

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/173 vom 25. April 2013

Sg Versicherungsgericht, 2013-04-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2011_173

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/173 du 25 avril 2013

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/173 del 25 aprile 2013

Regeste

Art. 28 Abs. 2, 29 Abs. 1 IVG, Art. 16 ATSG, Art. 88a IVV. Rentenanspruch bejaht bei einem Invaliditätsgrad von 55%. Kein Abstellen auf das ABI-Gutachten, da die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung angesichts der objektivierbaren kardiologischen Einschränkungen des Beschwerdeführers insgesamt zu optimistisch erscheint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St.Gallen vom 25. April 2013, IV 2011/173). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_425/2013.

Erwägungen

E. 1

Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht abgelehnt hat.

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). 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). 2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. 2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. 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 und ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c, je mit Hinweisen).

E. 3

3.1 Der Beschwerdeführer lässt vorab rügen, die Beschwerdegegnerin habe sowohl den Untersuchungsgrundsatz wie auch den Grundsatz der freien Beweiswürdigung missachtet, indem sie trotz entsprechendem Ersuchen nicht mit dem Erlass der definitiven Verfügung zugewartet habe, bis vom Medizinischen Zentrum Z.____ sämtliche Untersuchungsergebnisse vorlagen. Zudem sei der Anspruch auf Gewährung des rechtlichen Gehörs aufs Gröbste verletzt worden, indem die Stellungnahme des RAD vom 25. März 2011 der Verfügung vom 29. März 2011 lediglich beigeheftet worden sei. 3.2 Die Untersuchungen sind einzustellen, wenn die Akten vollständig sind, das heisst wenn die inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen, welche an die einzelnen Beweismittel zu stellen sind, erfüllt sind und eine Würdigung dieser Beweismittel mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit einen bestimmten Sachverhalt ergibt. Es besteht insoweit kein Anspruch darauf, zusätzliche "second opinions" einzuholen, und zwar weder seitens der versicherten Person noch seitens des Versicherungsträgers (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage 2009, N. 17 zu Art. 43 mit Hinweis). Die Beschwerdegegnerin hat den Untersuchungsgrundsatz nicht verletzt, indem sie auf ein weiteres Zuwarten auf den vom Beschwerdeführer zum Beweis offerierten Bericht verzichtete. Nach Erlass des Vorbescheids am 28. Juni 2010 hatte die Beschwerdegegnerin bis zum Verfügungserlass am 29. März 2011 bereits einen in Aussicht gestellten Bericht von Dr. G.____ und von Dr. E.____ entgegengenommen, letzterer sollte gar noch ergänzt werden (vgl. IV-act. 94), was jedoch mit Verweis auf eine bevorstehende Stellungnahme des Kardiologen und des Orthopäden unterblieb (IV-act. 98). Nachdem die Beschwerdegegnerin für die Einreichung weiterer medizinischer Berichte eine angemessene Frist angesetzt und mit der Nachfristansetzung auf die Folgen – nämlich Erlass der Verfügung aufgrund der vorliegenden Akten – hingewiesen hatte (vgl. IV-act. 101, 103), bestand keine Veranlassung für ein weiteres Zuwarten. Die Rechtsprechung erachtet es im Rahmen der freien Beweiswürdigung sogar als zulässig, wenn eine Beurteilung des medizinischen Sachverhalts einzig gestützt auf versicherungsinterne Grundlagen erfolgt (vgl. BGE 122 V 157). 3.3 Eine allfällige Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör wäre als geheilt anzusehen, da der Beschwerdeführer keine Rückweisung der Streitsache aus formellrechtlichen Gründen, sondern in erster Linie eine materiellrechtliche Beurteilung beantragt hat und er die der Beschwerdegegnerin zum Beweis offerierten medizinischen Berichte im vorliegenden Verfahren mit Eingabe vom 30. November 2011 (act. G 8) einreichen konnte.

E. 4

4.1 Zu klären ist zudem die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt bzw. ob sich Zweifel an der Zuverlässigkeit des ABI-Gutachtens vom 12. April 2010 (IV-act. 74) ergeben. Dabei ist festzuhalten, dass bei dieser Beurteilung das ärztliche Attest vom 18. Januar 2012 von Dr. J.____ nicht berücksichtigt werden kann, da vorliegend ein Sachverhalt zu beurteilen ist, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (29. März 2011) entwickelt hat und Dr. J.____ den Beschwerdeführer erst seit Juni 2011 betreut (vgl. act. G 13.1). Auch die

mit Eingabe vom 5. März 2013 eingereichten medizinischen Unterlagen zur Problematik am rechten Ohr (act. G 21) müssen aus denselben Gründen in der vorliegenden Beurteilung unbeachtet bleiben, da solche Beschwerden bis anhin nicht beklagt wurden. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrads hat sich die Beschwerdegegnerin auf die Expertise des ABI abgestützt und eine Arbeitsfähigkeit in einer leichten und wechselbelastenden Tätigkeit von 80% als zumutbar erachtet.

4.1.1 Mit ABI-Gutachten vom 12. April 2010 (IV-act. 74) wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit Angst und depressive Störung, gemischt, eine Schmerzverarbeitungsstörung, ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts bei intermittierender radikulärer Reizung L5 möglich, bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen vor allem im Segment L4/5 und L5/S1 mit Osteochondrosen und ventralen Spondylosen sowie rechtsseitigen Diskushernien mit Kompression der Wurzel L5 rechts, ein Impingement-Syndrom der rechten Schulter (ICD-10: M75.4) mit Supra- und Infraspinatustendinose (ICD-10: M75.1) sowie ausgeprägter möglicherweise posttraumatischer Omarthrose rechts (ICD-10: M19.11) bei Verdacht auf alte Bennett-Läsion am Humeruskopf, Verdacht auf beginnende Femoropatellararthrose rechts (ICD-10: M17.9) bei radiologisch Chondrokalzinose rechts, Status nach offener Reposition und Schraubenosteosynthese am 25. September 2009 wegen wenig dislozierter Radiusköpfchen-Mason-Fraktur links wegen Sturz am 18. September 2009 bei verminderter Belastbarkeit und regredienter Beweglichkeitseinschränkung Ellbogen links, koronare Herzkrankheit (ICD-10: I25.1) bei Status nach vierfachem aortokoronarem Bypass am 10. Oktober 2007, eingeschränkter linksventrikulärer Funktion, EF 43%, kardiovaskulärer Risikofaktoren, positiver Familienanamnese und metabolischem Syndrom erhoben. Aus rheumatologischer Sicht sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten wie die angestammte Tätigkeit als Dachdecker und Gerüstbauer gerechtfertigt. Für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80%. Die subjektiv stärker verminderte Leistungsfähigkeit sei bei der psychiatrischen Untersuchung als psychische Überlagerung im Sinn einer Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert worden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20%. Im internistischen Status sei die Herz-Kreislauffunktion in Ruhe kompensiert gewesen. Die bei der letzten kardiologischen Untersuchung im Januar 2010 festgestellte linksventrikuläre Auswurffraktion von 42% rechtfertige eine verminderte Leistungsfähigkeit, so dass keine mittelschweren und schweren, sondern nur leichten Tätigkeiten zumutbar seien. Die übrigen internistischen und anderweitigen somatischen Befunde und Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zusammengefasst sei der Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich angepasste, leichte, wechselbelastende Tätigkeit zu 80% arbeits- und leistungsfähig, in einem ganztägigen Pensum verwertbar. Die Arbeitsunfähigkeiten aus psychiatrischer und somatischer Sicht könnten nicht kumuliert werden, da dieselben Zeitabschnitte für vermehrt notwendige Pausen und verlangsamtes Arbeiten genutzt werden könnten.

4.1.2 Mit Stellungnahme vom 2. September 2010 (IV-act. 91) berichtete Dr. G.____, dass sich der Beschwerdeführer seit 10. Februar 2009 aufgrund einer dominierenden Angst mit depressiver Symptomatik, die sich bei körperlichen Belastungen verstärke, bei ihr in Behandlung befinde. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer für alle Tätigkeiten zu 50% (vier Stunden täglich) arbeitsunfähig. Dabei seien Tätigkeiten mit sehr hohen Anforderungen an die Konzentration, wie z.B. Fliessbandarbeit, Tätigkeiten mit sehr viel äusseren Reizen, Arbeit unter Lärm und Kälte sowie Nacharbeit nicht zu empfehlen. Der Beschwerdeführer habe

massive Ängste vor einem erneuten Herzinfarkt oder einem chirurgischen Eingriff, da er seine koronare Gefässerkrankung und vierfache ACB (Aortacoronare Bypassoperation) nicht verarbeitet habe. Er zeige massiven Ärger auf seinen ehemaligen Hausarzt, der angeblich seinen ersten Herzinfarkt nicht erkannt und keine rechtzeitige Behandlung der kardiovaskulären Risikofaktoren in die Wege geleitet habe. Es handle sich um eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion auf ein Ereignis (schwere koronare Dreifäss-Erkrankung). Zum Gutachten des ABI vom 12. April 2010 befragt, befand Dr. G.____ die psychiatrische Diagnose "Angst und depressive Reaktion gemischt" sowie die Arbeitsunfähigkeitseinschätzung aus psychiatrischer Sicht als zu niedrig eingestuft. Es bestehe Medikamenten-Compliance. Die Diagnose "Schmerzverarbeitungsstörung" sei unbefriedigend. Die Schmerzausweitung sowie Angst und Depression sollten im Rahmen des metabolischen Syndroms betrachtet werden. Es handle sich um einen psychosomatisch belasteten Patienten mit Heredität für das metabolische Syndrom.

4.1.3 Dr. E.____ berichtete am 24. September 2010 (IV-act. 93), dass der Beschwerdeführer als Dachdecker seit dem 28. November 2008 bis auf weiteres zu 100% arbeitsunfähig sei und dass sie diesbezüglich die Meinung des ABI teile. Sie erachte keine Tätigkeiten als zumutbar, und wies darauf hin, dass alles Andere nur hypothetisch möglich sei. Hierzu wolle sie keine Stellung nehmen.

4.1.4 Mit Untersuchungsbericht vom 23. November 2010 (IV-act. 106-3/8ff.) diagnostizierte Dr. med. I.____, leitender Arzt der medizinischen Klinik Kardiologie, Spital Linth, eine Koronare Dreifässerkrankung bei Status nach vierfachem ACB am 10. Oktober 2007 (LIMA an RIVA, Vene an RCA, Vene an Diagonalast II und RCX, mittelschwer eingeschränkte systolische LV-Funktion; EF 38%, infero-posteriore Akinesie, laterale Hypokinesie, beginnendes Aneurysma posterobasal, Kardio-MRI vom 9. September 2008: keine Ischämie), eine paroxysmal nächtliche Dyspnoe bei mässiger bis mittelschwerer LV-Dysfunktion, nächtlicher Cheyne-Stokes-Atmung und leichtem obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom, einen Status nach Schwindelattacke am 18. September 2009 (Velounfall mit Comotio cerebri, Radiusköpfchenfraktur links), chronische Rückenschmerzen bei degenerativen Veränderungen der gesamten Wirbelsäule sowie einen Status nach Helicobacter-Erydakationstherapie wegen Ulkuskrankheit im Oktober 2007. Der Beschwerdeführer sei in seiner Lebensqualität einerseits beeinträchtigt durch die Schmerzsymptomatik degenerativer Veränderungen des Bewegungsapparates, andererseits aber auch durch eine latente Linksherzinsuffizienz bei einer mittelschweren LV-Dysfunktion. Von Seiten des muskuloskelettalen Apparats bestünden Schmerzen im lumbosakralen Übergangsbereich, Knie- und Schulterschmerzen rechts sowie halbseitige Kopfschmerzen links mit Chemosis des linken Auges. Echokardiographisch habe sich die linksventrikuläre Globalfunktion gegenüber den bisherigen Voruntersuchungen leicht verschlechtert, wahrscheinlich im Sinn eines Remodelings. Die paroxysmale nächtliche Dyspnoe werde wahrscheinlich durch das bekannte obstruktive Schlafapnoe-Syndrom verstärkt, zumal in der Polygraphie vom 9. Juni 2009 eine Cheyne-Stokes-Atmung dokumentiert worden sei. Im aktuellen Belastungs-EKG liessen sich fragliche pektanginöse Beschwerden, jedoch keine ischämieverdächtigen EKG-Veränderungen auslösen, bei eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit. Die druckartigen retrosternalen Schmerzen seien bis anhin rezidivierend aufgetreten, ohne Anstrengungsabhängigkeit und offenbar auch durch manuellen Druck auslösbar. Eine erneute Myokardischämie erscheine aufgrund der anamnestischen Angaben, des bisherigen Verlaufs und dem fehlenden Ischämienachweis im Kardio-CT vor zwei Jahren wenig wahrscheinlich. Von grösster Dringlichkeit sei in der Herzinsuffizienz-Behandlung das Aufhalten des LV-Remodelings.

4.1.5 Mit Stellungnahme vom 27. Januar 2011 (IV-act. 106-1/8f.) berichtete Dr. I.____ über eine langsam progrediente Linksherzinsuffizienz, welche sich mit einer körperlichen Leistungsintoleranz und Anstrengungsdyspnoe NYHA II, aber auch mit einer paroxysmalen nächtlichen Dyspnoe manifestiere. Parallel zur progredienten Symptomatik habe sich auch die systolische LV-Funktion verschlechtert, wahrscheinlich im Sinne eines Remodelings des linken Ventrikels nach Myokardinfarkt. Die körperliche Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei durch die Linksherzinsuffizienz grundsätzlich beeinträchtigt, zu berücksichtigen sei dabei die nächtliche Atemnot, welche mit dem Schlafapnoe-Syndrom assoziiert sei und welche aufgrund der damit verbundenen Angstgefühle auch psychische Auswirkungen habe und die nächtlichen Erholungsphasen beschneide. Für eine Tätigkeit im Hochbauwesen sei der Beschwerdeführer mit Sicherheit nicht mehr arbeitsfähig. Zur arbeitsmedizinischen Beurteilung einer zumutbaren Tätigkeit könne er nicht Stellung nehmen. Aus kardiologischer Sicht würde er den Grad der Arbeitsunfähigkeit auf 50-60% einschätzen. Zur Begutachtung des ABI Basel vom 12. April 2010 konstatierte Dr. I.____, dass lediglich eine momentane Standortbestimmung berücksichtigt worden sei. Damals sei von ihm eine mässig eingeschränkte linksventrikuläre Funktion (EF 43%) festgestellt worden. Zu berücksichtigen sei aber der klinische Gesamtverlauf seit dem 10. Oktober 2007. Dieser sei durch eine zunehmende systolische linksventrikuläre Dysfunktion gekennzeichnet.

4.1.6 Mit Stellungnahme vom 25. März 2011 (IV-act. 123) befand RAD-Ärztin Dr. H.____, dass die kardiologische Situation durch den internistischen Begutachter des ABI sehr wohl angemessen berücksichtigt worden sei, indem dieser nachträglich die kardiologische Untersuchung mittels Bericht des Kardiologen Dr. I.____ vom 12. Januar 2010 in seine Beurteilung mit einbezogen habe. Mit der Herz-Auswurffraktion des linken Ventrikels von 43% bestehe eine deutliche Verbesserung zu derjenigen vom 21. April 2009 mit 35%, nachdem am 10. September 2008 eine von 50% gemessen worden sei bei vierfachem aortokoronarem Bypass am 10. Oktober 2007 nach Myokardinfarkt. Aufgrund dieser Auswurffraktion attestiere der Gutachter vorsichtshalber eine leidensadaptierte Einschränkung für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten. Im aktuellen Bericht des Kardiologen verzeichne dieser eine schleichende Verschlechterung der kardialen Gesamtsituation. Dass die behandelnden Ärzte ihre Patienten gelegentlich anders einschätzten, sei bekannt und zum Beispiel auf teilweises Einbeziehen von IV-fremden oder nicht sicher die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Faktoren zurückzuführen. Die medizinisch-theoretische Beurteilung aufgrund nachweisbarer medizinischer Befunde erscheine auch in dieser Beurteilung angebracht. Insbesondere bei fraglicher Motivation oder Angst könne auch eine EFL nicht die gewünschte detaillierte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bringen, da der Versicherte sich voraussichtlich gar nicht an die Leistungsgrenzen heranführen lassen würde. Aus arbeits- und versicherungsmedizinischer Sicht sei eine sichere relevante somatische Einschränkung für leichte körperliche Tätigkeiten zum jetzigen Zeitpunkt nicht begründbar.

4.1.7 Mit interdisziplinärem Bericht vom 8. Juni 2011 (act. G 8.1) stellten die Ärzte des Medizinischen Zentrums Z.____ die Diagnosen eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms rechts mit/bei intermittierender radikulärer Reizung L5 rechts, ausgeprägten degenerativen Veränderungen vor allem L4/5 und L5/S1 mit Osteochondrosen und ventralen Spondylosen, Discopathie L4/5 und L5/S1, rechtsseitigen Diskushernien mit Kompression der Wurzel L5 rechts, Verdacht auf beginnende Femoropatellararthrose rechts, Omarthrose rechts, Status nach dislozierter Radiusköpfchen-Mason-Fraktur links mit/bei Sturz mit Fahrrad am 18. September 2009, Commotio cerebri, BWS-Kontusion und

Status nach offener Reposition und Schraubenosteosynthese am 25. September 2009, Status nach inferiorem Myokardinfarkt mit/bei Status nach vierfachem aortokoronarem Bypass am 10. Oktober 2007, Status nach Ulcus duodeni 1987, ein leichtes obstruktives Schlafapnoesyndrom, eine mittelgradige depressive Episode, anhaltende somatoforme Schmerzen sowie eine Alkoholabhängigkeit. Der Beschwerdeführer sei zu 100% arbeitsunfähig auch für angepasste Tätigkeiten. Eine Arbeitstätigkeit sei ihm nicht zuzumuten. 4.1.8 Am 22. August 2011 berichtete Dr. med. K.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, Belegarzt Medizinisches Zentrum Z.____, Zürich, über drei Problemkreise, nämlich erstens Restbeschwerden im Bereich des linken Ellbogens bei Status nach Radiusköpfchenosteosynthese mit Pseudarthrose, zweitens ein chronisch rezidivierendes lumbovertebrales Syndrom mit radikulärer Ausstrahlung L5 rechts – wobei im Bereich der Lendenwirbelsäule deutliche degenerative Veränderungen mit Osteochondrose L4/L5 und L5/S1 und begleitender Spondylarthrose in diesen Segmenten mit einer mediolateralen rechtsseitigen Protrusion L3/L4 und konsekutiver Einengung des Recessus lateralis rechts und zusätzlich Einengung des Recessus lateralis L4/L5 rechts mit Tangierung der Nervenwurzel L5 rechts und entsprechendem klinischen Korrelat einer radikulären L5-Reizung rechts vorhanden sei, und drittens habe bezüglich der Schulterbeschwerden rechts die Abklärungsuntersuchung eine Omarthrose rechts sowie eine AC-Gelenksarthrose rechts ergeben (act. G 8.2). 4.1.9 Mit Bericht vom 19. Oktober 2011 (act. G 8.3) ergänzte Dr. K.____, dass die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule durch die 1994 und 2009 erlittenen Unfälle sicher richtungsgebend verstärkt worden seien. Durch die verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans bestehe beim Beschwerdeführer für alle Tätigkeiten mit schwerem Heben oder Tragen von Lasten sowie in wirbelsäulenbelastenden Tätigkeiten in Zwangshaltungen, für langandauerndes reines Stehen insbesondere in vornübergeneigter Körperhaltung, für alle Tätigkeiten mit repetitivem Rumpf- oder HWS-rotierenden Stereotypen sowie Arbeiten überwiegend im Überkopfbereich, keine Eignung. Zumutbar aus wirbelsäulemedizinischer Sicht seien körperlich leichte Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen mit der Möglichkeit zum Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen; insbesondere kein Heben von schweren Lasten, nicht mehr als 5kg kurzfristig und 2kg längerfristig. In einer solchen der Behinderung angepassten Tätigkeit wäre der Beschwerdeführer aus wirbelsäulenmedizinischer Sicht 50% arbeitsfähig. 4.1.10 Mit Stellungnahme vom 27. März 2012 von Dr. med. L.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH und Dr. phil. M.____, Klinischer Psychologe und Supervisor Zürich, wurde deutliche Kritik an der Qualität des psychiatrischen ABI-Teilgutachtens von Dr. N.____ geäussert (act. G 17.1). Das psychiatrische Gespräch habe gemäss der draussen wartenden Tochter ca. 20 Minuten gedauert und das sei für eine Exploration deutlich zu wenig. Der Übersetzerin sei gesagt worden, sie solle nur bei Bedarf eingreifen, was zu völlig falschen Informationserhebungen und anschliessend zu völlig falschen Schlussfolgerungen geführt habe. Die Symptome seien oberflächlich aufgenommen worden und fehlerhaft. Der Tagesablauf sei deutlich positiv überzeichnet. Der Patient sei aufgrund des positiven und negativen Leistungsbilds, der neuropsychologisch bestätigten Depression, der Diagnose sowie der Fremdanamnese als 100% arbeitsunfähig auch für angepasste Tätigkeiten einzustufen. Dem Gutachten sei jeglicher Beweiswert abzuspochen. 4.2 Ein im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholtes Gutachten von externen oder internen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und

bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 ff. E. 3b/bb und 3b/ee). Das gilt auch vorliegend für das ABI-Gutachten. 4.3 Aufgrund der vorstehend erläuterten medizinischen Aktenlage steht zweifellos fest, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Dachdecker und Gerüstbauer, aber auch in jeder anderen schweren oder mittelschweren Tätigkeit, zu 100% arbeitsunfähig ist. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sind verschiedene Einschätzungen vorhanden, wobei grundsätzlich dieselben somatischen Diagnosen als deren Grundlage dienen. Zur Hauptsache leidet der Beschwerdeführer den Akten zufolge an einer koronaren Herzkrankheit und an muskuloskelettalen Beschwerden. Während dem Beschwerdeführer im ABI-Gutachten vom 12. April 2010 in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert wird, schätzt Dr. I.____ die Arbeitsunfähigkeit aus kardiologischer Sicht mit 50-60% ein und auch Dr. K.____ erachtet aus wirbelsäulemedizinischer Sicht lediglich eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit als zumutbar. Die Ärzte des Medizinischen Zentrums Z.____ sehen bei interdisziplinärer Beurteilung eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit als gegeben an. Auch Dr. E.____ geht von einer vollen Arbeitsunfähigkeit aus. Die Hausärztin schliesst allerdings die hypothetische Möglichkeit zur Ausübung einer anderen Tätigkeit grundsätzlich nicht aus, möchte sich jedoch nicht näher dazu äussern. Eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit erscheint auch mit Blick auf die weitere Aktenlage und die körperlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers nicht überzeugend und geht bei genauer Betrachtung auch nicht vorbehaltlos aus den einzelnen Beurteilungen der Teilgutachter des Medizinischen Zentrums Z.____ hervor. Die von Teilgutachter Dr. med. O.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, Medizinisches Zentrum Z.____, erhobenen Befunde eines paravertebralen endgradig schmerzhaft eingeschränkten Druckschmerzes im LWS-Bereich, von unauffälligen Verhältnissen im HWS- und BWS-Bereich, einer ebenso unauffälligen Beweglichkeit der Schultergelenke wie der übrigen Extremitätengelenke, einer endgradigen Einschränkung der Beweglichkeit im linken Ellbogen vor allem für Pro- und Supination, sowie die AC Belastungsteste rechts und der Unauffälligkeit des peripher neurologischen Befunds widersprechen sich mit einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit, wobei diese von Dr. O.____ ausschliesslich unter Berücksichtigung aller Facetten der Persönlichkeit des Patienten – und nicht etwa aufgrund der wegen objektivierten Beschwerden noch möglichen medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit – attestiert wird. Der Teilgutachter Dr. med. P.____, Facharzt für Anästhesiologie FMH, äussert sich lediglich zur Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Dachdecker, welche 100% betrage. Eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit lässt sich nicht finden. Dr. K.____ vertritt im Rahmen des Teilgutachtens die Ansicht, dass der Beschwerdeführer aufgrund der vor allem belastungsabhängigen Beschwerden zurzeit bis auf Weiteres keine Tätigkeit zugemutet werden könne. In einem ca. vier Monate nach dem interdisziplinären Teilgutachten verfassten Stellungnahme sieht er eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit als zumutbar an. Nach Ansicht des Teilgutachters Dr. med. Q.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, kann dem Beschwerdeführer nur sehr leichte Arbeit bezüglich Belastung Ellbogen links und Schulter rechts zugemutet werden. Eine quantitative Einschränkung wird von ihm offensichtlich nicht als notwendig angesehen. In der vom Beschwerdeführer eingereichten Stellungnahme vom 27. März 2012 von Dr. L.____ und Dr. M.____ (act. G 17.1) ist zwar ebenfalls von einer vollumfänglichen

Arbeitsunfähigkeit die Rede; diese Stellungnahme enthält jedoch weder in Kenntnis der gesamten Aktenlage erhobene, objektive Befunde, noch gibt sie eine eigene Arbeitsfähigkeitsschätzung ab. Sie beschränkt sich auf Kritik des ABI-Gutachtens vom 12. April 2010, die jedoch von vornherein nicht geeignet ist, um ihm jeglichen Beweiswert abzuspochen. Für die Behauptung, dass das Gespräch lediglich 20 Minuten gedauert haben soll, finden sich in den Akten keine Hinweise. Für das psychiatrische Gespräch wurden gemäss Untersuchungsprogramm sogar zwei Stunden vorgesehen (IV-act. 63-2/2). Eine völlig falsche Informationserhebung erscheint angesichts der unbestrittenen Tatsache, dass eine Übersetzerin anwesend war, unglaublich, da diese bei Bedarf hätte eingreifen müssen. Auf die sich mit der subjektiven Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung deckende Einschätzung einer vollen Arbeitsunfähigkeit ist daher nicht abzustellen. Jedoch kann deswegen nicht die Beurteilung des ABI-Gutachtens unesehen übernommen werden, obwohl dieses in Kenntnis der gesamten Aktenlage verfasst wurde, auf allseitigen Untersuchungen beruht und die beklagten Leiden des Beschwerdeführers berücksichtigt. Nach dem ABI-Gutachten besteht aufgrund des chronischen lumbospondylogenen Syndroms bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen der LWS sowie dem Impingement-Syndrom der rechten Schulter bei einer Omarthrose und der Beweglichkeitseinschränkung am linken Ellbogen nach Schraubenosteosynthese einer dislozierten Radiusköpfchenfraktur eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten wie die angestammte Tätigkeit als Dachdecker und Gerüstbauer. Für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80%. Zwar wird anschliessend festgehalten, dass die Ergebnisse der kardiologischen Untersuchung im Januar 2010 (linksventrikuläre Auswurffraktion von 42%) eine verminderte Leistungsfähigkeit rechtfertigen, allerdings wird diesem Umstand lediglich durch eine (bereits aus rheumatologischen Gründen erfolgte) qualitative Einschränkung (leichte Tätigkeit) Rechnung getragen. Angesichts der objektivierbaren kardiologischen Einschränkungen des Beschwerdeführers erscheint dies ungenügend und die Beurteilung insgesamt zu optimistisch. Obwohl im Untersuchungsbericht vom 23. November 2010 und in der Stellungnahme vom 27. Januar 2011 von Dr. I. ___ über eine schleichende Verschlechterung der systolischen LV-Funktion berichtet wird, äussert sich der RAD nicht zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. I. ___ und begründet das Festhalten an der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des ABI lediglich damit, dass die behandelnden Ärzte ihre Patienten gelegentlich anders einschätzten und eine Diskrepanz zum Beispiel auf teilweises Einbeziehen von IV-fremden oder nicht sicher die Arbeitsfähigkeit einschränkende Faktoren zurückzuführen sei. Diese Erklärung vermag nicht zu überzeugen und lässt mit Blick auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. I. ___ in der Tat auch Zweifel an der Schlussfolgerung des ABI-Gutachtens aufkommen. Bei Dr. I. ___ handelt es sich um einen vom Spital Linth angestellten leitenden Arzt und Kardiologen, der die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausschliesslich aus kardiologischer Sicht beurteilt hat. Diese monodisziplinäre Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ist überzeugend und nachvollziehbar. In Anbetracht der vom ABI geschätzten höheren polydisziplinären Arbeitsfähigkeit rechtfertigt es sich jedoch, neben den kardiologischen auch die rheumatologischen Einschränkungen und die von Dr. G. ___ bescheinigte psychisch bedingte Arbeitsfähigkeit von 50% in einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit als konsumiert zu betrachten. Weil auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. I. ___ abgestellt werden kann, erübrigen sich weitere Abklärungen. Dem

Beschwerdeführer ist damit eine 50%-ige leidensadaptierte Tätigkeit zuzumuten.

E. 5

5.1 Gemäss Art. 16 ATSG wird bei der Bemessung des Invaliditätsgrads 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

5.2 Nach Art. 29 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte vorliegend im Juni 2008. Eine allfällige Rentenleistung kann damit frühestens ab Dezember 2008 beginnen. Der Einkommensvergleich hat somit auf Grundlage der Einkommenszahlen im Jahr 2008 zu erfolgen.

5.3 Die Beschwerdegegnerin ging bei der Bemessung des Valideneinkommens vom Jahresverdienst 2007 über Fr. 60'450.-- (13x Fr. 4'650.--) aus, den der Beschwerdeführer bei der B. ___ AG zuletzt generiert hatte (IV-act. 78). Die Höhe dieses Einkommens wurde durch die Angaben der Arbeitgeberin bestätigt und geht auch aus dem IK-Auszug hervor (IV-act. 12, 13-4/8). Angepasst an die Nominallohnentwicklung (+ 2.2%) resultiert für das Jahr 2008 ein Valideneinkommen von Fr. 61'779.90.

5.4 Da im vorliegenden Fall kein tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen vorhanden ist, sind bei der Bestimmung des Invalideneinkommens die LSE-Tabellenlöhne beizuziehen (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Gemäss Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4, Total, Männer, betrug im Jahr 2008 der aufgrund einer 40-Stundenwoche erhobene Monatslohn Fr. 4'806.--. Dieses Einkommen ist auf die durchschnittliche betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit 2008 (41.6 Stunden) aufzurechnen. Daraus ergibt sich für das Jahr 2008 ein Gehalt von Fr. 64'977.12. Eine Parallelisierung kann vorliegend unterbleiben, da die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen weniger als 5% ausmacht. Wird zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf die LSE-Tabellenlöhne abgestellt, so kann zusätzlich ein Abzug vom statistischen Lohn von maximal 25% vorgenommen werden (zum Abzug vom Tabellenlohn vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.3). Vorliegend erscheint aufgrund der leidensbedingten Beschränkungen des Beschwerdeführers auf körperlich angepasste, leichte, wechselbelastende Arbeiten sowie der Tatsache, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Verfügungserlasses bereits 59 Jahre alt war und in diesem fortgeschrittenen Alter nur noch über eine Teilleistungsfähigkeit verfügt (vgl. zur Benachteiligung von Personen ab 50 Jahren auch Bundesamt für Statistik, Erwerbstätigkeit der Personen ab 50 Jahren, 2008, S. 12) bzw. ihm nun lediglich noch eine Aktivitätsdauer von weniger als fünf Jahren verbleibt, ein Tabellenlohnabzug von 15% als angemessen. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der 50%-igen Restarbeitsfähigkeit resultiert damit ein Invalideneinkommen von Fr. 27'615.28 (Fr. 64'977.12 x 0.5 x 0.85).

5.5 Bei der Gegenüberstellung des Valideneinkommens (Fr. 61'779.90) und des Invalideneinkommens (Fr. 27'615.28) resultiert ein Invaliditätsgrad von abgerundet 55%. Damit hat der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine halbe Rente.

E. 6

Wie bereits oben erwähnt beginnt der Rentenanspruch im Dezember 2008 (vgl. E. 5.2). Nach dem Velounfall vom 18. September 2009 bestand unbestrittenermassen bis Ende Januar 2010 eine volle Arbeitsunfähigkeit auch in adaptierten Tätigkeiten

(IV-act. 74-22/87; vgl. auch IV-act. 56, 58, 74-48/87, 74-45/87, 74-43/87, 74-42/87 und 74-39/87f.). Bei der Verlaufskontrolle am 23. Februar 2010 berichtete Dr. med. R.____, Chirurgische Klinik Spital Linth, Uznach, dass keine wesentlichen Schmerzen bis auf etwas Knacken bei Bewegungen beständen. Die Pro- und Supination sei frei und es bestehe eine aktive Beweglichkeit bei Extension/Flexion (0°-10°-130°). Es wurde mit dem Muskelaufbau begonnen (act. G 11.2 Verlaufseinträge Ambulatorien Dossier Chirurgie). Bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 17. März 2010 erachtet Dr. med. S.____, Facharzt FMH für Chirurgie, eine schrittweise Erhöhung der Belastung als zumutbar (act. G 11.2). Insofern ist ab Februar 2010 von einer stetigen Verbesserung auszugehen, welche wieder eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit ermöglichte. Da eine Verschlechterung und eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit erst zu berücksichtigen sind, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]), ist dem Beschwerdeführer für die Monate Januar bis April 2010 ein befristeter Anspruch auf eine ganze Rente zuzusprechen.

E. 7

7.1 Zusammengefasst ist die angefochtene Verfügung vom 29. März 2011 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und dem Beschwerdeführer rückwirkend für die Zeit vom 1. Dezember 2008 bis 31. Dezember 2009 eine halbe, für die Zeit vom 1. Januar 2010 bis 30. April 2010 eine ganze und ab 1. Mai 2010 wieder eine halbe Rente zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

7.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem teilweisen Obsiegen entsprechend bezahlen die Beschwerdegegnerin und der Beschwerdeführer die Gerichtsgebühr je im Betrag von Fr. 300.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer im Umfang von Fr. 300.-- daran anzurechnen und im Umfang von Fr. 300.-- zurückzuerstatten.

7.3 Da der Beschwerdeführer teilweise obsiegt, hat er einen reduzierten Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist. Bei vollständigem Obsiegen wäre eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Wegen des nur teilweisen Obsiegens erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 1'750.-- als gerechtfertigt. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer somit eine Parteientschädigung von Fr. 1'750.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 29. März 2011 aufgehoben und dem Beschwerdeführer wird rückwirkend für die Zeit vom 1. Dezember 2008 bis 31. Dezember 2009 eine halbe, für die Zeit vom 1. Januar 2010 bis 30. April 2010 eine ganze und ab 1. Mai 2010 wieder eine halbe Rente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- bezahlen die Beschwerdegegnerin und der Beschwerdeführer je im Betrag von Fr. 300.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer daran angerechnet und im

Umfang von Fr. 300.-- zurückerstattet. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'750.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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