

GL_GERICHTE GL-1025 vom 14. April 2015

GL Gerichte, 2015-04-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl_gerichte_GL-1025

FR: GL_GERICHTE GL-1025 du 14 avril 2015

IT: GL_GERICHTE GL-1025 del 14 aprile 2015

Erwägungen

E. 1

1.1A. _____, geboren am [], war ab dem 1. August 1997 als Bäcker bei der Bäckerei [], in [], angestellt. Am [] erlitt er einen Unfall, als er mit seinem Personenwagen bei einer Kreuzung mit einem von links kommenden, nicht vortrittsberechtigten Personenwagen kollidierte. In der Folge war er nicht mehr arbeitstätig und meldete sich am 26. März 2014 unter Hinweis auf Rücken-, Hals- und Nackenprobleme/-schmerzen bei der IV-Stelle Glarus zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Sein damaliger Arbeitgeber kündigte das Arbeitsverhältnis per Ende August 2014.

1.2Mit Vorbescheid vom 11. Dezember 2014 stellte die IV-Stelle A. _____ die Abweisung seines Leistungsbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 1 % in Aussicht. Den von A. _____ erhobenen Einwänden leistete die IV-Stelle keine Folge und hielt mit Verfügung vom 14. April 2015 an ihrem Vorbescheid fest.

1.3Dagegen erhob A. _____ am 12. Mai 2015 Beschwerde beim Verwaltungsgericht und beantragte die Aufhebung der Verfügung der IV-Stelle und die Rückweisung der Sache an diese. Das Verwaltungsgericht hiess die Beschwerde am 28. Januar 2016 gut, hob die Verfügung der IV-Stelle vom 14. April 2015 auf und wies die Sache an die IV-Stelle zurück, welche gemäss den Erwägungen des Urteils umgehend eine versicherungsexterne Begutachtung von A. _____ einzuleiten hatte.

1.4Die IV-Stelle Glarus gab am 17. Juli 2017 bei der MEDAS Interlaken Unterseen GmbH ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag. Dieses wurde am 30. Oktober 2017 erstattet. Gestützt auf das Gutachten erliess die IV-Stelle den Vorbescheid vom 8. Februar 2018, gemäss welchem A. _____ die Abweisung des Leistungsbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 21 % in Aussicht gestellt wurde. Dagegen erhob A. _____ am 6. März 2018 verschiedene Einwände, wobei er ein fachärztliches Attest seines behandelnden Psychiaters, med. pract. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 15. Dezember 2017 einreichte. Die IV-Stelle wandte sich gleichentags mit verschiedenen Fragen an med. pract. C. _____, welche dieser am 4. April 2018 beantwortete, wobei er einen Bericht des Hausarztes von A. _____, Dr. med. D. _____, Allgemeinmedizin FMH, vom 26. März 2018 beilegte. Die IV-Stelle sandte diese beiden Berichte an die Medas und stellte verschiedene Zusatzfragen zum Gutachten, welche am 30. Mai 2018 beantwortet wurden. In der Folge erliess die IV-Stelle am 14. Juni 2018 die Verfügung, in welcher sie an ihrem Vorbescheid festhielt.

E. 2

2.1Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.

Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte oder nach zumutbarer Behandlung sowie Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

2.2 Anspruch auf eine Invalidenrente haben laut Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem solchen von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab mindestens 70 % auf eine ganze Rente.

E. 3

3.1 Nach dem für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren geltenden Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E.3a).

Die Verwaltung als verfügende Instanz und ■ im Beschwerdefall ■ der Richter dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat der Richter dabei seinen Entscheid ■ sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht ■ nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die er von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 119 V 7 E. 3c/aa, mit Hinweisen).

3.2 Es ist Aufgabe des Arztes, sämtliche Auswirkungen einer Krankheit oder eines Unfalls auf den Gesundheitszustand der versicherten Person zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, bezüglich welcher konkreten Tätigkeiten und in welchem Umfang sie arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person im Hinblick auf ihre persönlichen Verhältnisse noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 93 E. 4, mit Hinweisen).

3.3 Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen

nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, sowie ob der Experte nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche ihm die Beantwortung der Fragen erschweren, gegebenenfalls deutlich macht.

Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

3.4 Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4).

E. 4

4.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, die medizinischen Gutachter kämen im Medas-Gutachten zum Schluss, dass bei ihm zahlreiche Diagnosen mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen würden. Dabei werde davon ausgegangen, dass bei ihm lediglich somatische, nicht aber psychiatrische Beeinträchtigungen mit Krankheitswert bestünden. Dies widerspreche der Auffassung sowohl seines Psychiaters als auch seines Hausarztes. Beide bestätigten, dass er nicht zuletzt als Folge der Langzeitarbeitslosigkeit und der damit zusammenhängenden Belastungssituation psychisch dekompenziert habe. Insoweit sei er der Meinung, dass die medizinischen Gutachter hinsichtlich der von ihnen ebenfalls beurteilten Vergangenheit zu Unrecht das Vorhandensein einer eigentlichen depressiven Störung verneint hätten. Er vertrete die Auffassung, dass er während eines längeren Zeitraums vollumfänglich arbeitsunfähig gewesen sei, weshalb ihm in jedem Fall eine befristete Rente zuzusprechen sei. Die Gutachter würden zwar anerkennen, dass er mindestens im Umfang von 25 % leistungsmässig eingeschränkt sei. Dieser Abzug sei indessen zu tief angesetzt. Mit den behandelnden Ärzten gehe er von einer funktionellen Einschränkung mit Bezug auf geeignete Verweisungstätigkeiten im Umfang von 50 % aus. Sodann sei es nicht gerechtfertigt, sein eingeschränktes Leistungsvermögen mit dem Medianlohn des Kompetenzniveaus 1 gleichzusetzen. Schliesslich gehe die Beschwerdegegnerin von einem unzutreffenden Valideneinkommen aus und habe zu Unrecht keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen.

4.2 Die Beschwerdegegnerin führt aus, dass dem Beschwerdeführer gemäss dem überzeugenden Medas-Gutachten in einer angepassten, körperlich nicht schweren Tätigkeit ein Arbeitspensum von acht Stunden pro Tag bei einer Leistungsminderung von 25 % seit dem Austritt aus der Rehaklinik im November 2013 attestiert werde. Damit liege der Invaliditätsgrad unter 40 %. Der Beschwerdeführer könne mit seiner Arbeitsfähigkeit von 75 % die ihm verbleibende hohe Arbeitskraft durchaus noch wirtschaftlich nutzen.

E. 5

Februar 2017 war er hingegen zu 100 % arbeitsunfähig, während vom 6. Februar 2017 bis zum 27. April 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestand.

E. 5.1

5.1.1 In der interdisziplinären Beurteilung des Medas-Gutachtens vom 30. Oktober 2017 stellten die Gutachter beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Zervikospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10: M42.11, M42.12); chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10: M43.16, M42.16); koronare 3-Gefäß-Erkrankung (ICD-10: I21.0) sowie Adipositas (ICD-10: E66.0) mit einem BMI von 29 kg/m². Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit blieben eine posttraumatische Belastungsstörung vom Typ I Trauma, in leichter Ausprägung mit Verbitterungssyndrom (ICD-10: F43.1) sowie eine Kompressionsneuropathie des Nervus medianus beidseits; rechts leichtgradig und links diskret. Im interdisziplinären Konsens sei der Beschwerdeführer seit seinem Unfall vom 8. Oktober 2013 in der bisherigen Tätigkeit als Bäcker zu 100 % arbeitsunfähig. In einer angepassten, körperlich nicht schweren Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer ein Arbeitspensum von acht Stunden pro Tag mit einer Leistungsminderung von 25 % zumutbar. Diese Leistungsminderung werde begründet durch die Notwendigkeit von Arbeitspausen, der Einhaltung von Wechselpositionen und von ergonomisch korrekten Arbeitshaltungen sowie von Lockerungsübungen. Folgende Kriterien seien für eine angepasste Arbeitstätigkeit einzuhalten: Keine längeren Überkopfarbeiten, keine Arbeiten in chronischer Vorneigehaltung des Kopfs mit und ohne gleichzeitige Kopffrotation, kein wiederholtes Bücken oder Aufrichten, kein wiederholtes Anheben und Tragen von Lasten über 10 kg, keine Arbeiten in kniender oder kauender Position und keine Arbeiten mit monotoner Vorneigehaltung des Oberkörpers. Die Arbeitsfähigkeit von 75 % in einer angepassten Tätigkeit gelte seit Ende der Rehabilitation in der Reha-Klinik Bellikon am 7. November 2013. Vom 12. Mai 2014 bis 14. Juni 2014 sei der Beschwerdeführer 100 % arbeitsunfähig gewesen, ebenso nach dem Myokardinfarkt vom 18. Dezember 2016 bis am 5. Februar 2017. Zudem habe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % wegen der koronaren Herzkrankheit vom 6. Februar 2017 bis am 27. April 2017 bestanden.

5.1.2 Das rheumatologische Teilgutachten wurde durch Dr. med. E. _____, Facharzt Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, erstattet. Dieser führte aus, dass beim Beschwerdeführer eine leichte bis mittelgradige Reduktion der zumutbaren Belastbarkeit des Achsenskeletts, insbesondere die Abschnitte Halswirbelsäule und Lendenwirbelsäule betreffend, bestehe. Die Reduktion der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (Belastbarkeit) betreffe v.a. den Rücken belastende Tätigkeiten und Arbeitshaltungen. Zu vermeiden seien Arbeiten, welche wiederholte Rotationen der Halswirbelsäule erforderten, Arbeiten, welche über Kopf stattfinden müssten, Arbeitstätigkeiten mit einer chronischen Vorneigehaltung des Kopfs, wiederholtes Bücken und Aufrichten, wiederholtes Anheben und Tragen von Lasten über 10 kg, Arbeiten in kniender Position sowie Arbeiten in monotoner Vorneigehaltung. Arbeiten, welche diesem Belastungsprofil entsprechen würden, seien dem Beschwerdeführer in einem zeitlichen Rahmen von acht Stunden pro Tag zumutbar. Dabei bestehe eine rheumatologisch begründbare Leistungsminderung von maximal 25 %, welche sich durch die Notwendigkeit, immer wieder Arbeitspausen einlegen zu können, um Wechselpositionen einzunehmen, begründe. Die bisherige Tätigkeit als Bäcker sei dem Beschwerdeführer hingegen nicht mehr zumutbar, weil diese Tätigkeit eine monotone

Arbeitshaltung erfordere, die Arbeitstätigkeit vor allem im Stehen durchgeführt werden müsse und ebenso Arbeitstätigkeiten in chronischer Vorneigehaltung des Rumpfs bzw. Kopfs erforderlich seien.

5.1.3 Der Neurologe, Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurologie FMH, fand gemäss seinem Teilgutachten am rechten Handgelenk des Beschwerdeführers eine leichtgradige, linksseitig diskrete Kompressionsneuropathie des Nervus medianus. Die klinischen Befunde mit leichtgradiger Abduktionsschwäche des rechten Daumens und diskreter Sensibilitätsminderung rechts sowie die elektrophysiologischen Untersuchungsergebnisse seien geeignet, die vom Beschwerdeführer beklagten, v.a. nächtlichen Beschwerden im Armbereich zu erklären. Er empfehle rechtsseitig das Tragen einer Handgelenksschiene über zwei Monate. Die neurologischen Befunde schränkten die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers indessen nicht ein.

5.1.4 Im kardiologischen Teilgutachten kam Dr. med. G. _____, Facharzt FMH Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bäcker bestehe. Im Zusammenhang mit dem akuten Infarkt sei die vom Kantonsspital [] festgelegte Arbeitsunfähigkeit durchaus vertretbar.

5.1.5 Das psychiatrische Teilgutachten wurde durch Dr. med. H. _____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erstattet. Dr. H. _____ beschrieb einen unauffälligen Status nach AMDP. Die Anwendung der Hamilton-Depressionsskala ergab beim Beschwerdeführer einen Wert von 7 Punkten, welcher unter der Schwelle für eine leichte Depression von 10 Punkten lag. Damit sei der klinische Eindruck bestätigt worden, dass von einer relevanten depressiven Störung weniger auszugehen sei. Eine solche Diagnose finde sich vorsichtig angedeutet als Differentialdiagnose im Bericht des behandelnden Psychiaters med. pract. C. _____ vom 15. März 2015, welcher differentialdiagnostisch eine leichte depressive Episode nenne, letztlich aber von einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Typ 1 Trauma in leichter Ausprägung mit Verbitterungssyndrom (ICD-10: F43.1) ausgehe. Dabei beschreibe med. pract. C. _____ grundsätzlich sehr differenziert, wie er zu dieser diagnostischen Einschätzung komme. Dabei führe dieser einerseits aus, dass die Symptomatik nicht eine Symptomlast in sich berge, welche die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung ausreichend begründe, andererseits ergänze er die diagnostische Einschätzung mit dem Konzept der Verbitterungsstörung. Dies werde auch in der aktuellen Untersuchung sehr deutlich. Es werde daher ebenfalls die vom behandelnden Arzt erkannte posttraumatische Belastungsstörung nach Typ 1 Trauma in leichter Ausprägung mit Verbitterungssyndrom diagnostiziert, wobei diese nach wie vor nicht vollständig remittiert sei. Dr. H. _____ wies zudem auf eine Diskrepanz zwischen den geschilderten Funktionsbeeinträchtigungen, wonach sich der Beschwerdeführer gar keine Arbeit mehr vorstellen könne, und den Aktivitäten des täglichen Lebens wie beispielsweise die Fahrt von Interlaken nach Basel zum Übernachten oder die Reise in [], um dort die Hochzeit der Tochter zu feiern, hin. Insgesamt fand der Gutachter keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Arbeitstätigkeit.

E. 5.2

5.2.1 Med. pract. C. _____ erstellte am 15. Dezember 2017 als behandelnder Psychiater des Beschwerdeführers ein fachärztliches Attest. Er diagnostizierte eine posttraumatische

Belastungsstörung nach Typ I Trauma (ICD-10: F43.1) mit Somatisierung und depressiven Phasen. Der Behandlungsbeginn sei am 2. September 2014 gewesen. Im Vordergrund hätten eine gedrückte Stimmungslage, erhebliche Ein- und Durchschlafstörungen bei Körper bezogenen Ängsten, Unfall bezogene Flashbacks, Anhedonie, Minderung der Vitalitätsgefühle, erhöhte Reizbarkeit und zunehmend Ohnmachtsgefühle und Wut auf das soziale Helfersystem, von welchem er sich wirtschaftlich fallen gelassen fühle, gestanden. Bei nun vorwiegend somatischer Symptombelastung bestehe unter der aktuellen Medikation eine berufsunabhängige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 50 %, da der Beschwerdeführer verlängerte Erholungszeiten brauchen würde, rascher erschöpft sei und unter wiederkehrenden Ängsten leide, die ihn blockierten. Hier spielten die diversen somatischen Folgekrankheiten, insbesondere der Herzinfarkt 2016 und eine rektale Massenblutung im Jahr 2017, die in sehr erschreckt habe, eine Rolle.

5.2.2 In der Folge übergab die Beschwerdegegnerin med. pract.C. _____ am 8. März 2018 das Medas-Gutachten und stellte ihm verschiedene Zusatzfragen, welche sich im Wesentlichen darauf bezogen, ob med. pract. C. _____ von anderen medizinischen Aspekten/Tatsachen ausgehe oder ob es sich bei seinen Angaben um eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei im Wesentlichen unverändertem Sachverhalt handle.

Med. pract.C. _____ führte dazu am 4. April 2018 aus, die psychische Situation des Beschwerdeführers habe sich seit Dezember 2017 weiter stabilisiert; insbesondere hätten sich die Schlaftiefe und -qualität weiter verbessert. Daneben habe der Heimaturlaub zu einer weiteren Stabilisierung geführt. Der Beschwerdeführer sei auf erlebtes Unrecht mit den nachfolgenden Funktionseinbußen sowie sozialen Verlusten fixiert. Die Angst vor weiteren Funktionseinschränkungen und die daraus resultierende überwertige Selbstbeobachtung mit ängstlich-katastrophisierendem Grübeln stelle ein fortbestehendes Problem dar. Der Beschwerdeführer könne eine Leistungsfähigkeit von 40 bis 50 % in einer einfachen, den körperlichen Symptomen angepassten Tätigkeit erreichen. Med. pract.C. _____ reichte seiner Antwort ein Schreiben des behandelnden Hausarztes Dr. D. _____ vom 26. März 2018 bei. Dieser ging davon aus, dass der Beschwerdeführer sicher nicht mehr als zu 50 % arbeitsfähig sei. Limitierend für die Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit sei einerseits seine koronare 3-Ast-Erkrankung, andererseits sein chronisches zerviko- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom.

5.2.3 Die Beschwerdegegnerin stellte der Medas am 19. April 2018 das fachärztliche Attest von med. pract.C. _____ sowie den Bericht von Dr. D. _____ zu und fragte, ob sich aufgrund des Berichts von med. pract.C. _____ neue medizinische Aspekte/Tatsachen ergäben oder ob bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit lediglich von einer anderen Beurteilung bei im Wesentlichen unverändertem medizinischen Sachverhalt auszugehen sei. Dr. med. I. _____, Ärztlicher Leiter, und Dr. J. _____, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, führten zum Bericht von Dr. D. _____ aus, dass die darin genannten Gesundheitsstörungen und Diagnosen im polydisziplinären Gutachten berücksichtigt seien. Die im Bericht genannte akute gastrointestinale Blutung unter Thrombozyten-Aggregationshemmung habe keine längerfristige Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Dr. H. _____ nahm zum fachärztlichen Attest von med. pract.C. _____ Stellung. Er kam dabei zum Schluss, dass im psychopathologischen Befund keine Situation abgebildet werde, die mit einer länger anhaltenden Arbeitsunfähigkeit vereinbar wäre. Im Vordergrund stünden Verbitterung, Kampf gegen die Unfallversicherin und die Beschwerdegegnerin, das Verlieren von etwas, was als zuvor perfekt beschrieben werde,

sowie Ungerechtigkeitsgefühle. In der Funktionalität habe dies aber nur geringe Auswirkungen. Ein Gesundheitsschaden könne auf psychiatrischem Gebiet nicht abgeleitet werden, ebenso wenig dauerhafte Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Die im fachärztlichen Attest genannten Punkte erbrächten auf versicherungsmedizinischer Ebene keine neuen Aspekte oder Tatsachen.

5.3 Das Gutachten der Medas ist überzeugend und erfüllt die von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. vorne E. II/3.3). Im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. E. _____ wird nachvollziehbar dargestellt, weshalb dem Beschwerdeführer aufgrund des zervikospondylogenen und des chronifizierten lumbospondylogenen Schmerzsyndroms nur noch eine angepasste Tätigkeit mit einer Leistungsminderung von 25 % bei einem vollen Pensum zumutbar ist. Dabei decken sich die Diagnosen mit derjenigen von Dr. D. _____. Letzterer erachtet aber aufgrund der koronaren Herzkrankheit und des Schmerzsyndroms nur noch eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % als realistisch. Dies vermag indessen nicht zu überzeugen. So führte bereits Dr. K. _____, Kardiologie Kantonsspital [], am 6. Juni 2017 aus, dass der Beschwerdeführer lediglich vom 18. Dezember 2016 bis zum 1. Februar 2017 (recte wohl: 5. Februar 2017) zu 100 % und vom 6. Februar 2017 bis zum 27. April 2017 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen sei. Für den Zeitraum danach attestierte Dr. K. _____ dem Beschwerdeführer aus kardiologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr, da die körperliche Leistungsfähigkeit gegeben sei. Untermuert wurde dieser Befund durch verschiedene Ruhe-EKG, Fahrradergometrien und eine transthorakale Echokardiographie. Der kardiologische Gutachter Dr. G. _____ stimmte diesen Aussagen zu. Der Bericht von Dr. D. _____ setzt sich mit der Auffassung von Dr. K. _____ und Dr. G. _____ nicht auseinander und begründet nicht, weshalb die kardiologische Problematik Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben soll. Somit vermag der Bericht von Dr. D. _____ keine Zweifel am Medas-Gutachten zu erwecken, da insbesondere die von ihm vertretene Arbeitsunfähigkeit von 50 % kaum begründet wird.

Hinsichtlich der psychischen Beschwerden stimmen die Diagnosen des behandelnden Psychiaters med. pract. C. _____ und des Medas-Gutachters Dr. H. _____ weitgehend überein. Beide sind der Ansicht, dass im Vordergrund eine Verbitterung, insbesondere das Gefühl, von den Sozialversicherungen ungerecht behandelt worden zu sein, steht. Med. pract. C. _____ attestiert indessen dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 40 bis 50 %, während Dr. H. _____ davon ausgeht, dass der psychopathologische Befund in der Funktionalität nur geringe Auswirkungen habe, weshalb er keine dauerhaften Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit sieht. Dabei ist zu beachten, dass die Angaben von med. pract. C. _____ inkonsistent sind. So ging er in seinem Bericht vom 15. März 2015 noch davon aus, dass aus psychiatrischer Sicht lediglich eine minimale Leistungsminderung mit einer Leistungsfähigkeit von 80 bis 90 % bestehe. In seinem fachärztlichen Attest vom 15. Dezember 2017 bezifferte er die Arbeitsunfähigkeit auf 50 %, ohne aber eingehend zu begründen, inwiefern sich der Gesundheitszustand derart verschlechtert hat, dass von einer erheblich höheren Arbeitsunfähigkeit auszugehen wäre. Schliesslich bezifferte med. pract. C. _____ im Bericht vom 4. April 2018 die Arbeitsfähigkeit auf 40 bis 50 %, obwohl sich die psychische Situation des Beschwerdeführers weiter stabilisiert hatte. Dabei bleibt unklar, ob med. pract. C. _____ bei seiner Beurteilung auch die somatischen Beschwerden berücksichtigte, was die Diagnosestellung nahelegt, aber wofür er als Psychiater nicht kompetent wäre. Dr. H. _____ setzt sich hingegen ausführlich mit den Berichten von

med. pract C._____ und namentlich auch mit dessen fachärztlichen Attest auseinander. Er legt nachvollziehbar dar, weshalb nicht von einem invalidenrechtlich relevanten Gesundheitsschaden auszugehen ist. Dabei weist er zutreffend auf Diskrepanzen zwischen den Aktivitäten des Beschwerdeführers im alltäglichen Leben und den von diesem geschilderten Funktionsbeeinträchtigungen hin. Damit kann dem Teilgutachten von Dr. H._____ sowie dessen Bericht, welcher das fachärztliche Attest von med. pract. C._____ widerlegt, ohne Einschränkungen gefolgt werden.

5.4 Insgesamt ist daher mit dem Medas-Gutachten davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer ein volles Arbeitspensum in einer angepassten Tätigkeit zumutbar ist, wobei seine Leistungsfähigkeit um 25 % eingeschränkt ist. Damit resultiert eine Arbeitsfähigkeit von 75 %. Vom 12. Mai 2014 bis am 14. Juni 2014 und vom 18. Dezember 2016 bis am

E. 6

6.1 Zwischen den Parteien umstritten ist sodann die Berechnung des Invaliditätsgrads. Zur Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das der Beschwerdeführer nach Eintritt des invalidisierenden Gesundheitsschadens und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zum Einkommen gesetzt, das er erzielen könnte, wenn er keine Gesundheitsschädigung erlitten hätte (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG).

E. 6.2

6.2.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was der Versicherte im Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunder tatsächlich verdient hätte (BGer-Urteil 9C_128/2014 vom 20. März 2014 E. 2.1). Dabei wird in der Regel beim zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt würde.

6.2.2 Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2014 Fr. 59'670.- verdient hätte. Da der ehemalige Arbeitgeber des Beschwerdeführers den Arbeitgeberfragebogen nicht ausgefüllt hatte, stützte sie sich auf Angaben von dessen Treuhänder, welcher den Lohn des Beschwerdeführers für das Jahr 2014 (inkl. Kinderzulagen) auf dreizehnmal Fr. 4'590.- bezifferte. Dies wird vom Beschwerdeführer zu Recht bemängelt. So führte sein damaliger Rechtsvertreter gegenüber der Unfallversicherin aus, dass der Beschwerdeführer seit Jahren netto Fr. 5'400.- pro Monat (x 13) verdiene. Aus dem Lohnausweis für das Jahr 2013 ergibt sich sodann, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2013 brutto Fr. 77'200.- und netto Fr. 70'200.- (13 x Fr. 5'400.-) verdient hatte. Die Unfallversicherin ging folglich bei ihrer Taggeldbemessung von einem versicherten Verdienst von Fr. 77'200.- aus. Da der Beschwerdeführer im Jahr 2014 nicht mehr arbeitstätig war, ist anzunehmen, dass sich die Zahlen des Treuhänders auf die dem Beschwerdeführer ausbezahlten Unfall-Taggelder bezogen. Anhaltspunkte dafür, dass dieser als Gesunder im Jahr 2014 weniger verdient hätte als im Jahr 2013, bestehen nämlich keine. Andererseits war der Lohn offenbar über Jahre hinweg konstant, weshalb nichts dafür spricht, dass er im Jahr 2014 höher als im Jahr 2013 gewesen wäre. Es rechtfertigt sich daher ■ analog zum Vorgehen der Unfallversicherin ■ von einem Valideneinkommen von

Fr. 77'200.- für das Jahr 2014 auszugehen.

E. 6.3

6.3.1 Für die Ermittlung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der kumulativ besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so ist auf Erwerbstätigkeiten abzustellen, die der versicherten Person angesichts ihrer Ausbildung und ihrer physischen sowie intellektuellen Eignung zugänglich wären. Rechtsprechungsgemäss werden hierzu die Tabellenlöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik (LSE) herangezogen (BGE 129 V 472 E. 4.2.1).

6.3.2 Da der Beschwerdeführer keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hatte, stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die LSE 2014. Dabei ging sie von der Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Total Männer, aus, welche ein Einkommen von Fr. 5'312.- pro Monat ausweist. Aufgerechnet auf ein Jahr und die übliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden resultiert so ein Einkommen von Fr. 66'453.12 (Fr. 5'312 x 12 x 41,7 / 40). Bei einer Arbeitsfähigkeit von 75 % ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 49'839.84.

Dieses Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist nicht zu beanstanden. Insbesondere bestehen entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers keine Gründe dafür, vom Tabellenlohn abzuweichen. Seine gesundheitlichen Einschränkungen sind vielmehr bei der Prüfung, ob ihm ein Abzug vom Tabellenlohn zu gewähren ist, zu berücksichtigen (BGer-Urteil 8C_253/2017 vom 29. Juni 2017 E. 4; vgl. nachfolgend E. II/6.4).

E. 6.4

6.4.1 Wird das Invalideneinkommen wie vorliegend auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Praxisgemäss können persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad einen Abzug von dem nach den Tabellenlöhnen der LSE zu ermittelnden Invalideneinkommen rechtfertigen, soweit anzunehmen ist, dass die trotz des Gesundheitsschadens verbleibende Leistungsfähigkeit infolge eines oder mehrerer dieser Merkmale auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwertet werden kann (BGE 134 V 322 E. 5.2, mit Hinweis). Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzugs ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Die Frage, ob ein Abzug nach Massgabe der Grundsätze von BGE 126 V 75 vorzunehmen sei, ist

rechtlicher Natur, die Bestimmung der Höhe eines solchen Abzugs dagegen Ermessensfrage (BGer-Urteil 8C_530/2015, 8C_563/2015 vom 6. Januar 2016 E. 6.1.2).

6.4.2 Die Beschwerdegegnerin gewährte dem Beschwerdeführer keinen Abzug vom Tabellenlohn. Dieser ist hingegen der Ansicht, dass aufgrund seines eingeschränkten funktionellen Leistungsvermögens, seiner ungenügenden schulischen und beruflichen Ausbildung, seiner jahrzehntelangen Tätigkeit als Hilfsarbeiter in der Bäckerbranche, seiner fehlenden Berufserfahrung in anderen Branchen, seines Alters und seines Migrationshintergrunds der Tabellenlohn um 25 % zu kürzen sei.

Dem Beschwerdeführer sind sämtliche Verweisungstätigkeiten zumutbar, sofern sie folgende Kriterien einhalten: Keine längeren Überkopfarbeiten, keine Arbeiten in chronischer Vorneigehaltung des Kopfs mit und ohne gleichzeitiger Kopfrotation, kein wiederholtes Bücken oder Aufrichten, kein wiederholtes Anheben und Tragen von Lasten über 10 kg, keine Arbeiten in kniender oder kauender Position und keine Arbeiten mit monotoner Vorneigehaltung des Oberkörpers. Auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt werden verschiedene Tätigkeiten angeboten, welche seinem Belastungsprofil entsprechen. Zu denken ist dabei etwa an leichte Kontroll- oder Überwachungstätigkeiten. Daraus, dass im Totalwert des Kompetenzniveaus 1 bei den Männern auch Tätigkeiten enthalten sind, die er nicht mehr ausüben kann, lässt sich kein grundsätzlicher Anspruch auf einen Tabellenlohnabzug ableiten (BGer-Urteil 9C_833/2017 vom 20. April 2018 E. 5.5). Dem Umstand, dass er zusätzliche Arbeitspausen benötigt, Wechselpositionen und ergonomische Arbeitshaltungen einnehmen muss und bei Bedarf Lockerungsübungen ausführen sollte, wurde sodann bereits durch die Attestierung einer Leistungsminderung von 25 % Rechnung getragen. Dies kann nicht unter dem Titel des Tabellenlohnabzugs erneut und damit doppelt berücksichtigt werden. Ferner haben sein Alter von mittlerweile 47 Jahren, seine fehlenden Berufskennnisse und sein Migrationshintergrund bei den ihm zumutbaren Hilfsarbeitertätigkeiten keine lohnsenkende Wirkung. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin keinen Abzug vom Tabellenlohn vornahm.

Bei einem Invalideneinkommen von Fr. 49'839.84 und einem Valideneinkommen von Fr. 77'200.- resultiert ein Invaliditätsgrad von 35 %, welcher nicht zum Bezug einer Invalidenrente berechtigt.

E. 7

7.1 Die Beschwerdegegnerin hat indessen übersehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner koronaren Herzkrankheit mit schwerer 3-Ast-Erkrankung vom 18. Dezember 2016 bis zum 5. Februar 2017 zu 100 % und vom 6. Februar 2017 bis zum 27. April 2017 zu 50 % arbeitsunfähig war. Damit war er am 15. April 2017 (69. Tag nach Wiedererlangung einer Arbeitsfähigkeit von 50 %) über einen Zeitraum von einem Jahr durchschnittlich zu 40 % arbeitsunfähig und bestand folglich das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (246 Tage à 25 %, 50 Tage à 100 %, 69 Tage à 50 %; vgl. auch Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], Stand 1. Januar 2018, Rz. 2018).

7.2 Ausgehend von der am 15. April 2017 bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 50 % wies der Beschwerdeführer ein Invalideneinkommen von Fr. 33'226.56 (Fr. 66'453.12 x 50 %) auf. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 77'200.- resultiert ein Invaliditätsgrad von 57 %. Damit hat der Beschwerdeführer ab April 2017 Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 29 Abs. 3 IVG).

7.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad nach erstmaliger Entstehung des Rentenanspruchs, ist die Rente aufgrund von Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV) anzupassen (Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. A., Zürich/Basel/Genf 2014, S. 304). Nach der Rechtsprechung ist bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente nebst der Revisionsbestimmung des Art. 17 Abs. 1 ATSG die Bestimmung über die Änderung des Leistungsanspruchs bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit (Art. 88a Abs. 1 IVV) analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird (BGE 109 V 125 E. 4a; BGer-Urteil 9C_996/2010 vom 5. Mai 2011 E. 8, mit Hinweisen; Meyer/Reichmuth, S. 423). Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit 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 gedauert hat und voraussichtlich andauern wird. Das Bundesgericht wendet in solchen Fällen in der Regel den zweiten Satz dieser Vorschrift an und gewährt oder bestätigt eine höhere Rente drei Monate über die Veränderung des Gesundheitszustandes hinaus (BGer-Urteil 9C_491/2008 vom 21. April 2009 E. 2, mit Hinweisen).

Da die koronare Herzkrankheit ab dem 28. April 2017 keinen Einfluss mehr auf die Arbeitsfähigkeit zeitigte, ist die Rente unter Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV bis Ende Juli 2017 zu befristen.

7.4 Demgemäss ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 14. Juni 2018 ist dahingehend abzuändern, als dem Beschwerdeführer für die Monate April bis Juli 2017 eine halbe Invalidenrente zuzusprechen ist.

III.

1.

Nach Art. 134 Abs. 1 lit. c VRG i.V.m. Art. 69 Abs. 1 bis IVG hat die Partei, welche im Beschwerdeverfahren unterliegt, die amtlichen Kosten zu tragen. Obsiegt die Beschwerdeführende Person teilweise, ist sie dann nicht kostenpflichtig und erhält eine ungekürzte Parteientschädigung, wenn sie im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen teilweise unterliegt, was beispielsweise bei der Zusprechung einer halben statt der beantragten ganzen Invalidenrente der Fall ist. In einer solchen Konstellation bedingt das effektiv Erhaltene nämlich grundsätzlich den selben Aufwand wie das Beantragte (BGE 117 V 401 E. 2c; BGer-Urteil 9C_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3). Vorliegend beantragte der Beschwerdeführer mindestens eine halbe Invalidenrente ab dem 11. April 2014. Hätte er lediglich das beantragt, was ihm vorliegend zugesprochen wird, nämlich dass ihm aufgrund seiner höheren Arbeitsunfähigkeit im Zeitraum vom 18. Dezember 2016 bis am 27. April 2017 eine befristete Invalidenrente zuzusprechen sei, wäre der Verfahrensaufwand deutlich geringer ausgefallen. Es rechtfertigt sich daher, die Gerichtskosten von pauschal Fr. 600.- zu drei Vierteln dem Beschwerdeführer und zu einem Viertel der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Vom bereits geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.- sind dem Beschwerdeführer Fr. 150.- zurückzuerstatten.

2.

Aus denselben Gründen ist dem Beschwerdeführer gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG zu Lasten der Beschwerdegegnerin lediglich eine reduzierte Parteienschädigung in der Höhe von Fr. 500.- (inkl. Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

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