

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00742 vom 24. November 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-11-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.00742](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00742)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00742 du 24 novembre 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00742 del 24 novembre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 19 67, war seit dem 1. April 2008 bei der

Y.\_\_\_\_ als Metallbauer tätig ( Urk. 6/ 23 ). Unter Hinweis auf Herz- und Kreislaufbeschwerden meldete sich der Versicherte am

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ( Art.

#### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

#### **E. 1.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihrer zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die

geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zu sam menhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

2.

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 2. September 2013 Beschwerde ( Urk. 1) gegen die Ver fügung vom 4. Juli 2013 ( Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben

und es sei ihm rückwirkend eine angemessene Invalidenrente zuzusprechen und aus zurichten (S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 7. Oktober 2013 ( Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung ( Urk. 2) gestützt auf ihre Abklärungen davon aus, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tä tigkeit als Metallbauschlosser nicht mehr zumutbar sei. Aus me dizinischer Sicht sei ihm jedoch eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar (S.

1). Sie berechnete das Invalideneinkommen gestützt auf die vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstruk turerhebung en (LSE), Niveau 3, ohne dem Beschwerdeführer einen behinderungsbedingten Abzug zu gewähren (S. 2). Weitere medizinische Abklärungen seien ausserdem nicht notwendig.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer hielt dem beschwerdeweise ( Urk. 1) entgegen, es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit. Nach der Abheilung

der Folgen der Herzoperation von Oktober 2011 sei seine Leistungsfähigkeit übergangslos durch die Ventilations störung schweren Grades eingeschränkt gewesen . Die se pulmonalen Gesund heits probleme hätten auch zum Unterbruch der Eingliederungsbemühungen geführt. Am 1 5. Februar 2013 sei sodann eine Operation durchgeführt worden, weshalb jedenfalls bis zu diesem Zeitpunkt auch keine Arbeitsfähigkeit in einer ange passten Tätigkeit bestanden habe (S.

5 f.) . Ausserdem fehle eine fachärztli che Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit . Die Stellung nahme des Regionalen Ärztlichen Dienst es der Bes chwerdegegnerin reiche für eine ver lässliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht aus (S. 6) . Beim Ein kommens vergleich sei bei der Ermittlung des Invalideneinkommens sodann vom Niveau 4 und nicht vom Niveau 3 der LSE auszugehen. Zusammenfassend sei ihm ab Oktober 2012 eine ganze Rente auszurichten (S. 7) .

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerde führers verhält, auf welche medizinischen Berichte diesbezüglich abzustellen ist sowie die Berechnung des Invaliditätsgrades . 3. 3.1

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Pneumo logie, berichtete am 1 7. Februar 2009 ( Urk. 6/8), nannte als Diagnose eine Zwerchfellruptur rechts und führte

aus, der Beschwerdeführer berichte seit zwei Jahren über Atemnot .

Seit Anfang Jahr habe er Husten. In der Lungenfunktion sei eine Restriktion festgestellt worden. Klinisch habe er eine Dämpfung rechts basal gefunden. Auf dem Thoraxbild sei ein Zwerchfellhochstand rechts nachweisbar. Gemäss CT-Untersuchung handle es sich um eine Zwerchfellruptur rechts . Reste des kontrahierten

Zwerchfells seien ventral zu erkennen. Die Zwerchfellruptur habe zur Restriktion in der Lungenfunktion geführt. 3.2

Die Ärzte des A.\_\_\_\_ , Medizinbereich Herz-Gefäss-Thorax, berichteten am 18. Oktober 2011 über die gleichentags durchgeführte Operation bei Aortenklappenendokarditis und Aortenwurzelsabszess sowie hochgradiger Aortenklappeninsuffizienz ( Urk. 6/1) . 3.3

Die Ärzte des A.\_\_\_\_ berichteten mit Austrittsbericht vom 20. Oktober 2011 ( Urk. 6/24/9-11) über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 18. Oktober bis 5. November 2011 und führten aus, beim Austritt sei der Beschwerdeführer kardiopulmonal kompensiert gewesen . 3.4

Die Ärzte der B.\_\_\_\_ berichteten am 22. November 2011 ( Urk. 6/7) über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 5. bis 23. November 2011 zur kardialen Rehabilitation und führten aus, der Beschwerdeführer habe unter stationärer Rehabilitation bereits deutliche Fortschritte verzeichnen können. 3.5

Dr. med. C.\_\_\_\_ , Praktischer Arzt, Allgemeine Medizin , berichtete am 6. Februar 2012 ( Urk. 6/24/1-4) und führte aus, in der angestammten Tätigkeit als Schlosser sei der Beschwerdeführer seit dem 16. Oktober 2011 zu 100 % arbeitsunfähig (S.

2 Ziff. 1.6). Für leichtere Tätigkeiten ohne Heben von Lasten über 10 kg, ohne Zeitdruck und ohne Nacharbeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 1.7). 3.6

Die Ärzte der B.\_\_\_\_ berichteten am 12. Februar 2012 ( Urk. 6/25) und nannten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen mechanischen

Aortenklappenersatz bei Endokarditis seit Oktober 2011 sowie einen Zwerchfellhochstand rechts bei Status nach Zwerchfellruptur rechts seit 1993 (S.

1 Ziff. 1.1). Sie führten aus, dass keine grossen Einschränkungen im Alltag bestünden. Vom 18. Oktober 2011 bis zum 18. Januar 2012 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestanden. Die bisherige Tätigkeit als Schlosser sei dem Beschwerdeführer noch zumutbar (S. 2 Ziff. 1.5-1.7).

3.7

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Leitender Arzt Kardiologie,

Spital E.\_\_\_\_ , berichtete am 9. März 2012 ( Urk. 6/27/4-5) und führte aus, es bestehe eine deutlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit. Bei wenig ausgeprägtem Risikoprofil, klinisch

atypischen Thoraxbeschwerden , elektrisch unauffälliger Ergometrie und im Oktober

20

**E. 5**

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 21. Oktober 2013 zur Kenntnis gebracht (Urk.

### **E. 5.1**

Für die Ermittlung des Valideneinkommens stellt sich die Frage, was der Beschwerdeführer aufgrund seiner beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände zu erwarten gehabt hätte, wenn er nicht invalid geworden wäre. Dabei entspricht es empirischer Erfahrung, dass die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, weshalb Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens häufig der zuletzt erzielte, der Teuerung so wie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst ist (RKUV 1993 Nr. U 169 S. 100 f. E. 3b).

### **E. 5.2**

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Ermittlung des hypothetischen Valideneinkommens auf die Angaben der Y.\_\_\_\_ vom 2. Februar 2012

(Urk. 6/23 S.

2 Ziff. 2.10), wonach der Beschwerdeführer im Jahr 2011 Fr. 80'145.-- verdienen würde und errechnete für das Jahr 2012 unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung einen Betrag von Fr. 80'786.-- (vgl. Urk. 6/95).

Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des Valideneinkommens wurde vom Beschwerdeführer nicht bestritten und gibt aufgrund der Akten zu keinen Beanstandungen Anlass, so dass sich weitere Ausführungen erübrigen und von einem solchen von Fr. 80'786.

ausgegangen werden kann. 6. 6.1

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt, so ist das Einkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/ aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E.

4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche

Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/ bb, 124 V 321 E. 3b/ aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a). 6.2

Das Abstellen auf Löhne für Arbeiten mit Berufs- und Fachkenntnissen und somit das von der Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung (Urk. 2, vgl. auch Urk. 6/95) zur Anwendung gebrachte Anforderungsniveau 3 erscheint als nicht sachgerecht. Zwar hat der Beschwerdeführer lange Zeit im Metallschlossergewerbe

gearbeitet und angesichts der Zumutbarkeit einer

100%igen behinderungsangepassten Tätigkeit steht ihm eine breite Palette von Tätigkeiten offen. Dass er

über längere Erfahrung als Metallbauschlosser verfügt, bedeutet je doch nicht, dass er diese Kenntnisse in einer behinderungsangepassten Tätigkeit verwerten kann, zudem er in der Schweiz keine Ausbildung absolviert hat. Um ein hypothetisches Invalideneinkommen entsprechend dem LSE-Anforderungsniveau 3 erzielen zu können, wie dies die Beschwerdeführerin nunmehr annahm, müsste er seine erworbenen Fachkenntnisse weiterhin verwerten können. Da Metallbauschlosser jedoch regelmässig nicht nur Überwachungs- und Kontrolltätigkeiten

wahrnehmen, würde dies wiederum eine körperlich schwere Tätigkeit beinhalten, was dem Beschwerdeführer aufgrund der medizinischen Einschätzung seiner Restarbeitsfähigkeit gerade nicht mehr möglich ist. Nach dem der Beschwerdeführer in einer anderen, körperlich leichteren Tätigkeit über keine wesentlichen Berufs- und Fachkenntnisse verfügt, ist zur Bemessung des Invalideneinkommens auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen (LSE 2010, S. 26, Tabellengruppe TA1, Rubrik „Total“, Niveau 4). 6.3

Das im Jahr 2010 von Männern im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen betrug pro Monat Fr. 4'901.-- (LSE 2010, S. 26, Tab. TA1, Rubrik „Total“, Niveau 4), mithin Fr. 58'812. im Jahr (Fr. 4'901.-- x 12). Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2010 von 41.6 Stunden sowie der Nominallohnentwicklung von 1 % für das Jahr 2011 und von 0.8 % für das Jahr 2012 angepasst, ergibt dies den Betrag von Fr. 62'270.-- (Fr. 58'812.-- : 40 x 41.6 x 1.01 x 1.008). 6.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. 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 Abzuges 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). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des

sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser angemessen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90, 9C\_728/2009 E. 4.1.2). 6.5

Die Beschwerdegegnerin gewährte dem Beschwerdeführer keinen behinderungsbedingten Abzug (Urk. 2 S. 2 unten, vgl. auch Urk. 6/95).

Angesichts der Zumutbarkeit einer 100%igen behinderungsangepassten

Tätigkeit steht dem Beschwerdeführer eine breite Palette von Tätigkeiten offen. Die einzigen medizinisch ausgewiesenen Behinderungen des Beschwerdeführers bestehen in körperlich schweren Arbeiten mit

Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg. Hingegen sind dem Beschwerdeführer sämtliche körperlich leichten Tätigkeiten möglich. Die genannten Einschränkungen dürften bei den üblichen einfachen und repetitiven Tätigkeiten nicht ins Gewicht fallen. Mithin schränken diese Behinderungen den Beschwerdeführer nicht wesentlich in der Wahl der Tätigkeit ein. Es ist daher nicht zu erwarten, dass der Beschwerdeführer seine verbleibende Arbeitsfähigkeit nur zu einem unter durchschnittlichen Lohn - der tiefer sein müsste als der verwendete Tabellenlohn - verwerten kann. Es sind somit keine gesundheitlichen Umstände vorhanden, welche sich lohnmindernd

auswirken. Auch die weiteren persönlichen und beruflichen Umstände sind nicht geeignet, einen Abzug zu rechtfertigen.

Dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer angesichts der vollen Restarbeitsfähigkeit in behinderungsangepassten Tätigkeiten keinen Abzug gewährte, erscheint vorliegend als angemessen. 6.6

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 80'786.- (vgl. vorstehend E. 5.2) mit dem Invalideneinkommen von Fr. 62'270.- (vgl. vorstehend E. 6.3) ergibt somit eine Einkommenseinbusse von Fr. 18'516.- und damit einen reinen ausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 23%.

Der angefochtene Entscheid erweist sich demnach im Ergebnis als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzu erlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zu zustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Schüpbach

#### **E. 7**

).

Mit Eingabe vom 16. Juni 2014 (Urk. 8) reichte der Beschwerdeführer weitere medizinische Berichte (Urk. 9/1-2) zu den Akten, welche der Beschwerdegegnerin am 17. Juni 2014 zur Kenntnis gebracht wurden (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

#### **E. 11**

verschlechtert habe (S.

2 oben) . Lungenfunktionell habe sich eine restriktive Ventilationsstörung schweren Grades nachweisen lassen, wobei nur eine kleine Lungenfunktionsprüfung aus Kooperationsgründen durchführbar gewesen sei. Auch scheine der Beschwerdeführer nicht ganz optimal kooperiert zu haben (S.

2 unten) . Dennoch scheine eine mindestens mittel schwere Einschränkung zu bestehen. Es stelle sich die Frage, ob nach dieser langen Zeit der atelektarischen Lunge Hoffnung bestehe, dass durch einen Verschluss des Zwerchfells beziehungsweise durch eine Zwerchfellplastik mit entsprechender Distalverlagerung

der Abdominalorgane

Aussicht darauf bestehe, dass die Lunge wieder belüftbar werde . Die erhöhte CK und Transaminasen blieben bisher ätiologisch unklar. Mit Frage nach Hinweisen für eine Muskelerkrankung sei noch ein breites Immunologie-Labor entnommen worden, welches

kei nerlei Hinweise für das Vorhandensein einer Polymyositis ergeben habe. Klinisch würden Hinweise für eine manifeste Muskelerkrankung fehlen (S. 3) . 3.1 4

Dr. D.\_\_\_\_

berichtete am 6. September 2012 ( Urk. 6/61-62) und führte aus, nach der letzten postoperativen Kontrolle im März 20

### E. 12

habe sich der Zustand des Beschwerdeführers nicht wesentlich gebessert. Der Beschwerdeführer sei leistungstolerant und habe eine deutliche anstrengungsabhängige Dyspnoe (S. 1) . Sowohl klinisch wie echokardiographisch habe die mechanische Aortenklappenprothese perfekt funktioniert. Hinweise auf eine Entzündung respektive einen Infekt lägen nicht vor. Bei der klinischen Untersuchung falle eine Dämpfung rechts basal auf. Diese sei in den Kontext eines Zwerchfellhochstandes rechts bei Status nach Ruptur gestellt worden. Lungenfunktionell habe sich jedoch eine schwere restriktive Ventilationsstörung gefunden (S. 2). 3.1 5

Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie , A.\_\_\_\_ , Klinik für Thoraxchirurgie , berichtete am 10. September 2012 ( Urk. 6/63) und führte aus, er empföhle eine Thorakotomie rechts.

3.1 6

Prof. I.\_\_\_\_ , A.\_\_\_\_ , berichtete am 12. Februar 2013 ( Urk. 6/87) und diagnostiziert e mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine

Phrenicusparese rechts mit Kranialverlagerung der Viszeralorgane und Mediastinalverlagerung nach links bestehend seit 2004. Er führte aus, dass er den Beschwerdeführer am 25. September 2012 gesehen habe und eine Zwerchfellraffung rechts bei einem Zwerchfellhochstand rechts geplant sei. Es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit . Bei belastungsabhängiger Dyspnoe sei die Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit vermindert. Die Einschränkungen ließen sich durch die geplante Operation vermindern, so dass mit einer Wiederaufnahme der Tätigkeit beziehungsweise Erhöhung der Einsatzfähigkeit zu 100 % ab dem 2. Monat postoperativ

gerechnet werden könne. Behinderungsangepasste, wechselbelastende Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer seit September

2012 zumutbar. 3.17

Die Ärzte des A.\_\_\_\_ , Klinik für Thoraxchirurgie , berichteten am 15. Februar 2013 mit provisorischem Austrittsbericht ( Urk. 6/107) und führten aus, der Eingriff sei am 14. Februar 2013 komplikationslos erfolgt und bereits unmittelbar postoperativ habe sich eine deutliche Besserung der Dyspnoesymptomatik gezeigt. Der Beschwerdeführer sei bei Wohlbefinden und mit regelrechten postoperativen Verhältnissen mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen worden . 3.18

Die Ärzte des A.\_\_\_\_ ,

Thoraxchirurgie , berichteten am 20. März 2013 ( Urk. 6/91) und führten aus, der Beschwerdeführer klagte 5 Wochen nach der Operation

noch über Schmerzen im Bereich der Narbe und unteren Rippenbogen, vor allem bei Belastung . Die Dyspnoe sei im Vergleich zu präoperativ etwas besser. Die Schwellung am

unteren Rippenbogen sei im Rahmen der intraoperativen Läsion der Intercostalnerven und der Zwerchfellraffung als normal zu beurteilen. Die neue Röntgenaufnahme zeige nichts Neues. Es werde ein Ausbau der analgetischen Therapie empfohlen. 3.19

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, RAD, nahm am 21. Mai 2013 Stellung (Urk. 6/96/4) und führte aus, der Beschwerdeführer leide gemäss dem aktuellsten Bericht der Thoraxchirurgie an einem Zwerchfellhochstand seit 2009 mit Atemstörung bei einem Zustand nach Aortenklappenersatz 2011. Das Krankheitsgeschehen sei nach der im Februar 2013 erfolgten Operation schmerzbedingt noch nicht ganz stabil, die Prognose sei jedoch gut. Damit bleibe die angestammte schwere Tätigkeit seit Oktober

2011

definitiv unzumutbar. In

leidensangepasster, körperlich sehr leichter Tätigkeit sei aber, abgesehen von den Klinikaufenthalten, stets eine 100%ige Restarbeitsfähigkeit ausgewiesen gewesen. Damit qualifiziere sich der Versicherte weiterhin für die Eingliederung.

Am 2. Juli 2013 nahm RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ erneut Stellung (Urk. 6/110/2) und führte aus, es seien keine neuen fachärztlich ausgewiesenen medizinischen Tatsachen und Befunde vorgebracht worden. Gemäss Austrittsbericht des A.\_\_\_\_

sei die Operation gut verlaufen. Damit sei aufgrund klinischer Erfahrung eine 100%ige Restarbeitsfähigkeit angepasst ausgewiesen. Es seien keine weiteren medizinischen Abklärungen notwendig. 3.20

Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 18. November 2013 (Urk. 9/1) und nannte als Diagnosen Sensibilitätsstörungen Th6-8 und eine Bauchmuskelparese rechts sowie einen Verdacht auf eine perioperative Nervenläsion im Bereich der Nervenwurzeln Th6-8 oder der entsprechenden Intercostalnerven (S.

1). Er führte aus, das klinische Beschwerdebild entspreche am ehesten einer Läsion und/oder einem Reizsyndrom im Bereich der thorakalen Nervenwurzel Th6/7/(8) oder der entsprechenden proximalen Intercostalnerven. Die ergänzend durchgeführte neurophysiologische SSEP-Diagnostik habe keine Hinweise auf eine spinale Leitungsstörung ergeben. Die ergänzend durchgeführte MRI Untersuchung der Brustwirbelsäule (BWS) habe keine Hinweise auf eine persistierende mechanische Kompression im Bereich der Nervenwurzeln oder Intercostalnerven ergeben. Es fänden sich auch keine Zeichen für eine entzündliche oder narbige Veränderung im entsprechenden Bereich. Insgesamt müsse aus neurologischer Sicht dennoch eine Schädigung oder eine persistierende mechanische Irritation von Nervenfasern im Bereich der Nervenwurzeln Th6-8 oder der proximalen Intercostalnerven dieser Segmente angenommen werden. Damit ergebe sich zumindest keine ganz klare Indikation für eine nochmalige chirurgische Intervention (S. 2 unten).

3.21

Die Ärzte des L.\_\_\_\_,

Thoraxchirurgie, berichteten am 24. April 2014 (Urk. 9/2) und führten aus, die Beschwerden des Beschwerdeführers seien als diffuse Interkostalneuralgie im Bereich des Operationsgebietes zu interpretieren. Die Vorwölbung der oberflächlichen Bauchmuskulatur sei wahrscheinlich die Folge einer Verletzung von Nervenästen. Solche

Situationen seien schwierig zu behandeln. Eine spontane Teilverbesserung könne mit der Zeit beobachtet werden. Eine Verstärkung der Muskulatur könnte mit Elektrostimulation probiert werden, obwohl die Resultate dieser Methode eher enttäuschend seien. Zur weiteren Behandlung der Schmerzen werde als erster Schritt die Vorstellung des Beschwerdeführers in einer Schmerzlinik zur weiteren medikamentösen Einstellung vorgeschlagen. Falls sich hierbei keine Linderung der Beschwerden einstellen sollte, wäre eine operative Revision mit Exploration der Interkostalnerven und Neurolyse zu erwägen.

#### 4. 4.1

Unstreitig und gestützt auf die Akten ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführer seit Oktober 2011 in seiner angestammten Tätigkeit als Metallbauschlosser zu 100 % arbeitsunfähig ist. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit stützte sich die Beschwerdegegnerin insbesondere auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. J.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.19), wonach dem Beschwerdeführer leidensangepasste, körperlich sehr leichte Tätigkeiten zu 100 % zumutbar seien.

#### 4.2

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass

in den ärztlichen Stellungnahmen von RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.19)

die medizinischen Vorakten wie auch die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers berücksichtigt wurden. Die Darlegung der medizinischen Befunde sowie deren Beurteilung leuchtet sodann ein und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Die Stellungnahmen wurden ausserdem in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt und tragen der konkreten medizinischen Situation Rechnung.

So machte der RAD-Arzt darauf aufmerksam, dass der Beschwerdeführer gemäss Bericht der Thoraxchirurgie an einem Zwerchfellhochstand seit 2009 mit Atemstörung bei einem Zustand nach Aortenklappenersatz 2011 leide. Er legte ausserdem plausibel dar, dass das Krankheitsgeschehen nach der im Februar 2013 erfolgten Operation schmerzbedingt noch nicht ganz stabil, die Prognose jedoch gut sei. Der RAD-Arzt zeigte zudem in nachvollziehbarer Weise auf, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Metallbauschlosser seit Oktober 2011 definitiv unzumutbar bleibe. Weiter bezog er ausdrücklich Stellung zu noch zumutbaren Tätigkeiten und erstellte gestützt darauf ein medizinisches Zumutbarkeitsprofil, wonach dem Beschwerdeführer leidensangepasste, körperlich sehr leichte Tätigkeiten - abgesehen von den Klinikaufenthalten - immer zu 100 % zumutbar gewesen seien.

Seine Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden begründet. So zeigte der RAD-Arzt in nachvollziehbarer Weise auf, dass keine neuen fachärztlich ausgewiesenen medizinischen Tatsachen und Befunde vorgebracht worden seien. Schliesslich begründete er nachvollziehbar, dass gemäss Austrittsbericht des A.\_\_\_\_ die Operation gut verlaufen sei und damit aufgrund klinischer Erfahrung eine 100%ige Restarbeitsfähigkeit angepasst ausgewiesen sei, weshalb keine weiteren medizinischen Abklärungen notwendig seien.

Die Stellungnahmen von RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ (vorstehend E.

3. 19 ) sind nach dem Gesagten für die Beantwortung der gestellten Frage umfassend , und erfüllen damit die praxisgemässen Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.4) voll umfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung und insbesondere die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit darauf abgestellt werden kann. Zudem wird die Beurteilung von RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ durch die Berichte von den Ärzten der B.\_\_\_\_ (E. 3.6), von

Dr. D.\_\_\_\_ als behandelnder Kardiologe (E.

3.7), von Dr. F.\_\_\_\_ (E. 3.10)

sowie von Prof. I.\_\_\_\_ (E.

3.16) gestützt. So befanden die Ärzte der B.\_\_\_\_ die Einschränkungen im Alltag als nicht sonderlich gross und daher sogar die angestammte Tätigkeit als noch zumutbar (vgl. vorstehend E. 3.6). Dr. D.\_\_\_\_ ging vor allem gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers selbst davon aus, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nahm Dr. D.\_\_\_\_ zwar nicht abschliessend Stellung, führte jedoch aus, dass eine Umschulung auf eine leichtere und körperlich weniger fordernde Arbeit indiziert sei, was somit nicht gegen eine Restarbeitsfähigkeit spricht. Er hielt ausserdem fest, dass der Beschwerdeführer von Seiten der Endokarditis geheilt sei (vgl. vorstehend E. 3.7).

Dr. F.\_\_\_\_ befand sodann - vor allem aufgrund der Beurteilung durch Dr. D.\_\_\_\_ - die angestammte Tätigkeit als nicht mehr zumutbar. Zur Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit äusserte er sich zwar nicht klar, hielt jedoch fest, dass es sich zeigen werde, wie der Beschwerdeführer umgeschult werden könne. Aus diesen Ausführungen geht eindeutig hervor, dass Dr. F.\_\_\_\_ eine Restarbeitsfähigkeit

in einer angepassten Tätigkeit ebenfalls nicht ausschliesst (vgl. vorstehend E.

3.10).

Nach dem Gesagten kann bezüglich der Herzproblematik von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden. Auch die noch hinzugekommenen pulmonalen Gesundheitsprobleme vermögen jedoch die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht einzuschränken. So attestierte Prof. I.\_\_\_\_ vom A.\_\_\_\_ grundsätzlich eine vollständige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten. Die von ihm vorgeschlagene und dann im Februar 2013 auch erfolgreich durchgeführte Operation bringe zudem eine Verbesserung der Einschränkungen, die bei belastungsabhängiger Dyspnoe in der bisherigen Tätigkeit bestanden hätten , so dass mit der Wiederaufnahme der Tätigkeit beziehungsweise der Erhöhung der Einsatzfähigkeit zu 100 % ab dem 2. Monat postoperativ gerechnet werden könne (vgl. vorstehend E. 3.16). 4.3

Die vom Beschwerdeführer am 16. Juni 2014 eingereichten Berichte von Dr. K.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E.

3.20) und der Ärzte des L.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.21) vermögen die nachvollziehbar begründete Beurteilung des RAD-Arztes Dr. J.\_\_\_\_ nicht zu entkräften. So nannte Dr. K.\_\_\_\_ in seinem Bericht lediglich die Diagnosen und führte aus, dass die durchgeführten Untersuchungen zwar keine Hinweise auf eine spinale Lei tungsstörung oder eine persistierende mechanische Kompression im Bereich der Nervenwurzeln ergeben hätten, und sich auch keine Zeichen für eine entzündliche oder narbige Veränderung im entsprechenden Bereich fänden, jedoch den noch von einer Schädigung oder einer persistierenden

mechanischen Irritation der Nervenfasern aus gegangen werden müsse. Diese aufgrund der erwähnten Untersuchungsbefunde nicht nachvollziehbare neurologische Einschätzung be gründet Dr. K.\_\_\_\_ mit keinem Wort. Auch die Ärzte des L.\_\_\_\_ führten lediglich aus, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers als diffuse Interkostal neural gie im Bereich des Operationsgebietes zu interpretieren seien und empfahlen zur weiteren Behandlung der Schmerzen die Vorstellung in einer Schmerzlinik zur medikamentösen Einstellung. Auch aus diesem Be richt kann nichts abgeleitet werden, was die Beurteilung durch RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ in Bezug auf den Gesund heitszustand und die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten T ätigkeit umzu stossen vermöchte. Im Übrigen beziehen sich die Berichte von Dr. K.\_\_\_\_ und der Ärzte des L.\_\_\_\_ auf einen Zeitpunkt nach Verfü gungs erlass , weshalb sie im vorliegenden Beschwerdever fahren schon aus diesem Grund nicht berücksichtigt werden können.

Beim Umstand, dass Dr. C.\_\_\_\_ als Hausarzt des Beschwerdeführers zwar im Februar 2012 noch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichtere Tätigkeiten ohne Heben von Lasten über 10 kg attestierte (vgl. vorstehend E. 3.5), hingegen be reits im März 2012 ausführte, er könne nicht genau beantworten, welche Ar beiten der Beschwerdeführer noch ausführen könne (vgl. vorstehend E. 3.8), muss

der Erfahrungstatsache Re chnung getragen werden, dass er als behan delnder Hausarzt mitunter im Hinblick auf die auftrags rechtliche Vertrauens stellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten des Patienten aussag t (vgl. BGE 125 V 352 ff.). Seine Ausführungen vermögen die be gründete n

Stellungnahmen von RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_

demnach ebenfalls nicht zu entkräften. 4.4

Soweit der Beschwerdeführer geltend machte, der medizinische Sachverhalt sei nicht umfassend abgeklärt, und es seien deshalb weitere Abklärungen zu tref fen, vermag dies nach dem Gesagten nicht zu überzeugen.

Der Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit des Beschwer deführers wur den in den Beurteilungen gebührend berücksichtigt. Der Beschwerdeführer ver mochte sodann nicht weiter darzutun, inwiefern die Ak tenlage unzutreffend be ziehungsweise unvollständig ist. Da der Sachverhalt nach dem Gesagten durch weitreichende medizinische Einschätzungen abgeklärt wurde, erweisen sich die vorliegenden medizinischen Akten als ausrei chend. Auf weitere Abklärungen kann deshalb verzichtet werden.

Die Einwände des Beschwerdeführers in Bezug auf die medizinischen Abklärun gen sind nach dem Gesagten unbehelflich . Weitere substantiierte Einwände brachte er nicht vor. 4.5

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auf die überzeugende, nachvollziehbare und begründete Einschätzung von RAD-Arzt Dr . J.\_\_\_\_ abzustellen und von einer vollen Arbeitsfähigkeit gemäss beschriebenem Zumutbarkeits profil auszu gehen ist. 5.

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