

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00792 vom 14. Dezember 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00792

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00792 du 14 décembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00792 del 14 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

Der 1956 geborene X.____, Vater einer 1993 geborenen Tochter, ohne abgeschlossene Berufsausbildung, angelernter Schleifer/Werkzeugmacher, arbeitete zuletzt seit 1997 als Schleifer bei der Y.____, im Vollpensum, wobei er ab dem 1. April 2012 krank geschrieben war (Urk. 9/2/

E. 1.1.1

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]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.1.3

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 1.2

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

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

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

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

E. 1.3

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 ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). 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 (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienst ausser Acht zu lassen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_830/2007 vom 29. Juli 2008 E. 5.1). Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweisen). Somit hängt die Verwertbarkeit nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht (BGE 138 V 457 E. 3.2; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_416/2016 vom 14. Oktober 2016 E. 4).

Nach BGE 138 V 457 E. 3.4 steht die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit fest, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige

Sachverhaltsfeststellung erlauben (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_416/2016 vom 14. Oktober 2016 E. 5.1).

E. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen fest zu stellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen 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 abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 1.6

Im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) darf sich die Verwaltung – und im Streitfall das Gericht – weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 141 V 281 E. 5.2.1; BGE 140 V 193 E. 3; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_342/2015 vom 10. November 2015 E. 1.2). Aus rechtlicher Sicht kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert verliert (vgl. statt vieler: zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichtes 8C_676/2015 vom 7. Juli 2016 E. 6.1 mit Hinweisen).

E. 1.7

Für die richterliche Beurteilung eines Falles sind grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; 99 V 98). 2.

2.1

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat. 2.2

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, gemäss ihren Abklärungen liege kein relevanter Gesundheitsschaden von erheblicher Ausprägung, Schwere und Dauer vor. Die immer wieder vorgekommenen Depressionen seien durch verschiedene gescheiterte Situationen im Leben (wie zum Beispiel Migrationshintergrund, abgebrochene Lehre, verschiedene begonnene und wieder abgebrochene Erwerbstätigkeiten, Verlust des Vorgesetzten und Lehrmeisters, verschiedene Todesfälle in der Familie, Scheidung und diverse Erkrankungen) hervorgerufen worden. Bei diesen Lebensumständen handle es sich um psychosoziale Faktoren, welche nicht IV relevant seien. Die A.____ berichte am 7. und 13. Mai 2015 über eine Gefässstenose, welche mit einem Stent versorgt worden sei. Es werde erwähnt, dass keine Abgangsstenose mehr nachweisbar sei. Dank dieser erfolgreichen Intervention liege kein relevanter (somatischer) Gesundheitsschaden vor (Urk. 2). 2.3

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, dass die Aussage der Beschwerdegegnerin, wonach bezüglich der Gefässstenose kein relevanter Gesundheitsschaden mehr vorliege, nicht den Tatsachen entspreche. Es sei festzustellen, dass sich einerseits die aktuellen Berichte und Gutachten für eine Arbeitsunfähigkeit aussprächen. Andererseits könne festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt, welchen sie ihrer Verfügung zugrunde gelegt habe, nicht hinreichend abgeklärt habe (Urk. 1 S. 4-7). Was die psychiatrischen Störungen betreffe, so habe er über die Jahre hinweg immer wiederkehrende depressive Phasen. Die derzeitige Phase dauere mittlerweile drei Jahre an und, abgesehen von Schwankungen in der Intensität, liessen sich auch heute keine grossen Veränderungen für die Zukunft absehen. Werde nun diese innere Tatsache rein durch bestimmte Lebensumstände begründet, dann werde diese Einschätzung dem Krankheitsbild nicht gerecht (Urk. 1 S. 7). 3.

3. 1

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. B.____, FMH Allgemeinmedizin, nannte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 7. November 2012 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: „F32.2, 2012, Myokardinfarkt 09/98, PTCA/Stent bei KHK 09/98, obliterierende

Arterio pathie, PTA-Stent A, iliaca

comm. bds 06/09.“ Aufgrund der Depression sei der Beschwerdeführer seit dem 11. April 2012 nicht arbeitsfähig. Die Prognose sei offen. Kardial sei der Beschwerdeführer stabil. Es sei eine stationäre Behandlung der Depression geplant (Urk. 9/9; vgl. Urk. 9/7/2 und Urk. 9/7/4).

E. 3

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.2

Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 8. November 2012 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2), (2) eine koronare Eingässerkrankung sowie eine obliterierende

Arteriopathie . Die erste Konsultation bei ihr habe am 4. September 2012 stattgefunden. Der Beschwerdeführer sei in einem schwer depressiven Zustand mit latenten Suizidgedanken gewesen. Es habe eine akute Belastung durch den Suizid seiner Ehefrau im Sommer 2012 bestanden. Angesichts des Zustandes habe sie dem Beschwerdeführer schon bei der ersten Konsultation dazu geraten, sich eine stationäre Behandlung zu überlegen. Er sei in der Folge am 26. Oktober 2012 in die psychiatrische D.____ eingetreten. Danach müsse der Zustand neu beurteilt werden. Er sei bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 9/10).

E. 3.3

Die Ärzte der D.____ , Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie ,

nannten in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 12. März 2013 (Eingangsdatum) als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung (kombiniert anankastisch -paranoid, ICD-10 Z73.1) . Als somatische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese (Z86.7), Asthma bronchiale (J45), alter Myokardinfarkt (I25.22), atherosklerotische Herzkrankheit (I25.11), Atherosklerose der Extremitäten (I70.2), kombinierter beidseitiger Hörverlust durch Schalleitungs- und Schallempfindungsstörung (H90.6) sowie sonstige Rückenbeschwerden, Lumbosakralbereich (M54.87) an. Der Beschwerdeführer habe vom 26. Oktober 2012 bis 9. Januar 2013 in stationärer und hernach bis anfangs April 2013 in teilstationärer Behandlung in der psychiatrischen D.____ gestanden . In seiner bisherigen Tätigkeit als Werkzeugmacher sei er seit dem 26. Oktober bis 12. April 2013 zu 100 % arbeitsunfähig. Psychiatrisch wirkten sich eine deutlich verminderte Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite und eine Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses auf die Arbeitsfähigkeit aus. Somatisch seien dem Beschwerdeführer wegen Beinlängendifferenz und koronarer Herzkrankheit keine stehenden Tätigkeiten möglich. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit: Auch im Rahmen der Symptome der Grunderkrankung sowie der Medikation kein Bedienen von gefährlichen Maschinen. Eine Klärung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei nach abgeschlossener teilstationärer und tagesklinischer Behandlung möglich (Urk. 9/29 ; vgl. Austrittsbericht der psychiatrischen D.____ vom 27. März 2013, Urk. 9/21).

E. 3.4

Im Bericht des E.____ an die Beschwerdegegnerin vom 6. Januar 2014 wurden eine rezidivierende depressive

Störung, anamnestisch seit 1991, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) , und im Übrigen die gleichen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt wie im Bericht der psychiatrischen D.____ vom 12. März 2013 (Urk. 9/37/2; vgl. E. 3.3). Der Beschwerdeführer stehe seit März 2013 im E.____ in ambulanter Behandlung. Mit der Behandlung habe eine leichte Besserung des Antriebs, der Alltags- und Handlungskompetenzen bei regelmässiger Therapieteilnahme mit wenig Absenzen erreicht werden können. Angesichts des im Behandlungsverlauf präsentierten psychischen Zustandes bildete sich mit sehr starken Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, erhöhter Ermüdbarkeit, Störungen des Antriebes, Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und der Kognition, welche durch die Schwerhörigkeit und die von ihm angegebenen wiederholten Gleichgewichtsstörungen sowie Angstsymptomatik mit sozialem Rückzug zusätzlich

reduziert werde, sei ein chronifizierter Verlauf mit erheblicher Beschwerdesymptomatik festzuhalten, weshalb der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht als voll arbeitsunfähig eingeschätzt werde (Urk. 9/37/1).

E. 3.5

Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS Z. ___ vom 30. Juli 2014 (Urk. 9/50) wurden im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit genannt (Urk. 9/50/18): - rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33), gegenwärtig zumindest mittelgradigen Ausmasses, zeitweise auch leichteren Ausmasses, zum Teil aber auch schweren Ausmasses, kombiniert mit teilweise wahnhaften Elementen oder einer paranoiden Persönlichkeit sowie somatischer Komorbidität, bestehend mindestens seit April 2012 - zervikospondylogenes Syndrom mit Multi-tagendegeneration C4-C7, ossären Einengungen der Foramina C6/7, Diskushernie C6/7 mit Kompression der Wurzel C6 links

Sodann wurden folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 9/50/18): - Coxarthrose beidseits, links mehr als rechts - Beinlängendifferenz mit Verkürzung links - koronare, periphere und hypertensive Herzkrankheit - Status nach inferiorem Myocardinfarkt 1998 - Periphere arterielle Verschlusskrankheit Unterschenkel links (PAVK US) beidseits mit Stent-Einlage 1998 - Status nach Bakerzystenoperation, Meniskusoperation 2011 - pantonale Schwerhörigkeit beidseits, degenerativen Ursprungs 2013 - Asthma bronchiale - Prostata-Hyperplasie

Aus der rheumatologischen Einschätzung ergebe sich eine leichte bis mittelgradige Reduktion der mechanischen Belastbarkeit vor allem der oberen Abschnitte des Achsenskelettes, namentlich für Arbeitstätigkeiten auf oder über Schulterhöhe, für Arbeitstätigkeit mit chronischer Vorneigehaltung des Nackens mit und ohne gleichzeitige Halsrotation sowie für Arbeitstätigkeiten, welche oberhalb des Blickfeldes stattfinden müssten. Dies führe bei einer aus rheumatologischer Sicht bestehenden Arbeitsfähigkeit von 8 Stunden pro Tag zu einer dekonditionierungsbedingten Leistungsminderung von maximal 15%. Diese Leistungsminderung sei medizinisch-theoretisch durch ein entsprechendes kreislaufaktivierendes Training und durch ein Kraftausdauertraining für die Schulter- und Beckengürtelmuskelgruppen sowie die Rumpfstabilisatoren korrigierbar (Urk. 9/50/19). Im psychiatrischen Teilgutachten würden keine arbeitsplatzbezogenen Ressourcen gesehen, ebenfalls würden in der Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers keine Ressourcen erkannt. Es könnten auch keine Qualitäten wie zielgerichtetes Verhalten, Handeln, Ehrgeiz, Ausdauer erkannt werden. So werde gegenwärtig kein positives Leistungsbild auf dem ersten Arbeitsmarkt erkannt (Urk. 9/50/20; vgl. Urk. 9/50/39). Zusammenfassend könne aus interdisziplinärer Sicht gesehen werden, dass eine rezidivierende, latente depressive Situation bereits seit Jahren bestehen könne. Diese hätte allerdings noch nicht zu einer die Arbeitsfähigkeit vermindernenden Dekompensation geführt. Das Entstehen der in den Vorberichten immer wieder beschriebenen paranoid-anankastischen Persönlichkeitsstruktur könne auch in der „broken

home“ Situation des Beschwerdeführers mit mangelnder Akzeptanz, Opferrolle, gestörter Entwicklung des Selbstvertrauens, Perspektivenlosigkeit etc. gesehen werden. In diesen Teufelskreis von Depression, Persönlichkeitszügen sowie -verhalten könnten auch die geschilderten klaustrophoben und agoraphoben Züge eingereiht werden. Mit dem Weggang des früheren Lehrmeisters als wichtigste stabilisierende Bezugsperson sei das labile psychische

System des Beschwerdeführers kollabiert und habe bisher trotz adäquater Behandlung und kooperativem aber teilnahmslos wirkenden Mitarbeiter des Beschwerdeführers nicht wiederhergestellt werden können. So müsse leider die Prognose als unsi cher bezeichnet werden. Es könne aber empfohlen werden, das bisherige Behandlungskonzept mit tagesstrukturierender Klinik zwei Tage die Woche, der medikamentösen Therapie sowie der Anmeldung für eine geschützte Tätigkeit beizubehalten. Eine Neu Beurteilung der Situation könne in zwei Jahren erfolgen (Urk. 9/50/21). Die medizinischen Massnahmen seien mit der medikamentösen Therapie sowie zurzeit Tagesklinikbehandlung weitgehend ausgeschöpft (Urk. 9/50/23).

Zu den qualitativen und quantitativen Beeinträchtigungen wurde im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung bemerkt, dass auf der psychischen Ebene eine starke Einschränkung der Leistungsfähigkeit mit erhöhter Ermüdbarkeit, Vermin derung des Antriebs, Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit und Kon zentra tion sowie der Kognition bestehe. Dies bewirke eine medizinisch begrün dete Arbeitsunfähigkeit von 100 % . Auf der somatischen Ebene ergäben Nacken verspannungen und die Einschränkung vor allem der Rotation der HWS eine dekonditionierungsbedingte Leistungsminderung von 15 % . Die korrigierte Beinlängendifferenz sowie der Status nach Meniskusrevision und Bakerzysten -Operationen ergäben keine Einschränkung der medizinisch-theoretischen Arbeits fähigkeit. Ebenso bestehe bei koronarer und hypertensiver Herzkrankheit sowie PAVK zurzeit keine arbeitsrelevante Beeinträchtigung (Urk. 9/50/21). Die Summe der psychiatrisch bedingten Beeinträchtigungen lasse eine Reintegration des Beschwerdeführers in den bisherigen Arbeitsplatz als unwahrscheinlich erscheinen, da er den Leistungsanforderungen nicht gewachsen sei. Die Arbeits unfähigkeit sei auf die Depression zurückzuführen. Sie bestehe seit dem 1 2. April 201 2. Andere (angepasste) Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer nicht zumutbar. Es wäre höchstens eine Arbeit in einer geschützten Werkstatt mit einfachen manuellen Tätigkeiten, stressfreien Abläufen und vertrauensvoller Bezugsperson möglich (Urk. 9/50/22-23).

E. 3.6

Gemäss den - vom Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens ein gereichten - Berichten des F. ___ vom 4. Mai 2015 sowie der A. ___ vom 7. und 13. Mai 2015 haben wegen „Hustenanfällen seit zwei Jahren mit zähflüssigem Schleim, Hustensynkopen und Schwindel“ getätigte weitere Abklärungen unter anderem zur Diagnose einer hochgradigen Arteria

carotis

interna (ACI) - Ab gangsstenose links geführt. Diese konnte offenbar am 7. Mai 2015 mittels einer Stenteinlage und perkutane r

transluminale r

Angioplastie (PTA) behoben werden (9/62).

E. 3.7

Laut dem - mit der Beschwerde eingereichten - Bericht von Dr. med.

Rudenz

G. ___ , Facharzt FMH für Neurologie, vom 2 6. Juni 2015 (Urk. 3/4)

hat die neuroangiologische Untersuchung vom Vortag eine schwere extrakranielle

Atheromatose mit rechtsseitig leichtgradiger, links langstreckig bis 50 %
stenosierender Intima-Media-Wandverdickung der Carotides, rechts 25 %
stenosieren dem

Karotisbifurkationsprozess mit 25%iger Interna-Abgangsstenose (lokaler Stenosegrad, ECST), links proximal des Stents leicht stenosierendem

Karotisbifurkationsprozess, mit vollständiger Ausschaltung einer vormals 70%igen Interna-Abgangsstenose (lokaler Stenosegrad, ECST), mit nun suffizienter hämodynamischer Versorgung des linksseitigen Media-Territoriums (kein pathologisches Flussprofil mehr), links neu hochgradiger Externa-Abgangsstenose in Stent-Bereich, symptomatisch mit Claudicatio

masticatoria links, links leichter zentraler Subclaviastenose (und leichter Stenose der Arteria

thyroidea inferior) als weitere mögliche Quellen eines cervikalen

Strömungsgeräusches links, nebenbefundlich rechts Vertebralisypoplasie (hämodynamisch irrelevant) gezeigt (Urk. 3/4 S. 2). Auf Nachfrage hin habe der Beschwerdeführer berichtet, dass bei ihm eine IV-Berentung abgelehnt worden sei. Dies erscheine aus neurologischer Optik nicht nachvollziehbar, da es sich beim Beschwerdeführer um einen Gefäß-Hochrisikopatienten handle, welcher offenbar zusätzlich an schweren psychiatrischen Störungen (Phobien, Angstzustände) leide und offenbar sichtlich weder arbeitsfähig noch vermittlungsfähig sei (Urk. 3/4 S. 3).

E. 3.8

Med. pract. H.____, Praktischer Arzt und Facharzt FMH für Urologie, hielt im – ebenfalls mit der Beschwerde eingereichten – Bericht vom 29. Juli 2015 als Diagnosen unter anderem im Wesentlichen fest, er halte den Beschwerdeführer insbesondere aufgrund der weiterhin häufig auftretenden ausgeprägten Schwindelzustände für nicht fähig, einer geregelten Tätigkeit nachzugehen. Sämtliche – im Bericht einzeln aufgezählten – Herz-Kreislauf-Diagnosen sowie der lange Krankheitsverlauf hätten insbesondere in den letzten Monaten zu einer deutlichen Verschlechterung der psychischen Situation geführt, so dass auch diesbezüglich von einer deutlich eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden müsse (Urk. 3/6; vgl. auch Urk. 13). 4. 4.1

4.1.1

Vorwegzunehmen ist, dass aufgrund der am 8. Oktober 2012 erfolgten Anmeldung zum Leistungsbezug (vgl. Sachverhalt Ziffer 1.) ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers (frühestens) am 1. April 2013 entstehen könnte (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). 4.1.2

Wie eingangs erwähnt, setzt ein Anspruch auf eine Rente voraus, dass die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch zu mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ist (vgl. E. 1.2). Die durchschnittliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit während eines Jahres und die nach Ablauf der Wartezeit bestehende Erwerbsunfähigkeit müssen kumulativ und in der für die einzelnen Rentenabstufungen erforderlichen Mindesthöhe gegeben sein, damit eine Rente im entsprechenden Umfang zugesprochen werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_942/2015 vom 18. Februar 2016 E. 3.1 mit Hinweisen.). 4.1.3

Bei gegebenem Rentenanspruch ist eine allfällige Veränderung des Gesundheitszustandes nach Massgabe vom Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) zu berücksichtigen. Das gilt auch dann, wenn bei einer chronifizierten depressiven Störung eine Schwankung im Schweregrad krankheits typisch ist (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_746/2015 vom 21. Dezember 2015 E. 4.3.1 mit Hinweis). 4.2

Das Gutachten der MEDAS Z.____ vom 30. Juli 2014 (Urk. 9/50), auf welchem die angefochtene Verfügung im Wesentlichen gründet, basiert auf internistischen, rheumatologischen (inklusive radiologischen) und psychiatrischen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten erstattet. 4.3 4.3.1

Der internistische Gutachter hat detaillierte Angaben zur Anamnese gemacht und einen – auch das Herz-Kreislaufsystem umfassenden – internistischen „Status præsens“ erhoben (Urk. 9/50/9-14). Der Anamnese ist dabei zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer anlässlich der internistischen Begutachtung im Mai 2014 unter anderem angegeben hatte, er verspüre beim Treppensteigen Atemnot und Druck. Nach zwei bis drei Treppen müsse er eine Pause einschalten. Beim Aufrichten sowie bei Reklination bestünden Schwindelerscheinungen. Der Husten werde als würgend, ohne Auswurf beschrieben. Gelegentlich habe er geschwollene Knöchel, Hände und Füsse (Urk. 9/50/12). Sodann hat der Beschwerdeführer offenbar anlässlich der allgemein-internistischen Untersuchung beim Schluckakt über ein Globus-Würgen geklagt (Urk. 9/50/13). Der internistische Gutachter stellte seinerseits fest, dass der Beschwerdeführer nach der allgemein-internistischen Untersuchung erschöpft gewirkt habe (Urk. 9/50/14). Im Rahmen der Gesamtbeurteilung – eine separate internistische Beurteilung liegt nicht vor – haben sich die Gutachter weder mit diesen Angaben zur aktuellen Befindlichkeit des Beschwerdeführers noch mit den betreffenden Angaben in den Vorakten auseinandergesetzt. Dies wäre aber erforderlich gewesen. Aus dem Protokoll über das am 22. Oktober 2012 mit dem Beschwerdeführer durchgeführte Standortgespräch geht nämlich hervor, dass er vor der Krankschreibung im April 2012 von seiner damaligen Arbeitgeberin wegen dreier Ohnmachtsanfälle zum Arzt geschickt worden war (Urk. 9/6/2). Gemäss deren Angaben im Fragebogen für Arbeitgebende vom 16. November 2012 hatte sodann ein Arbeitsversuch im August 2012 abgebrochen werden müssen, da das Unfallrisiko – die bisherige Tätigkeit als Werkzeugschleifer des Beschwerdeführers beinhaltete namentlich auch Arbeiten an Maschinen – zu gross gewesen sei (Urk. 9/11/14). Im Weiteren wurde im Bericht der D.____ vom 12. März 2013 ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Symptome der Grunderkrankung sowie der Medikation keine gefährlichen Maschinen bedienen könne (vgl. E.

3.3). 4.3.2

Der rheumatologische Gutachter beschränkte sich in seinem rheumatologischen Teilgutachten vom 11. Juni 2014 - ebenfalls - auf die Beurteilung der aktuellen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Er kam zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in einer der reduzierten Belastbarkeit der oberen Abschnitte des Achsen skelettes Rechnung tragenden angepassten Tätigkeit während 8 Stunden am Tag arbeitsfähig sei, wobei eine dekonditionierungsbedingte

Leistungs minderung von ca. 15 % bestehe. Diese Leistungs minderung sei durch ein entsprechendes kreislaufaktivierendes Training (sofern aus internmedizinischer Sicht hierzu keine Kontraindikationen bestünden) und durch ein Kraft-Kraft ausdauertraining für die

Schulter- und Beckengürtelmuskelgruppen sowie die Rumpfstabilisatoren korrigierbar (Urk. 9/50/46).

Im Rahmen der Gesamtbeurteilung wurde die vom rheumatologischen Gutachter aufgeworfene Frage nach allfälligen Kontraindikationen bezüglich eines kreislaufaktivierenden Trainings nicht thematisiert (Urk. 9/50/19), was mit Blick auf die besagten Angaben zur Befindlichkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der Begutachtung aber erforderlich gewesen wäre. Es kann daher nicht einfach davon ausgegangen werden, dass im Zeitpunkt der Begutachtung aus somatischer Sicht eine behebbare und damit bloss vorübergehende Leistungsminde rung in angepasster Tätigkeit bestand. Ausserdem hat der rheumatologische Gutachter keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in bishe riger Tätigkeit gemacht. 4.3.3

Es ergibt sich somit, dass das MEDAS-Gutachten keine zuverlässige Grundlage zur Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers darstellt. 4.3.4

Hinzu kommt, dass aufgrund der fachärztlichen Angaben in den vom Beschwer deführer im Rahmen des Vorbescheid- und Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichten (vgl. E. 3.6-7) Grund zur Annahme besteht, dass sich die kardiale Situation nach der Begutachtung im Sommer 2014 bis zum massgeblichen Zeit punkt der angefochtenen Verfügung (Juli 2015) erheblich verschlechtert haben könnte. So stellte der Hausarzt offenbar bereits im Dezember 2014 eine hoch gradige Interna-Abgangsstenose links fest (Urk.

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 13

S. 2). Diese konnte zwar im Mai 2015 mittels PTA und Stenteinlage behoben werden. Die damals wie auch im Juni 2015 durchgeführten Untersuchungen zeigten aber neu unter anderem auch eine hochgradige Abgangsstenose externa links (vgl. E. 3.6-7). Sodann bestanden laut den Berichten von Dr. G.____ vom 26. Juni 2015 und von Dr. H.____ vom 2 9. Juli 2015 (vgl. E. 3.8) weiterhin Schwindelerscheinungen (vgl. E. 3.7-8). 4.4 4.4.1

Laut der – im Rahmen der Gesamtbeurteilung übernommenen – Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten vom 1

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