiser Gut heis sung der dagegen erhobenen Beschwerde, aufzuheben und es ist fest zustellen, dass der Versicherte ab 1. März 2021 bis 3 0. März 2023 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hatte. Im Übrigen ist die Beschwerde abzu weisen. 5 . 5 . 1

Das vorliegende Verfahren betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen, es ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind dabei nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art.

69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 8 00 .-- anzusetzen. Nachdem die Be schwer de führerin beschwerdeweise die Zusprache einer ganzen Rente zu Gunsten von Y.____ sel. ab 1. März 2017 beantragt hat (Urk. 1), eine solche jedoch – erst – ab 1. März 2021 zuzu sprechen ist, rechtfertigt es sich, die Gerichtskosten den Parteien je zur Hälfte (je Fr. 400.--) aufzuerlegen (vgl. Urteil des Bundes - gericht's 8C_568/2010 vom 3. De zember 2010 E. 4.2). 5 . 2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Höhe der gericht lich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Als weitere Bemessungs kriterien nennt § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschä digungen vor dem

Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze erweist sich eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslage und Mehrwertsteuer) als angemessen. Diese Entschädigung ist nicht zu reduzieren, da das Hauptbegehren der Beschwerdeführerin, soweit über die ab 1. März 2021 zuzusprechende ganze Rente hinaus gehend (sog. Überklagen), den Prozessaufwand nicht wesentlich beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c; Urteil des Bundesgerichts 9C_846/2015 vom 2. März 2016 E.

3). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 19. Juni 2023 aufgehoben und festgestellt wird, dass Y. ___ sel. ab 1. März 2021

bis 30. März 2023 Anspruch auf eine ganze Rente hatte. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Hurst Stadler

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