

GL_GERICHTE GL-780 vom 23. November 2016

GL Gerichte, 2016-11-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl_gerichte_GL-780

FR: GL_GERICHTE GL-780 du 23 novembre 2016

IT: GL_GERICHTE GL-780 del 23 novembre 2016

Erwägungen

E. 1

Der am [] geborene A. _____ meldete sich am 8. September 2014 bei der IV-Stelle Glarus zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Zur Klärung seiner Leistungsansprüche beauftragte die IV-Stelle Glarus am 9. Juli 2015 die C. _____ GmbH, seinen Gesundheitszustand umfassend abzuklären und einen polydisziplinären Bericht zu erstellen. Gestützt auf diesen Bericht berechnete die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 8. Juni 2016 einen Invaliditätsgrad von 27 % und stellte A. _____ die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht. Dagegen erhob dieser am 23. Juni 2016 Einwände. Mit Verfügung vom 23. November 2016 wies die IV-Stelle sein Leistungsbegehren im Sinne des Vorbescheids ab.

E. 2

2.1 Gemäss 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 und nach zumutbarer Behandlung sowie Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 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. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zum Erwerbseinkommen gesetzt, welches sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

E. 3

3.1 Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG).

3.2 Nach dem für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren geltenden Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter 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 Rechtsanspruchsgestatten. 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).

3.3 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).

3.4 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 (BGE 125 V 256 E. 4).

3.5 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).

3.6 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, dass die von den Medas-Gutachtern gestellten Diagnosen unvollständig bzw. unrichtig seien, namentlich hätte ihn ein italienisch sprechender Psychiater begutachten müssen. Das Verwaltungsgericht solle daher sein funktionelles Leistungsvermögen gutachterlich abklären lassen. Hinsichtlich des funktionellen Leistungsvermögens habe der Arbeitsversuch aufgezeigt, dass er in seiner angestammten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsunfähig sei; er könne nur noch leichte und wechselseitige Verweisungstätigkeiten mit einer Effizienzeinbusse von mindestens 30 % ausführen. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens habe die Beschwerdegegnerin des Weiteren nicht berücksichtigt, dass er sein Leistungspotential nicht wie eine gesunde Person verwerten könne, da bei ihm persönliche Umstände vorlägen, die die Verwertung seines noch vorhandenen funktionellen Leistungsvermögens einschränken würden. Ihm sei daher mindestens eine halbe Invalidenrente zuzusprechen.

4.2 Die Beschwerdegegnerin führt aus, dass sie sämtliche ihr obliegenden Abklärungspflichten sorgfalts- und pflichtgemäss wahrgenommen habe, indem sie beweistaugliche medizinische Berichte eingeholt, konsultiert und gewichtet habe. Sie habe sich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ein umfassendes Bild über die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers gebildet. Dabei habe sie festgestellt, dass sämtliche Einschränkungen des Beschwerdeführers in die versicherungsmedizinische Einschätzung eingeflossen seien und eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 70 % vorliege.

E. 5

Es gilt folglich den Invaliditätsgrad festzustellen, wobei Ausgangspunkt zu dessen Ermittlung die Frage bildet, ob und in welchem Ausmass der Beschwerdeführer aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Dabei ist insbesondere zu überprüfen, ob sich die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Gutachten der C. _____ GmbH stütze.

E. 5.1

5.1.1 Dr. med. D. _____, FMH Kardiologie/Innere Medizin, hielt in seinem kardiologischen Teilgutachten fest, dass aus rein kardiologischer Sicht beim Beschwerdeführer seit dem Rehabilitationsaufenthalt eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Dieser habe die aortokonarare Bypassoperation nach der diagnostizierten koronaren Dreifässerkrankung in rein kardiologischer Hinsicht gut verkräftet.

5.1.2 Die Diagnose von Dr. D. _____ stimmt mit den im Recht liegenden medizinischen Berichten überein, namentlich wird im Bericht der Reha E. _____ vom 15. Dezember 2015 festgehalten, dass sich beim Beschwerdeführer am 8. Dezember 2015 eine fast normale kardiopulmonale Belastbarkeit (91 %) ohne Ischämie, Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris oder asymptotische EKG-Veränderungen gezeigt habe. Konkrete Hinweise, dass der Beschwerdeführer die Bypassoperation in rein kardiologischer Hinsicht nicht gut verkräftet hat, finden sich in den vorliegenden Unterlagen nicht.

E. 5.2

5.2.1 Dr. med. F. _____, FMH Rheumatologie, stellte in seinem rheumatologischen Teilgutachten vom 27. August 2015 mehrere Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Zervikoradikuläres Reizsyndrom C7 links bei dokumentierter zervikaler Diskushernie C6/7 linksbetont, frakturaktive Osteoporose, Wirbelsäulenfehlform mit

grobboziger zervikothorakaler lumbaler Skoliose, Lateralisation des Wirbelsäulenlotes um 2 cm nach rechts und beidseits klinisch relevante Einschränkungen der Hüftrotationen rechts mehr als links. Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten hingegen die Sternotomie im Rahmen der Bypassoperation im Mai 2014 und die Karpaltunneloperation.

Aufgrund seiner Beschwerden sei der Beschwerdeführer als Montagearbeiter in einer Metallfabrik nur noch bedingt zu höchstens 50 % arbeitsfähig. Die restliche Arbeitsfähigkeit sollte dabei in halben Arbeitstagen erfolgen; in diesem Falle sei nicht unbedingt zusätzlich mit einer Leistungseinschränkung zu rechnen. Er könne seine Arbeitsfähigkeit besser nutzen, wenn er sich eine Verweistätigkeit suche, die seinen Bewegungsapparat nicht so sehr belaste. Bei einer solchen Verweistätigkeit seien repetitive Torsions- und Schwenkbewegungen mit dem Rumpf und dem Oberkörper sowie monotone vorgebeugte kniende oder kauende Tätigkeiten zu vermeiden. Überkopftätigkeiten seien maximal eine halbe Stunde am Stück und höchstens einmal im Halbtage zu empfehlen. Heben und Tragen von Lasten bis Lendenhöhe seien ihm maximal 20 kg, in Brusthöhe maximal 30 kg möglich. Die Exposition für physikalische Vibrations-, Schlag- oder Rüttelbewegungen sei nicht zu empfehlen. Das Arbeiten auf behelfsmässigen Arbeitsflächen (gemeint sind Gerüste, Leitern oder Podeste) sei möglich, wenn auch nicht andauernd zu empfehlen. Das Gehen in unebenem Gelände sei möglichst zu vermeiden. Tätigkeiten mit der oberen Extremität seien leicht bis kurzfristig mittelschwer zu gestalten (optimal ebenfalls unterhalb der Elevationsebene). Tätigkeiten mit der unteren Extremität seien ebenfalls leicht bis kurzfristig mittelschwer zu gestalten. Sitzende Positionen seien ohne weitere Limite zumutbar (günstig wäre hier ebenfalls die Möglichkeit für individuelle Wechselpositionen). Dasselbe gelte auch für stehende Arbeiten. Das geschulterte Tragen von Lasten (Anhängetasche, Rucksäcke oder ähnliches) sollte das "übliche Mass nicht überschreiten". Für das berufliche Führen von Motorfahrzeugen und/oder Bedienen von schweren Maschinen und Geräten sei bis zur Behandlung des zervikoradikulärem Reizsyndroms C7 links bedingt eine Einschränkung zu nennen.

Bei einer solchen Verweistätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 80 % arbeitsfähig. Dabei sei betreffend das Zeitpensum keine Einschränkung notwendig (Arbeiten zu 8 Stunden an 5 Tagen der Woche möglich), sondern lediglich eine 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit in Kauf zu nehmen, bedingt durch einen vermehrten Pausenbedarf und/oder ein verlangsamtes Arbeitstempo. Zusätzliche Pausen seien zur Sicherstellung/Ermöglichung von Lockerungs-, Dehnungs- und Gymnastikübungen zuzugestehen; ein verlangsamtes Arbeitstempo könnte aufgrund der Einhaltung ergonomischer Empfehlungen resultieren.

5.2.2Dr. F._____ setzte sich mit den Diagnosen in den übrigen im Recht liegenden Berichten auseinander. Dabei stellte er richtigerweise fest, dass im Zeitpunkt der Untersuchung beim Beschwerdeführer keine bestehenden rheumatologischen Leiden diagnostiziert waren. Das diagnostizierte rezidivierende Reiz- und Ausfallsyndrom C7 rechts mit Diskushernie rechts sei gemäss Aussage des Beschwerdeführers nämlich mit infiltrativen Massnahmen erfolgreich behandelt worden. Dr. D._____ setzte sich auch mit den beklagten Beschwerden des Beschwerdeführers auseinander und ordnete die Nackenschmerzen mit Ausstrahlung links in den Arm und gegen Strahlen der linken Hand dem zervikoradikulärem Reizsyndrom C7 links zu. Dabei zeigte er auch überzeugend auf, dass dieses Reizsyndrom und damit die Nackenschmerzen mit infiltrativen Massnahmen erfolgreich behandelbar sind. Ebenso untersuchte Dr. D._____ den Beschwerdeführer

systematisch und umfassend. Gestützt auf diese Untersuchungen stellte er als erster Arzt fest, dass der Beschwerdeführer an einer frakturaktiven Osteoporose, an einer Wirbelsäulenfehlform und beidseitig an klinisch relevanten Einschränkungen der Hüftrotationen leidet. Die sinterungsaktiven Frakturen könnten dabei einen "referred pain" und Schmerzausweitungen in den ventralen, sprich sternalen thorakalen Bereich mit sich ziehen.

Die Diagnosen von Dr. D. _____ stimmen mit den übrigen im Recht liegenden Berichten überein. So stellten PD Dr. Dr. G. _____, Kardiologie und Innere Medizin, und H. _____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, in ihrem Gutachten fest, dass der Beschwerdeführer an einem radikulärem Reizsyndrom C6/C7 leide. Sie führten auch an, dass im Laufe des stationären Aufenthalts in der Reha E. _____ die Schmerzen im Brustbereich zurückgegangen seien und der Beschwerdeführer wieder ein gutes Mass an körperlicher Aktivität aufnehmen habe können.

Gestützt auf seine Untersuchungen schätzte Dr. D. _____ die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als Montagearbeiter in einer Metallfabrik nachvollziehbar auf 50 % und bei der oben umschriebenen Verweistätigkeit (E. II/5.2.1) auf 80 % ein, da der Beschwerdeführer einen vermehrten Pausenbedarf und/oder ein verlangsamtes Arbeitstempo benötige. In der umschriebenen Verweistätigkeit wird dabei seine Arbeitsfähigkeit zutreffend als höher eingeschätzt, da er gewisse für sein Bewegungsapparat belastende Tätigkeiten nicht ausüben muss.

E. 5.3

5.3.1 Dr. med. I. _____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH und zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, und Dr. med. J. _____ stellten in ihrem Teilgutachten Psychiatrie vom 28. September 2015 mehrere Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) und Verdacht auf eine somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F45.9). Der Beschwerdeführer könne daher nur einfache Routinearbeiten ausüben, die kein übermässiges Konzentrationsvermögen erforderten und in deren Rahmen der Beschwerdeführer die Möglichkeit habe, kurze Pausen zu machen. Die bisherige Arbeitstätigkeit als Hilfsarbeiter sei zwar grundsätzlich zumutbar; es sei aber von einer um 10 % allgemein geminderten Leistungsfähigkeit und einer um 20 % geminderten zeitlichen Leistungsfähigkeit (= verbleibende Leistungsfähigkeit von 6 Stunden pro Tag) auszugehen, woraus sich in psychiatrischer Hinsicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 % ergebe.

5.3.2 Dr. I. _____ und Dr. J. _____ setzten sich ausführlich mit den Vorakten und den geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers auseinander. Ebenso untersuchten sie den Beschwerdeführer umfassend und schätzen seinen Zustand anhand unterschiedlicher Beurteilungsskalen ein, beispielsweise verwendeten sie die Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD), die Montgomery Asberger Depression Scale (MADRS) sowie den Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ) nach Löwe et al. Dabei zeigten sie einleuchtend auf, dass seine Ängste und depressiven Symptome wie verminderter Selbstwert, Tagesmüdigkeit, leichte Erschöpfbarkeit und Grübeln auf den erlittenen Myokardinfarkt und das anhaltende Schmerzerlebnis zurückzuführen seien. Vor dem Myokardinfarkt habe der Beschwerdeführer nämlich gemäss eigenen Aussagen nicht unter psychiatrischen Beschwerden gelitten. Eine rezidivierende depressive Störung könne daher ausgeschlossen werden; es sei von einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver

Reaktion auszugehen.

Dr. I. _____ und Dr. J. _____ wiesen auch daraufhin, dass die ICD-10 bei Anpassungsstörungen zwar grundsätzlich eine Maximaldauer von sechs Monaten vorsehe, klinisch gebe es aber sehr häufig weitaus längere anhaltende Anpassungsstörungen, v.a. dann wenn die Belastung fortbestehe. Diese notwendige Relativierung der Maximaldauer gemäss ICD-10 erscheint nachvollziehbar. Aus diesem Grund kann beim Beschwerdeführer auch eine Anpassungsstörung vorliegen, insbesondere wenn man berücksichtigt, dass er unter einem anhaltendem Schmerzerlebnis, welches er auf die Folgen der Herzoperation zurückführt, leidet. Daran ändern auch die Ausführungen von Dr. med. K. _____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, nichts. Seine Ausführungen behandeln die Thematik der sechsmonatigen Maximaldauer nicht eingehend. So zeigt er beispielsweise nicht auf, inwiefern die Relativierung der Maximaldauer im konkreten Fall nicht richtig sein könne.

Die diagnostizierte Anpassungsstörung stimmt auch mit den übrigen im Recht liegenden Berichten überein. So stellten beispielsweise auch PD Dr. Dr. G. _____ und H. _____ in ihrem Bericht vom 15. Dezember 2015 fest, dass keine psychische Störungen in der bisherigen Lebensgeschichte benannt seien. Sie führten auch aus, dass der Beschwerdeführer bei Aufnahme der stationären Behandlung (12. November 2015) unter depressiven Stimmungen gelitten habe, diese depressive Episode im Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung am 8. Dezember 2015 aber remittiert sei. Ebenso wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer bei Aufnahme in den stationären Aufenthalt über Angsterleben bezüglich körperlicher Belastungsfähigkeit seit dem Myokardinfarkt gesprochen habe. Auch Dr. K. _____ geht bei seinen Ausführungen nicht davon aus, dass der Beschwerdeführer vor dem Infarkt unter psychiatrischen Beschwerden gelitten habe.

Dr. I. _____ und Dr. J. _____ konnten auch einleuchtend darlegen, dass der Beschwerdeführer seine Schmerzen, Ängste und depressiven Symptome auf die Folgen der Herzoperation zurückführe, obwohl alle medizinischen Berichte festhalten würden, dass er die aortokononare Bypassoperation nach der diagnostizierten koronaren Dreifässerkrankung in rein kardiologischer Hinsicht gut verkraftet habe (vgl. E. II/5.1). Sie vermuteten auch richtig, dass sich beim Beschwerdeführer somatoforme Komponenten für das Schmerzempfinden finden werden. So fand Dr. D. _____ in seinem Gutachten vom 27. August 2015 mögliche somatische Korrelate für diese Schmerzen. Seines Erachtens könnten die frakturaktiven Frakturen nämlich einen "referred pain" und Schmerzausweitungen in den ventralen, sprich sternalen thorakalen Bereich mit sich ziehen. Da diese somatoforme Komponenten die Schmerzen des Beschwerdeführers aber nicht hinreichend erklären können, kann Dr. I. _____ und Dr. J. _____ auch darin gefolgt werden, dass sie beim Beschwerdeführer Verdacht auf eine somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F45.9), diagnostizierten.

Im Übrigen stellten Dr. G. _____ und H. _____ in ihrem Bericht vom 15. Dezember 2015 fest, dass beim Beschwerdeführer ein ausgesprochenes Angstgefühl bei Belastung und die Sorge, die Herzerkrankung könne erneut Beschwerden machen, vorlägen. Ebenso habe sich der Beschwerdeführer bei ihnen über ein unangenehmes Gefühl im Brustbereich beklagt. Dies lässt sich mit den Aussagen des psychiatrischen Teilgutachtens vereinbaren.

5.3.3 In der Beschwerdeschrift vom 14. Dezember 2016 macht der Beschwerdeführer geltend, dass er von einem [] sprechenden Psychiater hätte begutachtet werden müssen, der

zudem mit der [] Kultur vertraut sei. Nur ein solcher Psychiater hätte erkennen können, dass er an einer mittelschweren bis schweren Depression leide.

Dem Beschwerdeführer ist insofern zuzustimmen, dass der Verständigung zwischen dem begutachtenden Psychiater und der zu begutachtenden Person besonderes Gewicht zukommt. Aus diesem Grund kann bei einer psychiatrischen Abklärung allenfalls eine Übersetzungshilfe geboten sein (vgl. dazu BGer-Urteil 9C_53/2009 vom 29. Mai 2009 E. 4.4). Ein Psychiater, der die Muttersprache spricht, ist für die Verständigung aber nicht erforderlich. Daneben legt der Beschwerdeführer auch nicht dar, dass bzw. inwiefern bei der psychiatrischen Begutachtung falsch übersetzt worden sei.

Ein Psychiater muss auch nicht zwingend mit der Kultur des Versicherten vertraut sein, entscheidend ist, dass der Psychiater respektive Gutachter über die entsprechende Fachausbildung verfügt. Verwaltung und Gerichte müssen sich nämlich auf seine Fachkenntnisse verlassen können (BGer-Urteil 9C_53/2009 vom 29. Mai 2009 E. 4.2). Ebenso kann ein invalidisierender Gesundheitsschaden nur angenommen werden, wenn das klinische Beschwerdebild nicht aus Beeinträchtigungen besteht, welche von belastenden psychosozialen oder soziokulturellen Faktoren herrühren; es muss sich vielmehr auf psychiatrisch davon zu unterscheidende Befunde beziehen (BGer-Urteil I 164/06 vom 27. April 2007 E. 3.2). Für die Diagnose einer Depression ist es daher nicht entscheidend, ob in der [] Kultur dem Herzen (" []") eine besonders wichtige Rolle zukommt und [] besonders unter einem Myokardinfarkt leiden. Entscheidend ist, ob es beim Beschwerdeführer konkrete Hinweise auf eine Depression gibt. Dies verneint das Medas-Gutachten mit überzeugender Begründung.

E. 5.4

5.4.1 Die Ergebnisse der drei oben genannten Teilgutachten wurden in das Gutachten vom 2. November 2015 aufgenommen und miteinander in Bezug gesetzt. Zusätzlich wurde eine chronische obstruktive Lungenkrankheit festgestellt, die zwar gewisse Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben könnte, doch anscheinend vom Beschwerdeführer gut toleriert wird. Nach der Auflistung aller Diagnosen wurden diese gesamtheitlich gewürdigt. Widersprüchliche Ergebnisse oder konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Gutachten sprechen würden, sind dabei nicht zu erkennen, wovon auch RAD-Arzt Dr. med. L._____, Facharzt FMH für Rheumatologie, Facharzt FMH und UEMS für Physikalische Medizin und Rehabilitation, ausgeht.

Es kann somit den Ergebnissen der Medas-Gutachten gefolgt werden. Zutreffend gehen die Gutachter zudem davon aus, dass für die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit die festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 30 % in psychologischer Sicht und die festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 20 % in rheumatologischer Sicht nicht kumuliert werden dürfen. So hat der Beschwerdeführer aufgrund psychologischer und rheumatologischer Einschränkungen einen vermehrten Pausenbedarf und ist daher insgesamt in zeitlicher Hinsicht um 20 % eingeschränkt. Daneben ist seine Leistungsfähigkeit nur in psychischer Hinsicht um 10 % eingeschränkt.

5.4.2 Der Beschwerdeführer macht in seiner Beschwerdeschrift sinngemäss geltend, dass der gescheiterte Arbeitsversuch nach dem Rehabilitationsaufenthalt aufgezeigt habe, dass er in Bezug auf die tatsächlich ausgeführte angestammte Tätigkeit dauerhaft nicht mehr arbeitsfähig sei. Dies sei auch der Grund gewesen, weshalb sein damaliger Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis aufgelöst habe.

Ob dem Beschwerdeführer tatsächlich aufgrund seines gesundheitlichen Zustands gekündigt wurde, kann gestützt auf die vorliegenden Akten nicht zweifelsfrei festgestellt werden. Einerseits behauptet Dr. K. _____, dass der Arbeitgeber ihm mitgeteilt habe, der Beschwerdeführer sei am 1. September 2014 zu 50 % arbeitsfähig gewesen, habe aber im Lauf der Wochen und Monaten immer weniger geleistet. Andererseits hält das Schreiben der M. _____ AG vom 26. Februar 2015 fest, dass dem Beschwerdeführer aufgrund von Umstrukturierungen im Betrieb auf den 30. April 2015 gekündigt worden sei.

Letztlich kann aber offengelassen werden, weshalb dem Beschwerdeführer gekündigt worden ist. Auch wenn ihm aufgrund seines Zustands oder Verhaltens gekündigt worden wäre, hiesse dies nicht, dass er seine angestammte Tätigkeit nicht mehr ausüben konnte oder kann. Für diese Tatsachenfeststellung sind nämlich alle verfügbaren Unterlagen zu berücksichtigen, dabei kommt Gutachten von externen Spezialisten volle Beweiskraft zu, wenn keine konkreten Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen (vgl. E. II/3.6). Inwiefern die Aussagen von Dr. K. _____ Zweifel an der Zuverlässigkeit der Gutachten der C. _____ GmbH wecken sollen, ist nicht ersichtlich. So sind die Aussagen des früheren Arbeitgebers zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers eher vage, wurden durch medizinische Untersuchungen relativiert (Anpassungsstörung) und beziehen sich letztlich auf eine schwierige Zeitperiode für den Beschwerdeführer und enthalten keine Prognosen für die Zukunft.

5.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin kein Recht verletzt, indem sie ihren Entscheid auf die Gutachten der C. _____ GmbH stützte. Demgemäss durfte sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Montagearbeiter ab dem 1. September 2014 zu 50 % eingeschränkt ist und ihm eine adaptierte Tätigkeit, wie sie im rheumatologischen Gutachten umschrieben ist (vgl. E. II/5.2.1), ab dem 1. September 2014 zu 70 % zumutbar ist.

E. 6

6.1 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 gesetzt zum Erwerbseinkommen, das er erzielen könnte, wenn er keinen Gesundheitsschaden erlitten hätte. Dabei wird vorliegend die Einkommensvergleichsmethode angewendet (Art. 28a IVG i.V.m. Art. 16 ATSG; vgl. Meyer/Reichmuth, S. 315 ff.).

6.2.1 Zur 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 worden wäre. Hat der Versicherte aber ein unterdurchschnittliches Einkommen im Vergleich zum branchenüblichen Tabellenlohn der periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen vom Bundesamt für Statistik (LSE) erzielt, ist sein Einkommen unter Berücksichtigung des Erheblichkeitsgrenzwerts von 5 % gegenüber dem

branchenüblichen Einkommen zu parallelisieren (BGE 135 V 297 E. 6.1.2). Damit ist nicht vom bisherigen Einkommen auszugehen, sondern von 95 % des branchenüblichen Tabellenlohns der LSE.

6.2.2 Für die Festsetzung 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 LSE herangezogen (BGE 129 V 472 E. 4.2.1).

6.2.3 Wird das Invalideneinkommen 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 Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ist eine Ermessensfrage (BGer-Urteil 9C_746/2010 vom 28. Januar 2011 E. 3.2). Dem Verwaltungsgericht kommt zwar bei der Prüfung des angefochtenen Entscheids volle Kognition zu (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. A., Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 61 N. 96), es darf aber nicht ohne Not sein Ermessen anstelle desjenigen der Vorinstanz setzen (BGer-Urteil 8C_546/2011 vom 14. November 2011 E. 4.3).

E. 6.3

6.3.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Bestimmung des Invalideneinkommens auf die Lohnangaben der M._____AG vom Jahre 2014 und stellte ein Einkommen in der angestammten Tätigkeit von Fr. 60'126.- fest. Dieses Einkommen ist tiefer als der durchschnittlichen Lohn für Männer in allen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors mit Kompetenzniveau 1. Nach der Tabelle TA 1 der LSE betrug das über alle Branchen ermittelte durchschnittliche Monatseinkommen für auf Kompetenzniveau 1 tätige Männer nämlich Fr. 5'312.- bzw. jährlich Fr. 63'744.-. Umgerechnet auf eine durchschnittliche

Wochenarbeitszeit im Jahr 2014 von 41,7 Stunden ergibt sich ein Tabellenlohn von Fr. 66'453.12. Die Beschwerdegegnerin parallelisierte daher zu Recht das Einkommen des Beschwerdeführers zu dessen Gunsten und erhöhte es, abzüglich des Erheblichkeitsgrenzwerts von 5 %, auf Fr. 63'130.46.

6.3.2 Bei der Bestimmung des Invalideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin ebenfalls auf den durchschnittlichen Lohn für Männer in allen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors mit Kompetenzniveau 1 von Fr. 66'453.12 (vgl. dazu BGer-Urteil 8C_622/2016 vom 21. Dezember 2016 E 5.2). Da der Beschwerdeführer aber in einer adaptierten Tätigkeit nur zu 70 % arbeitsfähig ist, reduzierte es den Tabellenlohn um 30% auf Fr. 46'517.18. Einen Abzug vom Tabellenlohn hielt die Beschwerdegegnerin dabei nicht für angebracht, da die Gutachter sämtliche Leiden des Beschwerdeführers umfassend gewürdigt hätten und sämtliche Einschränkungen des Beschwerdeführers in die Gutachten miteingeflossen seien.

E. 6.4

6.4.1 Diesen Ausführungen der Beschwerdegegnerin kann der Beschwerdeführer nicht folgen. Seines Erachtens habe er durch seine Beeinträchtigungen schlechtere Chancen sein Lohnpotential auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkts zu verwerten, insbesondere weil er nur noch leichte Verweisungstätigkeiten ausführen könne, lange vom konkreten Arbeitsmarkt abwesend gewesen sei und er ein älterer Mann mit Migrationshintergrund und schlechten Deutschkenntnissen sei.

Gemäss den medizinischen Gutachten kann der Beschwerdeführer weiterhin zu 50 % als Hilfsarbeiter in der Metallbranche tätig sein. In einer adaptierten Tätigkeit ist er hingegen zu 70 % arbeitsfähig, sofern er keine repetitive Torsions- und Schwenkbewegungen mit dem Rumpf und dem Oberkörper sowie monotone vorgebeugte kniende oder kauende Tätigkeiten ausüben muss und die Tätigkeiten nur leicht bis kurzfristig mittelschwer sind. Seine (Rest-)Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ist aufgrund der vielen Einschränkungen nur mit einem unterdurchschnittlichen Einkommen verwertbar; es scheint daher sachgerecht, einen Abzug vom Tabellenlohn von 5 bis maximal 10 % vorzunehmen.

Der Beschwerdeführer war auch längere Zeit vom Arbeitsmarkt abwesend, stand im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung mit 58 Jahren nur noch 7 Jahre vor seiner Pensionierung und kann auch nur noch Teilzeit angestellt werden. Dies rechtfertigt aber keinen zusätzlichen Abzug vom Tabellenlohn. So ist bei Männern auf der untersten Stufe der beruflichen Stellung, die nur Teilzeit arbeiten können, grundsätzlich kein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen (vgl. BGer-Urteil 8C_622/2016 vom 21. Dezember 2016 E. 5.3.2). Das Alter der Person, deren Deutschkenntnisse, ein allfälliger Migrationshintergrund oder spezifische Fachkenntnisse sind bei der Anstellung von Hilfsarbeitern sodann nicht wesentlich. Dies zeigt sich auch darin, dass der Beschwerdeführer nach Beendigung seiner Arbeit bei der N. _____ AG im Jahr 2013 eine Anstellung bei der M. _____ AG fand.

6.4.2 Schliesslich stellt sich die Frage, ob der Beschwerdeführer wirtschaftlich seine Resterwerbsfähigkeit überhaupt verwerten kann. Dies ist ihm selbst in Anbetracht seines Alters noch möglich. Trotz seiner gesundheitlichen Einschränkungen stehen ihm verschiedene Hilfsarbeitertätigkeiten offen. Solche Tätigkeiten werden auf dem hypothetischen, ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt (vgl. dazu BGer-Urteil I 376/05 vom 5. August 2005 E. 4.2).

6.4.3 Wenn von einem leidensbedingten Abzug von 10 % ausgegangen wird, reduziert sich das massgebliche Invalideneinkommen von Fr. 46'517.18 um 10 % auf Fr. 41'865.47. Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 63'130.46 ergibt sich damit eine Lohneinbusse von Fr. 21'264.99 und ein Invaliditätsgrad von (aufgerundet) 34 %. Auch unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn von 10 % liegt der Invaliditätsgrad somit unter 40 %, weshalb der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

Demgemäss ist die Beschwerde abzuweisen.

III.

Nach Art. 134 Abs. 1 lit. c des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 4. Mai 1986 (VRG) i.V.m. Art. 69 Abs. 1 bis IVG hat die Partei, welche im Beschwerdeverfahren unterliegt, die amtlichen Kosten zu tragen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten von pauschal Fr. 600.- dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und mit dem von ihm bereits geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen. Eine Parteientschädigung ist ihm nicht zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

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