

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01246 vom 22. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01246

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01246 du 22 février 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01246 del 22 febbraio 2017

Erwägungen

E. 1

6. Mai 2011 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 10/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, und stellte mit Vorbescheid vom 1. Dezember 2011 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 10/32-33). Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens holte die IV-Stelle bei der Medas

B.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein , das am 28. Mai 2014 erstattet wurde (Urk. 10/200).

Mit erneutem Vorbescheid vom 3. September 2014 (Urk. 10/209) wurde dem Versicherten eine halbe Rente ab 1. November 2011 in Aussicht gestellt. Der Versicherte erhob dagegen Einwände, worauf ihm mit erneutem Vorbescheid vom 22. Mai 2015 (Urk. 10/283) eine ganze Rente ab 1. November 2011 in Aussicht gestellt wurde. Gegen diesen Vorbescheid erhob die X.____-Pensionskasse am 29. Mai 2015, ergänzt am 7. Juli 2015 Einwände (Urk. 10/284, Urk. 10/292). Die IV-Stelle hielt an ihrem Vorbescheid fest und sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 4. November 2015 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente ab 1. November 2011 zu (Urk. 10/314 = Urk. 2) .

E. 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). 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. 1.2

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.

E. 2

Die X.____ -Pensionskasse erhob am 3. Dezember 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom

4. November 2015 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ein Invalidenrentenanspruch von Y.____

zu verneinen, eventuell sei eine halbe Invalidenrente zu gewähren und die Wartezeit auf frühestens 1. Oktober 2011 anzusetzen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1).

Die IV-Stelle verzichtete mit Schreiben vom 17. Februar 2016 auf das Einreichen einer Beschwerdeantwort (Urk. 9). Dies wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 1. März

2016 (Urk. 11) zur Kenntnis gebracht und gleichzeitig

Y.____ zum Prozess beigeladen. Dessen Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 6, Urk. 13) wurde mit Gerichtsverfügung vom 3. Mai 2016 (Urk. 21) abgewiesen. Mit Schreiben vom 29. Juni 2016 (Urk. 24) beantragte der Beigeladene, die Beschwerde sei vollumfänglich abzuweisen und ihm sei eine ganze Invalidenrente ab dem 1. November 2010 zuzusprechen (S.

1 Ziff. 1). Mit Schreiben vom 8. Juli 2016 verzichtete die IV-Stelle auf das Einreichen einer Vernehmlassung (Urk. 29). Die Beschwerdeführerin hielt mit Schreiben vom 14. September 2016 an ihren Anträgen fest (Urk. 31). Je eine Kopie der Eingaben vom 8. Juli 2016 und vom 14. September 2016 wurden den anderen Parteien am 9. Januar 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk. 33).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass der Beigeladene seit dem 1. November 2010 in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei. Gemäss dem Gutachten könne er seine angestammte Tätigkeit als Schlosser sowie auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kassenaushilfe nicht mehr ausüben (Verfügungsteil 2 S. 1). Aufgrund der medizinischen Unterlagen und des Gutachtens sei es nachvollziehbar, dass von einer Vollerwerbstätigkeit ausgegangen werden könne. Aufgrund des häufigen Berufswechsels, des Alters und der Tatsache, dass die letzte Erwerbstätigkeit mit einem höheren Arbeitspensum bereits länger zurückliege, werde davon ausgegangen, dass die Restarbeitsfähigkeit von 50 % nicht verwertet werden könne, womit ein Invaliditätsgrad von 100 % resultiere (Verfügungsteil 2 S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), die IV-Stelle habe anlässlich des Ressourcengesprächs vom 1. Juni 20

E. 2.3

Der Beigeladene vertrat den Standpunkt (Urk. 24), die Beschwerdeführerin verkenne, dass er seit langem rezidivierende Rückenschmerzen habe. Dass die intensivierten Schmerzen

aufgrund der langjährigen Krankheit nicht erst am 1. Oktober 2011 eingetreten seien, sondern noch während seiner Anstellung bei der A.____, sei diversen Akten zu entnehmen (S. 3). Zusammenfassend sei festzuhalten, dass es sicherlich keinen Arzt gegeben hätte, der ihn zum Zeitpunkt der Anmeldung nicht krankgeschrieben hätte, hätte er einen solchen bereits damals aufgesucht. Die Argumentation der Beschwerdeführerin, die Arbeitsunfähigkeit sei erst am 1. Oktober 2011 eingetreten, sei unter den gegebenen Umständen und der vorhandenen Aktenlage nicht nachvollziehbar. Die 50%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen sei durchaus nachvollziehbar, da zu dieser Zeit das Arbeitsverhältnis durch ihn aufgelöst worden sei. Die psychische Belastung aufgrund der Entwicklung des Krankheitsbildes habe sich zu diesem Zeitpunkt verdichtet, was mitunter zur Kündigung geführt habe (S. 5). Aufgrund dessen, dass es sich bei den handicapierenden Schmerzen um Dauerschmerzen handle, müsse er auch im Rahmen der ihm noch verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 50 % vermehrt Pausen einlegen, so dass die verbleibende Arbeitsfähigkeit von 50 % zusätzlich mit einer 20%igen Reduktion der Leistungsfähigkeit belastet sei, woraus eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von 60 % resultiere (S. 6).

Die Restarbeitsfähigkeit lasse sich nicht mehr im ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwerten (S. 7). Er sei immer zu 100 % erwerbstätig gewesen. Bis 1989 habe er immer zu 100 % gearbeitet, danach habe er aus gesundheitlichen Gründen teilweise sein Pensum reduzieren beziehungsweise schlechter bezahlte Stellen annehmen müssen (S. 8).

E. 2.4

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beigeladenen. Dabei sind insbesondere die verbliebene Arbeitsfähigkeit, die Statusfrage sowie der vorgenommene Einkommensvergleich umstritten. 3. 3.1

Dr. med. D.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Facharzt für Rheumatologie, berichtete am 6. April

2006 (Urk. 10/1/1) und führte aus, dass der Versicherte seit dem 25. Mai 2005 bei ihm in ärztlicher Behandlung sei. Infolge einer Erkrankung der Wirbelsäule, der Hüft- und Schultergelenke und des linken Fusses sei der Versicherte in seiner körperlichen Leistungsfähigkeit seit mehreren Jahren eingeschränkt. Er benötige diesbezüglich eine medikamentöse sowie eine physiotherapeutische Behandlung. Er werde angehalten, richtige ergonomische Massnahmen zu respektieren und wirbelsäulenbelastende Arbeiten zu vermeiden. Aus rheumatologischer Sicht sei es angebracht, dass der Versicherte eine berufliche Umschulung durchführe. Die Arbeit eines Konstruktionsschlossers sei aus medizinischen Gründen grösstenteils kontraindiziert. 3.2

Dr. D.____ berichtete am 20. Juni 2011 (Urk. 10/10) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - chronisches lumbal-vertebrales Syndrom bei Chondrose L4/5 - beginnende Coxarthrose, linksbetont - Fehlstatik der Füsse bei Status nach Tarsalgien links Er führte aus, dass der Versicherte seit 20 Jahren an Wirbelsäulenschmerzen leide. Bezüglich der Prognose führte er aus, dass gelegentliche Wirbelsäulenschmerzen möglich und Hüftschmerzen künftig wahrscheinlich seien (Ziff. 1.4). Ein Berufswechsel sei von ihm im Jahre 2005 empfohlen worden. Eine ergonomisch adäquate Aktivität mit wechselnden Arbeitspositionen und Wirbelsäulenteilentlastung könne zu 100 % weitergeführt werden (Ziff. 1.11). 3.3

Dr. med. C.____ , Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, berichtete am 14. Oktober 2011 (Urk. 10/27) und nannte folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1): - chronisches zervikal betontes Panvertebralsyndrom bei Fehlstellung und Fehlbelastung der Wirbelsäule
- chronische Periarthropathia

humeroscapularis

calcarea rechts mit chronischer Bursitis subacromialis , chronischer Epicondylopathia

hu m eri

radialis rechts

Sie führte aus, dass der Versicherte seit dem 9. September 2011 bei ihr in Behandlung stehe (Ziff. 1.2). Seit L angen würden beim Versicherten rezidi vierende Rückenschmerzen mit zervikaler Betonung und Ausstrahlungen in den rechten Arm bestehen, verbunden mit Dysästhesien

und Parästhesien in alle Finger vor allem nachts. Periodisch bestünden beträchtliche Ruhe- und Belastungsschmerzen im Bereich der rechten Schulter mit immer wieder stark eingeschränkter Beweglichkeit. Zudem bestehe eine skoliotische Fehlhaltung der Wirbelsäule mit ausgedehnten muskulären Verspannungen zervikal. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS) sei in alle Richtungen um 2/3, der Lendenwirbelsäule (LWS) um 1/3 eingeschränkt. Neurologisch könnten keine sensomotorischen Defizite nachgewiesen werden. Die Prognose sei offen (Ziff. 1.4). Seit dem 1. Oktober 2011 bestehe eine medizinisch begründete Arbeitsun fähigkeit von 100 % (Ziff. 1.6). Als Schlosser könne der Versicherte seine Arbeit sicherlich nicht mehr weiter ausüben. Eine Umschulung beim sehr motivierten Versicherten sei sicherlich angebracht (Ziff. 1.7). Es könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit zu 100 % gerechnet werden (Ziff. 1.9). 3.4

Dr. med. E.____ , Facharzt für Neurologie, berichtete am 19. Januar 2012 (Urk. 10/43-45) und nannte folgende Diagnosen: - chronische Zervikalgie mit radikulären Reizsymptomen im Schulter-Armbereich rechts und Ausfällen in den Segment en C7 und C8 rechts, mit im EMG- Nachweis von Wurzelschädigungen auf diesen Etagen - neuroradiologisch nachgewiesene Diskushernie C6/7 medio-rechts lateral mit nach caudal sequestriertem Diskusprolaps

Er führte aus, dass die neurologische Untersuchung

bei seit mehr als 20 Jah ren anhaltenden Zervikalgien mit zunehmenden radikulären

Reizerscheinun gen im Schulter-Armbereich rechts Zeichen von Wurzelschädigungen auf den Etagen C7 und C8 rechts ergeben habe. Es hätten sich teilweise Dener vationszeichen gefunden, so dass von axonalen Schädigungen auszugehen sei.

Dann seien aber auch chronisch neurogen alterierte Einheitspotentiale als Hinweis auf bereits früher abgelaufene Wurzelschädigungen vorhanden (S. 2) . Neuroradiologisch sei der Befund recht eindrücklich und man werde hier ein aktives Vorgehen in Erwägung ziehen müssen. Es werde empfohlen, den Ver sicherten orthopädisch weiter abklären zu lassen (S. 3).

3.5

Dr. C.____ berichtete am 20. Februar 2012 (Urk. 10/49) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - chronisches zervikoradikuläres

Reiz- und Ausfallsyndrom C7 und C8 rechts bei grosser nach caudal luxierter Diskushernie C6/7 mit diskaler

Duralsackimpression und Nervenwurzelkompression C7 und C8 rechts - multivektorielle Protrusion C5/6 - Osteochondrosen C5/6 und C6/7, Unkovertebralarthrosen C5/6 beidseits mit Neuroforamenstenosen beidseits - chronische Periarthropathia

humeroscapularis

calcarea rechts mit Bursitis subacromialis - beginnende Coxarthrose beidseits

Sie führte aus, dass es

während der letzten Monate zu einer massiven Zunahme der Zervikalgien, Zervikobrachialgien und Ausstrahlungen vom Nacken her in den rechten Arm gekommen sei (Ziff. 1.4). Es bestehe weiter hin seit dem 1. Oktober 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Dem Versicherten könnten zurzeit keine körperlich beziehungsweise rückenbelastenden Arbeiten mehr zugemutet werden (Ziff. 1.7). 3.6

Die Ärzte der Klinik F.____, Wirbelsäulenzentrum, berichteten am 12. Juni 2012 (Urk. 10/64/5) und führten aus, dass der Versicherte rein sitzende und rein stehende

Tätigkeiten, Arbeiten über Kopf, kauende oder kniende Arbeiten, Arbeiten mit Heben und Tragen, Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten nicht mehr ausüben könne, Tätigkeiten mit Rotation im Sitzen noch bedingt und wechselbelastende Tätigkeiten ohne Einschränkung ausüben könne. Vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten seien ihm prozentual noch zu 40 % zumutbar. Das Konzentrationsvermögen, die Anpassungsfähigkeit wie auch das Fassungsvermögen seien uneingeschränkt. Die Belastbarkeit sei eingeschränkt. 3.7

Die Ärzte der medas

B.____ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 28. Mai 2014 (Urk. 10/200/1-61) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen des Versicherten. Sie nannten folgende Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 51 Ziff. 8.1.1): - chronische spondylogene

Zervikobrachialgie mit sensibler Radikulopathie C6 und C8 rechts - radikulares sensibles Schmerzsyndrom C6 und C8 rechts - bei mediolateral nach kaudal sequestriertem Bandscheibenprolaps mit Nervenwurzelkompression C8 und neurophysiologischen Zeichen einer moderat subakuten bis chronischen Radikulopathie und Zeichen einer älteren neurogenen Schädigung C6 rechts - Coxarthrose links mit endgradigem Funktionsdefizit - chronische lumbospondylogene Schmerzen bei Facettenarthrose - Impingement - Syndrom Schulter links ohne Funktionsdefizit bei muskulärer Dysbalance des Schultergürtels - rezidivierende depressive Störung mittelgradiger Ausprägung, Beginn chronifiziert (ICD-10 F33.8) - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen anankastischen und schizoiden Zügen (ICD-10 F61) Sie nannten zudem folgende Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 51 Ziff. 8.1.2): - Cubitus

valgus rechts mehr als links - Status nach dreimaliger Ellbogen-Operation - Fussfehlstatik bei Senk-/Spreizfuss beidseits - Diabetes mellitus, diätetisch eingestellt - Hypertriglyzeridämie - Unterschenkelvarikosis beidseits - anamnestisch Verdacht auf PPI-Hemmerunverträglichkeit - psychische und Verhaltensstörung durch schädlichen Gebrauch von Nikotin (ICD-10 F17.1)

Die orthopädische Gutachterin führte aus, dass degenerative Veränderungen im Bereich der Symphyse sowie eine beidseitige Gelenkspaltverschmälerung und eine verstärkte subchondrale Sklerose sowie eine linksseitig betonte Zystenbildung im Bereich des Pfannenkerns und des Pfannendoms als Zeichen der Coxarthrose links mehr als rechts bestünden (S. 21). Weiter bestünden eine diskrete linkskonvexe Skoliose der Lendenwirbelsäule (LWS) mit einem Skoliosewinkel von 5 Grad sowie eine bilaterale Foramenstenose und mögliche Irritation der entsprechenden Nervenwurzel bei Halswirbelkörper (HWK) 4/5 und HWK 5/6 bei Typ Modic 2 Osteochondrose mit zum Teil erosiven Veränderungen der angrenzenden Endplatten (S. 22). Der psychiatrische Gutachter führte aus, dass sich klinisch keine Hinweise auf relevante, objektivierende Gedächtnisstörungen gefunden hätten. Die kognitive Begabung liege nach dem klinischen Eindruck im Normbereich. Die Grundstimmung sei bedrückt, die affektive Modulationsfähigkeit eingeschränkt und der Antrieb leicht vermindert gewesen. Psychomotorisch habe der Versicherte leicht angespannt gewirkt (S.

26). Im klinischen Gespräch seien leichte Einschränkungen der Ausdauer und der Konzentrationsfähigkeit feststellbar gewesen. Die Aufmerksamkeit und die Auffassungsgabe seien unauffällig gewesen. Es habe eine verminderte emotionale Belastbarkeit und auch eine verminderte Stress- und Frustrationstoleranz bestanden. Bei einem deutlich verminderten Selbstwertleben habe ein ausgeprägter sozialer Rückzug stattgefunden. Der Versicherte habe in Bezug auf eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und auch für eine adäquate Psychotherapie bei einem somatisch orientierten Krankheitskonzept und einer eingeschränkten Krankheitseinsicht eine deutlich ambivalente Motivation gezeigt (S. 27).

In den Akten befänden sich keine psychiatrischen Vorberichte, da sich der Versicherte noch nie in psychiatrischer Behandlung befunden habe. Somit könne keine Stellungnahme zu psychiatrischen Berichten gegeben werden. Bei der aktuellen Untersuchung habe eine mittelgradige depressive Symptomatik mit Herabgestimmtheit, Antriebsminderung, Stimmungsschwankungen, vermehrter Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Grübelneigung, deutlicher Selbstwertminderung und auch Konzentrations- und Ausdauerstörungen festgestellt werden können. Zudem habe der Versicherte starke Schmerzen in verschiedenen Gelenken und auch in der Wirbelsäule angegeben. Nach den Angaben der somatischen Kollegen seien die Schmerzen im Wesentlichen aus somatischer und physiologischer Sicht erklärbar. Es hätten sich somit keine Anhaltspunkte für eine physiologisch nicht erklärbare Schmerzsymptomatik gefunden. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung liege somit nicht vor. Zusätzlich seien beim Versicherten deutlich akzentuierte Persönlichkeitszüge aufgefallen, die sich spätestens in der Jugendzeit oder Adoleszenz entwickelt hätten. Der Versicherte sei stets ein Einzelgänger gewesen und habe wenige Kontakte gepflegt. Er beschreibe sich auch als einen melancholischen Menschen, wobei jedoch in Bezug auf die psychischen Störungen bei einem vorrangig somatischen Krankheitsmodell eine deutlich eingeschränkte Krankheitseinsicht bestehe. Aufgrund der persönlichkeitsstrukturellen Besonderheiten sei der Versicherte in den letzten Jahren wiederholt in berufliche Konfliktsituationen geraten, die er nicht konstruktiv lösen könne. Er habe somatische Beschwerden entwickelt. So sei es zu häufigen Stellenwechseln gekommen (S. 28).

Die depressive Symptomatik bestehe seit der Jugendzeit. Aufgrund der eingeschränkten Krankheitseinsicht beim Versicherten sei es nie zu einer adäquaten Behandlung

gekommen. Inzwischen sei von einer Chronifizierung der depressiven Symptomatik in mittelgradiger Ausprägung auszugehen. Die Einleitung einer psychiatrischen Behandlung sei grundsätzlich zu empfehlen. Allerdings erscheine die Prognose insgesamt eher ungünstig. Auch bei einer adäquaten und intensivierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung inklusive einer Psychopharmakotherapie scheine anhand der aktuellen Untersuchungsbefunde eine wesentliche Verbesserung der aktuellen psychischen Einschränkungen eher nicht zu erwarten (S. 29 oben). Der Versicherte habe gewisse ausbaufähige Ressourcen gezeigt. Aufgrund der doch relativ guten kognitiven Fähigkeiten sei er in der Lage, stundenweise Nachhilfe in Mathematik zu geben. Er sei auch in der Lage, seinen Haushalt selbst zu besorgen. In Bezug auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit hätten sich in etwa mittelgradige Einschränkungen bei Konzentrationsstörungen, verminderter Ausdauer, verminderter Stress- und Frustrationstoleranz und verminderter emotionaler Belastbarkeit sowie auch verminderter Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit gezeigt. Anhand der geschilderten Untersuchungsbefunde sei aus psychiatrischer Sicht festzustellen, dass dem Versicherten die Aufwendung der zumutbaren Willensanstrengung möglich erscheine, zumindest teilweise wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen (S. 29). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kassierer bei der A.____ oder als Schlosser bestehe aus rein psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von zirka 50 % , soweit dies retrospektiv eingeschätzt werden könne, seit spätestens Mai 2011. In adaptierten Tätigkeiten bestehe aus rein psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % . Als adaptierte Tätigkeiten seien Tätigkeiten zu nennen , die keine speziell erhöhten Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit , die Ausdauer oder die sozialen Kompetenzen, die Teamfähigkeit sowie die emotionale Belastbarkeit oder Stress- und Frustrationstoleranz stellen würden (S. 30) .

Der neurologische Gutachter führte aus, der Versicherte beschreibe aktuell Gefühlsstörungen im Daumen sowie dem 4. und 5. Finger der rechten Hand. Die Schmerzsymptomatik habe nach den Infiltrationsbehandlungen weitgehend sistiert, jedoch träten Krämpfe der Unterarmmuskulatur auf, wenn er falsche Bewegungen ausführe oder schwere Lasten heben müsse. In der klinisch neurologischen Untersuchung hätten sich weiterhin leicht abgeschwächte Muskeleigenreflexe des rechten Arms gefunden. Muskuläre Defizite hätten nicht bestanden. Im C6- und C8-Dermatom habe sich eine Sensibilitätsstörung nachweisen lassen. Die Symptomatik sei im Vergleich zu der Vorbeschreibung durch Dr. E.____ weiterhin im Dermatom C8 sowie im C6-Dermatom rechts klinisch evident. In der neurophysiologischen Untersuchung sei der elektrophysiologische Befund vereinbar mit einer moderat subakut bis chronischen Radikulopathie C8. Zudem bestünden mögliche diskrete Zeichen einer älteren neurogenen Schädigung C6 rechts (S. 44). Aus rein neurologischer Sicht seien die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als Kassierer und zuvor als Schlosser dem Versicherten nicht mehr zumutbar , dies aufgrund der bestehenden radikulären Läsionen C6 und C8, welche Tätigkeiten mit repetitiven Inklinations- und Translationsbewegungen verbieten würden. Die neurologische Erstdiagnose datiere mit einem Untersuchungsbericht von Dr. E.____ vom 19. Januar 2012. Ab diesem Zeitpunkt sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit auszugehen. In adaptierten Tätigkeiten seien aufgrund der handicapierenden Schmerzen vermehrte Pausen anzunehmen, welche ein eingeschränktes Rendement von zirka 20 %

(in Bezug auf ein 100 % Pensum) annehmen liessen. Der Beginn der Einschränkung entspreche der vorherigen Angabe (S. 45).

In der polydisziplinären Zusammenfassung führten die Gutachter aus, dass zusammenfassend alle vorliegenden Störungen von Seiten des Bewegungsapparates orthopädisch verifizierbar und die Einschränkungen objektivierbar seien. Der Versicherte könne leichte wechselbelastende Tätigkeiten ausüben ohne schwere Lasten heben und tragen, ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule und ohne das Besteigen von Leitern und Gerüsten. Er könne keine Überkopfarbeiten und keine Tätigkeiten mit ständigem Knien/Kauern ausüben. Es lägen keine Zeichen für eine Aggravation vor. Der Versicherte sei nach den vorliegenden Untersuchungsergebnissen aufgrund der psychiatrischen, der neurologischen und der orthopädischen Gesundheitsstörungen in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit mittelgradig eingeschränkt (S. 54 f.). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei die eines Kassierers mit letztem effektivem Arbeitstag am 28. Juni 2011 gewesen. Eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Tätigkeit als Schlosser bestehe seit dem 1. November 2011 (S.

56 oben). Aus orthopädischer sowie neurologischer Sicht könne der Versicherte wegen seiner multiplen Störungen des Bewegungsapparates sowie der bestehenden radikulären Läsion C6/8 weder als Konstruktionsschlosser noch als Kassierer mittel- bis langfristig arbeiten. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit als Kassierer oder als Schlosser. Polydisziplinär führend sei die orthopädische und neurologische Beurteilung mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % bezogen auf ein 100%iges Arbeitspensum bezogen auf die angestammte Tätigkeit. Aus neurologischer Sicht sei von der genannten Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. November 2010, spätestens jedoch ab Diagnosestellung der zervikalen Wurzelreizung beziehungsweise Frozen

Shoulder rechts per 19. Januar 2012 auszugehen (S. 56).

Aus rein orthopädischer Sicht sei der Versicherte in einer voll adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Aus neurologischer Sicht seien in adaptierten Tätigkeiten aufgrund der handicapierenden Schmerzen vermehrt Pausen notwendig, die ein eingeschränktes Rendement von 20 % annehmen liessen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe in adaptierten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Der Beginn der Arbeitsfähigkeit sei ab sofort anzunehmen. Die psychiatrische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit sei polydisziplinär führend und werde wie im Teilgutachten ausführlich dargestellt angenommen (S. 57).

4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich in der angefochtenen Verfügung auf das medas-Gutachten vom 28. Mai 2014 (Urk. 10/200/1-61) und ging dementsprechend von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten seit Mai 2011 aus, wobei sie diese Restarbeitsfähigkeit als nicht mehr verwertbar erachtete (Urk. 10/280 S. 4). 4.2

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das polydisziplinäre Gutachten der medas (vorstehend E. 3.7) die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in angemessener Weise berücksichtigt, in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet wurde sowie der konkreten medizinischen Situation Rechnung trägt. Die Beurteilung leuchtet in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden

ausführlich begründet. Die Beurteilung durch die Gutachter der medas ist nach dem Gesagten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend. Das Gutachten erfüllt damit die praxismässigen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E. 1.4) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. 4.3

Aus somatischer Sicht kamen die Gutachter der medas nach ausführlicher orthopädischer, internistischer und neurologischer Befundaufnahme (vgl. Urk. 10/200 S. 20 ff., S. 35 f., S. 42 f.) zum Schluss, dass der Versicherte im Wesentlichen an einer chronischen spondylogenen

Zervikobrachialgie mit sensibler Radikulopathie C6 und C8 rechts bei einem mediolateral nach kaudal sequestriertem Bandscheibenprolaps mit Nervenwurzelkompression C8, einer Coxarthrose links, chronischen lumbospondylogenen Schmerzen bei Facettenarthrose sowie einem Impingement-Syndrom der linken Schulter als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit leidet (S. 51 Ziff. 8.1.1). Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachteten die Gutachter einen Status nach dreimaliger Ellbogen-Operation, die Fussfehlstatik bei Senk-/Spreizfuss beidseits, einen Diabetes mellitus, eine Hypertriglyzeridämie sowie eine Unterschenkelvarikosis beidseits (S. 51 Ziff. 8.1.2).

Hinsichtlich der für die Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit als relevant erachteten Schmerzsymptomatik zeigte sich nebst einer Sensibilitätsstörung im C6- und C8-Dermatom im Sinne einer moderat subakut bis chronischen Radikulopathie C8 auch diskrete Zeichen einer älteren neurogenen Schädigung C6 rechts. Diese radikulären Läsionen seien vor allem ausschlaggebend

für die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als Schlosser und Kassierer, zumal sie repetitive Inklinations- und Translationsbewegungen verbieten würden. Sodann gingen die Gutachter davon aus, dass aufgrund der handicapierenden Schmerzen auch in angepassten Tätigkeiten vermehrte Pausen anzunehmen seien. 4.4

Die aufgrund der somatischen Beschwerden für die bisherige Tätigkeit als Schlosser attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der im Vordergrund stehenden orthopädischen und neurologischen Erkrankung erscheint nachvollziehbar und plausibel (vgl. Urk. 10/200 S. 45, S. 56).

Bezüglich des Beginns dieser attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit bleibt Folgendes anzumerken: Der neurologische Gutachter führte zunächst aus, dass die neurologische Erstdiagnose mit einem Untersuchungsbericht von Dr. E. ___ vom 19. Januar 2012 datiere und ab diesem Zeitpunkt von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit auszugehen sei (S.

45 Ziff. 7.6.2). In der polydisziplinären Beurteilung wird die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit als Schlosser sodann zunächst ab dem 1. November 2011 attestiert (S. 56 oben), und dann ausgeführt, dass die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab dem 1. November 2010, spätestens jedoch ab der Diagnosestellung der zervikalen Wurzelreizung beziehungsweise Frozen

Shoulder rechts am 19. Januar 2012 bestehe (S. 56 unten).

4.5

Soweit die Beschwerdegegnerin die 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. November 2010 als gegeben erachtete (vgl. Urk. 10/280 S. 4), stützten sie sich hierfür zwar ebenfalls auf das Gutachten der medas. Aus dem zitierten Abschnitt geht allerdings - auch aufgrund der übrigen medizinischen Berichte - klar hervor, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Verschieben vorliegt und der Beginn der Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit ab dem 1. November 2011 (und nicht 2010) zu gelten hat. Dies wurde denn zunächst von der Beschwerdegegnerin auch so festgehalten, in dem sie im Feststellungsblatt vom 3. September 2014 (vgl. Urk. 10/206 S. 4 f.)

ausführte, dass sich das in der polydisziplinären Konsensbeurteilung angegebene Datum nicht mit dem Datum aus dem neurologischen Teilgutachten decke und es „2011“ heissen sollte. Bei der weiteren Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin wurde dann jedoch fälschlicherweise das Datum „2010“ als Beginn der Arbeitsunfähigkeit angenommen. Diesem Vorgehen kann nicht gefolgt werden und es ist daher festzustellen, dass der Beginn der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit gemäss Gutachten der medas nach dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den

1. November 2011 festzulegen ist. Dasselbe Datum hat denn auch für den Beginn der Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus somatischer Sicht zu gelten (vgl. hierzu Urk. 10/200 S. 45 Ziff. 7.6.2-3).

4. 6

In psychischer Hinsicht wurde sodann eine rezidivierende depressive Störung mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.8) und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen anankastischen und schizoiden Zügen (ICD-10 F61) als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert (Urk. 10/200 S. 51 Ziff. 8.1.1).

Der psychiatrische Gutachter der medas hat nach psychopathologischer Befundaufnahme (S. 26 f.) festgestellt, dass eine depressive Symptomatik mit Herabgestimmtheit, Antriebsminderung, Stimmungsschwankungen, vermehrter Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Grübelneigung, deutlicher Selbstwertminderung und auch Konzentrations- und Ausdauerstörungen sowie deutlich akzentuierte Persönlichkeitszüge, welche sich spätestens in der Jugendzeit oder Adoleszenz entwickelt hätten, vorlägen.

Weiter führte der psychiatrische Gutachter aus, dass die depressive Symptomatik seit der Jugendzeit bestehe, es aufgrund der eingeschränkten Krankheitseinsicht beim Beigeladenen jedoch nie zu einer adäquaten Behandlung gekommen sei.

Gestützt auf die dargestellten Befunde hätten sich in Bezug auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in etwa mittelgradige Einschränkungen gezeigt, wobei auch die deutlich eingeschränkten sozialen Kompetenzen des Beigeladenen zu erwähnen seien, die sich in seinem Lebenslauf im beruflichen und auch deutlich im privaten und persönlichen Bereich gezeigt hätten (S. 29). Es bestehe sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit spätestens Mai 2011 (S. 30).

Diese retrospektive Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit seit spätestens Mai 2011 überzeugt aufgrund der Akten nicht. Eine solche Beurteilung für die Vergangenheit ist rechtsprechungsgemäss grundsätzlich problematisch, wobei im vorliegenden Fall hinzukommt, dass es keine echtzeitlichen psychiatrischen Vorberichte gibt, zumal der Versicherte noch nie in psychiatrischer Behandlung war. Der psychiatrischen Beurteilung

der Arbeitsfähigkeit ist denn auch nichts zum Zustandekommen dieses Beginns (Mai 2011) zu entnehmen, es fehlt dafür jegliche Begründung. Aus den Akten geht sodann hervor, dass der Arbeitgeber mit dem Versicherten im Mai 2011 wie auch am Ende des Arbeitsverhältnisses Ende Juni 2011 zufrieden war, wobei in den entsprechenden Dokumenten gar seine Bereitschaft zur Mehrarbeit und seine Ausdauer hervorgehoben werden (vgl. Zwischenzeugnis vom 18. Mai 2011 und Zeugnis vom 28. Juni 2011; Urk. 25/1). Auch wenn es sich hierbei um wohlwollende Aussagen des ehemaligen Arbeitgebers handeln sollte, vermag die retrospektive Einschätzung des Gutachters nicht zu überzeugen. So wurden seitens des Arbeitgebers keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit festgestellt und der Versicherte

absolvierte während seiner Anstellung bei der A.____ zusätzlich ein rechtswissenschaftliches Weiterbildungsmodul (vgl. Urk. 24 S. 8 Ziff. 5, Urk. 10/1/15). Nach dem Gesagten kann die durch den Gutachter angegebene Arbeitsunfähigkeit von 50 %

nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erst ab dem Untersuchungszeitpunkt, also ab 16. April 2014 (vgl.

Urk. 10/200 S. 23), angenommen werden.

Ein solches Vorgehen, indem einem Gutachten vollen Beweiswert zuerkannt wird, jedoch von der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgewichen wird, ist im Übrigen mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vereinbar (vgl. BGE 140 V 193 E.

3.1 f. mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_3/2015 vom 20. Mai 2015 und 9C_651/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 5.1 mit Hinweisen). 4.7

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass der Versicherte aufgrund der somatischen Beschwerden in der angestammten Tätigkeit seit dem 1. November 2011 zu 100 % arbeitsunfähig ist. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit gemäss beschriebener Zumutbarkeitsprofil ist er seit dem 1. November 2011 zu 20 %

und seit dem 16. April 2014 zu 50 % arbeitsunfähig.

Die Ausführungen des Versicherten, wonach die in den Einzelgutachten festgehaltenen Arbeitsunfähigkeiten hätten kumuliert werden müssen (vgl. Urk. 24 S. 6), gehen fehl. Der Beigeladene wurde von Prof. Dr. med. G.____ neurologisch (Urk. 10/200 S. 41 ff.) und von Dr. med. H.____ psychiatrisch (Urk. 10/200 S. 23 ff.) untersucht. Die Ergebnisse haben die Gutachter jeweils in ihren Einzelgutachten festgehalten und anschliessend eine Gesamtbeurteilung vorgenommen (Urk. 10/200 S. 56 ff.).

Unterschiedlich attestierte Arbeitsunfähigkeiten werden nicht kumuliert. Obwohl die Gutachter dem Versicherten in ihren Einzelgutachten eine unterschiedlich hohe Arbeitsunfähigkeit attestiert haben, wurde in der Gesamtbeurteilung richtigerweise auf die höhere Arbeitsunfähigkeit abgestellt. 5. 5.1

Zu prüfen bleibt, ob der Versicherte angesichts seines Alters nach allge meiner Lebenserfahrung in einem als ausgeglichen unterstellten Arbeitsmarkt noch als vermittelbar gelten kann.

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 realistischere Weise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertbarkeit auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist (vgl. BGE 107 V 17 E. 2c). 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 ab von den Umständen, die mit Blick auf die Anforderungen der Verweistätigkeiten massgebend sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_124/2010 E. 5.1 vom 21. September 2010, 9C_427/2010 E. 2.4.1 vom 14. Juli 2010, I617/02 E. 3.2.3 vom 10. März 2003). 5.2

Zur Beantwortung der Frage nach dem Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter zu beantworten ist, hat das Bundesgericht im Jahr 2012 die Rechtsprechung dahingehend präzisiert, dass auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil)Erwerbstätigkeit abzustellen sei (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.3). Demnach gilt die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil)Erwerbstätigkeit als ausgewiesen, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben.

Vorliegend geht aus dem medas-Gutachten vom 28. Mai 2014 (vgl. vorstehend E. 3.7) hervor, dass dem

Versicherten Tätigkeiten gemäss beschriebenen Zumutbarkeitsprofil zumutbar sind. Somit kann davon ausgegangen werden, dass spätestens das medas-Gutachten Klarheit über die Arbeitsfähigkeit des Versicherten verschaffte. Sie bildet demnach die – den Anforderungen an die Beweiskraft genügende – medizinische Grundlage für den Rentenentscheid. Für die Rentenberechtigung ist somit die Verwertbarkeit der (Rest)Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt des medas-Gutachtens entscheidend. 5.3

Der im Oktober 1958 geborene Versicherte war in dem für die Beurteilung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit massgebenden Zeitpunkt der Erstattung des medas-Gutachtens (Mai 2014) 55 Jahre alt, was für sich allein die Verwertbarkeit noch nicht ausschliesst.

So hat das Bundesgericht einen 60-jährigen Versicherten, welcher mehrheitlich als Arbeiter in der Textilindustrie tätig gewesen war, als zwar nicht leicht vermittelbar erachtet. Es sah jedoch mit Bezug auf den hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt gleichwohl Betätigungsmöglichkeiten, da der Versicherte zwar sachlich eingeschränkt (nur noch leichte bis mittelschwere Arbeiten im Gehen, Stehen und Sitzen in geschlossenen Räumen zumutbar), aber immer noch im Rahmen eines Vollpensums arbeitsfähig war (Urteil des Bundesgerichts I 376/05 vom 5. August

2005 E. 4.2). Unter anderem mit Blick auf eine Aktivitätsdauer von immerhin noch sieben Jahren war eine erwerbliche Umsetzung der Leistungsfähigkeit auch einem 58-jährigen, kaufmännisch ausgebildeten Versicherten möglich und zumutbar, der aufgrund hochgradiger Innenohrschwerhörigkeit auf besonderen Anforderungen genügenden Arbeitsplatz angewiesen war (Urteil des Bundesgerichts I 819/04 vom 27. Mai 2005 E. 2.2). Als arbeitsmarkttauglich angesehen wurde auch die Restarbeitsfähigkeit eines 60-jährigen Versicherten mit einer unter anderem wegen rheumatologischer und kardialer Problematik um 30 Prozent eingeschränkten Leistungsfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts I 304/06 vom 22. Januar

2007 E.

4.2), gleichviel wie diejenige eines gleichaltrigen Versicherten, dem trotz verschiedener Rückenschäden ein vergleichsweise weites Spektrum zumutbarer Hilfstätigkeiten offen stand (Urteil des Bundesgerichts 9C_918/2008 vom 28. Mai 2009 E.

4.3). Verneint hat das Bundesgericht dem gegenüber die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines über 61-jährigen Versicherten, der über keine Berufsausbildung verfügte, bezüglich der aus medizinischer Sicht im Umfang von 50 % zumutbaren feinmotorischen Tätigkeiten keinerlei Vorkenntnisse besass, dessen Teilarbeitsfähigkeit weiten krankheitsbedingten Einschränkungen unterlag und dem von den Fachleuten der Berufsberatung die für einen Berufswechsel erforderliche Anpassungsfähigkeit abgesprochen wurde (Urteil des Bundesgerichts I 392/02 vom 23. Oktober 2003 E. 3). Als unverwertbar erachtet wurde auch die 50%ige, durch verschiedene Auflagen zusätzlich limitierte Arbeitsfähigkeit eines knapp

64-jährigen Versicherten mit multiplen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beschwerden (Urteil des Bundesgerichts I 401/01 vom 4. April 2002 E. 4cd). 5.4

Im Lichte der dargelegten Grundsätze und der relativ hohen Hürden für die Annahme einer unverwertbaren Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen ist fest zu halten, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung des im massgebenden Zeitpunkt knapp 55-jährigen Versicherten nicht derart beschaffen oder gehäuft auf tretend sind, dass sich der Schluss rechtfertigt, eine Anstellung sei nicht mehr realistisch. Dies hat insbesondere auch vor dem Hintergrund zu gelten, dass dem Versicherten lediglich noch eine 50%ige Tätigkeit zumutbar ist. So hatte der Beigeladene in der Vergangenheit immer wieder Anstellungen, welche das nun zumutbare Pensum nicht überstiegen (vgl. sogleich E. 6.4). 6 . 6 . 1

Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

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).

1. 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 zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Be

urteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 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 Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 8.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzu setzen.

Soweit der Beigeladene aktiv am Verfahren teilgenommen hat, besteht keine Dispens von der Kostenpflicht (Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009, § 14 Rz 33). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten somit der Beschwerdegegnerin und dem Beigeladenen je hälftig aufzuerlegen.

E. 8.2

Der obsiegenden Beschwerdeführerin als Sozialversicherungsträgerin steht keine Parteientschädigung zu, die Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Zusprechung einer Entschädigung (BGE 128 V 133 E. 5b) sind nicht gegeben. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 4. November 2015 aufgehoben und es wird fest gestellt, dass der Beigeladene keinen Anspruch auf eine Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin sowie dem Beigeladenen je zur Hälfte

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Isabelle Vetter-Schreiber - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - M Law

Z. ___ - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid 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, Schwei zerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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 MosimannSchüpbach

E. 11

festgehalten, dass zurzeit noch keine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Dr. C.____ habe sodann am 14. Oktober 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. Oktober 2011 festgestellt (S. 6). Im Gutachten sei schliesslich in der Gesamtbeurteilung festgehalten worden, dass eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Tätigkeit als Schlosser ab dem 1. November 2011 bestehe. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit in der ange stammten Tätigkeit sei dann – wobei es sich offensichtlich um einen Ver schreiber handle, zumal dieses Datum aufgrund der Akten nicht indiziert sei – aus neurologischer Sicht ab dem 1. November 2010, spätestens ab der Diag nosestellung der zervikalen Wurzelreizung beziehungsweise Frozen

Shoulder rechts am 19. Januar 2012 festgestellt worden (S.

8) . Richtigerweise hätte somit die Wartezeit frühestens am 1. Oktober 2011 eröffnet werden dürfen (S. 9). Weiter sei auch die Feststellung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen ab Mai 2011 als falsch anzusehen. So sei das psychia trische Teilgutachten in sich selbst widersprüchlich. So werde einerseits eine Arbeitsunfähigkeit spätestens seit Mai 2011 angenommen, an anderer Stelle dann aber erklärt, der Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer S icht bestehe ab sofort. Der Beigeladene sei noch nie in psychiatrischer Behand lung gewesen. Vor diesem Hintergrund sei die retrospektive Bestätigung ein er Arbeitsunfähigkeit drei Jahre später schlicht haltlos . Die Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen sei damit nicht ausreichend belegt (S. 10) . Selbst wenn eine Einschränkung aus psychischen Gründen zu bejahen sei, sei bei der Festlegung des Invalideneinkommens lediglich von einer 50%igen Arbeit s unfähigkeit auszugehen. Damit würden vorliegend höchstens ein Invaliditäts grad von 50 % und eine halbe Rente resultieren (ausgehend von denselben Grundlagen wie die IV-Stelle). Weshalb angesichts des inkonstanten beruf lichen Lebenslaufs sowie der übrigen Faktoren von einer nicht mehr verwert baren Arbeitsfähigkeit ausgegangen werde, sei nicht nachvollziehbar (S. 11). Wenn aufgrund der Teilzeit eine lohnmassige Benachteiligung zu bejahen und damit ein Abzug zu gewähren wäre, dann würde sich höchstens ein 10%iger Leidensabzug aufgrund des Beschäftigungsgrades rechtfertigen, was immer noch zu einer halben Rente führen würde (IV-Grad von 55 %). Schliesslich sei darauf hinzuweisen, dass nicht erstellt sei, dass der Beige ladene tatsächlich seit vielen Jahren aus gesundheitlichen Gründen in Teil zeit gearbeitet habe. Es sei vielmehr davon auszugehen, dass er aus freien Stücken entsch ieden habe, nur in Teilzeit zu arbeiten. 2006 sei lediglich eine Umschulung empfohlen und noch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert und im Juni 2011 in angepasster Tätigkeit gar noch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit festgestellt worden (S. 12) . Inkonsistent und nicht nachvollziehbar sei die Feststellung der IV-Stelle, wonach die Wartezeit nicht vorher zu eröffnen sei, aber nachvollziehbar sei, dass der Beigeladene sein Arbeitspensum aufgrund der gesundheitlichen Problematik so gewählt habe und von einer Voller werbstätigkeit ausgegangen werden könne. Zusammenfassend sei von einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 20 % auszugehen (S. 13).

E. 16

ATSG) zu ermittelnde Einschränkung im allein versicherten erwerblichen Bereich proportional – im Umfang der hypot hetischen Teilerwerbstätigkeit – zu berücksichti gen

ist. Der Invaliditätsgrad entspricht der proportionalen Einschränkung im erwerblichen Bereich und kann damit den versicherten Bereich, welcher durch das hypothetische Teilzeitpensum definiert wird, nicht übersteigen. Denn andernfalls könnte ein das hypothetische erwerbliche Pensum übersteigender Invaliditätsgrad resultieren, womit indirekt unzulässigerweise eine Einschränkung in den weder Erwerbs- noch Aufgabenbereich darstellenden, nicht versicherten Freizeitaktivitäten mitabgegolten würde (E. 7.3). 7.3

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BG E 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Der bei der Bemessung des Invalideneinkommens zu berücksichtigenden ausgleichenen Arbeitsmarktlage (Art. 16 ATSG) ist grundsätzlich auch bei der Festsetzung des Validenlohnes Rechnung zu tragen, wobei auf die Ergebnisse der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.2 mit Hinweisen). 7.4

Der Versicherte war vor Eintritt des Gesundheitsschadens mehrheitlich kurzzeitig in diversen Tätigkeiten tätig (vgl. vorstehend E. 5.4). Seither geht er keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Somit ist zu berücksichtigen, dass ein stabiles Arbeitsverhältnis bereits Jahrzehnte zurückliegt. Der

Versicherte kann auch nicht ohne Weiteres auf frühere Tätigkeiten zurückgreifen, da diese ebenfalls Jahre zurückliegen, zudem oft als kurzzeitige Anstellungen zu werten sind und nicht auf einer entsprechenden Ausbildung basieren. Unter diesen Umständen rechtfertigt es sich, sowohl für die Bemessung des Validen- als auch des Invalideneinkommens auf die statistischen Werte der LSE abzustellen, wobei beide Vergleichseinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu ermitteln sind. Angesichts der Zumutbarkeit einer behinderungsangepassten Tätigkeit von lediglich 50% in einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil

rechtfertigt es sich, für die Bemessung auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen (LSE 2012, S. 35, Tabellengruppe TA1, Total, Männer, Kompetenzniveau 1). Die Bestimmung der Einkommen anhand des Lohnes eines einzelnen Sektors beziehungsweise einer bestimmten Branche ist vorliegend nicht angezeigt.

Das im Jahr 2012 von Männern im Durchschnitt für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in sämtlichen Wirtschaftszweigen erzielte Einkommen betrug pro Monat Fr. 5'210.--, mithin Fr. 62'520.-- pro Jahr (Fr. 5'210.-- x 12) bei einem Pensum von 100%.

Ohne gesundheitliche Einschränkungen würde der Versicherte – wie bereits dargelegt wurde (vorstehend E. 6.5) – einer 60%igen Erwerbstätigkeit nachgehen, weshalb das

Valideneinkommen auf ein 60%iges Pensum zu reduzieren ist. Das Valideneinkommen beträgt demnach rund Fr. 37'512.--.

7.5

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen 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 Lohnstruktur erhebungen (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 praxis gemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E.

4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten 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).

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 unter durchschnittlichem 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). 7.6

Für die Ermittlung des Invalideneinkommens rechtfertigt es sich ebenfalls auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors gemäss LSE

abzustellen. Das Invalideneinkommen beträgt demnach ebenfalls Fr. 62'520.-- im Jahr 2012 bei einem Pensum von 100 % (vorstehend E. 7.4).

Dem Versicherten war von 1. November 2011 bis 16. April 2014 eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 80 % zumutbar (vorstehend E. 5.7). Dies ergibt ein Invalideneinkommen von rund Fr. 50'016.-- (Fr. 62'520.-- x 0.8).

Ab dem 16. April 2014 war dem Beigeladenen eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 50 % zumutbar (vorstehend E. 5.7). Unter Berücksichtigung der allgemeinen Lohnentwicklung in den Jahren 2013 und 2014 in der Höhe von 0.7 % und 0.8 % (Schweizerischer Lohnindex, Nominallohnindex 2011-2015, Total, www.bfs.admin.ch) sowie der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2014 von 41.7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total, www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit, Arbeitszeit, Arbeitsstunden) angepasst, ergibt dies ein Invalideneinkommen von rund Fr. 33'079.-- (Fr. 62'520.-- : 40 x 41.7 x 1.007 x 1.008 x 0.5). 7.7

Zu prüfen bleibt, inwieweit vom Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist.

Der Versicherte ist aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen lediglich noch in leichten und wechselbelastenden Tätigkeiten in verständnisvoller Arbeitsumgebung einsatzfähig.

In Würdigung sämtlicher Umstände erscheint vorliegend ein Abzug von 15 % als angemessen.

Das Invalideneinkommen vom 1. November 2011 bis 16. April 2014 reduziert sich demnach auf Fr. 42'514.-- (Fr. 50'016.-- x 0.85) und ab 16. April 2014

auf rund Fr. 28'117.-- (Fr. 33'079.-- x 0.85). 7.8

Für den Zeitraum vom 1.

November

2011 bis 16. April

2014 ergibt der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 37'512.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 42'514.-- keine Einkommenseinbusse und damit einen Invaliditätsgrad von 0 %.

Ab 16. April

2016 ergibt der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 37'512.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 28'117.-- eine Einkommenseinbusse von Fr. 9'395.-- und damit einen Invaliditätsgrad von 25 %.

Da der Versicherte Teilerwerbstätiger in einem Pensum von 60 % ohne Aufgabenbereich ist, ist der ermittelte Invaliditätsgrad proportional um den Faktor des Pensums zu gewichten (vorstehend E. 7.2), was einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 15 % (25 % x 0.6) ergibt.

Folglich hat der Versicherte

keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung.

Dementsprechend ist die angefochtene Verfügung aufzuheben mit der Feststellung, dass der Versicherte keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 8 .

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