

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00509 vom 29. Oktober 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00509

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00509 du 29 octobre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00509 del 29 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All ge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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. 1.2

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. 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. 1.4.1

hiervor) vorliegt, welche zur revisionsweisen Aufhebung der seit Dezember 2000 ausgerichteten ganzen Rente berechtigte. Diese Frage beurteilt sich durch einen Vergleich der Gegebenheiten anlässlich der erstmaligen (aus psychischen Gründen erfolgten)

Rentenzusprache im Jahr 2002 (Urk. 6/35) mit den Verhältnissen zum Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 29. März 2016 (Urk. 2). Davon geht auch der Beschwerdeführer aus (Urk. 1 S.

E. 1.4.2

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_297/2016 vom 7. April 2017 E. 2.2, nicht publiziert in: BGE 143 V 77, aber in SVR 2017 IV Nr. 51 S. 152).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.6

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).

E. 2

Gegen die Verfügung vom 29. März 2016 erhob X.____ am 2. Mai 2016 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, ihm sei die ganze Invalidenrente

weiterhin auszurichten. Die IV-Stelle ersuchte in ihrer Beschwerdeantwort vom 7. Juni 2016 (Urk. 5) unter Hinweis auf die von ihr eingereichten Akten (Urk. 6/

1-96) um Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 8. Juni 2016 (Urk. 7) angezeigt wurde. Mit Eingabe vom 17. Januar 2018 (Urk. 10) reichte er die Berichte des Z.____, Herzzentrum, vom 14. und 22. Dezember 2017 (Urk. 11/1-2) zu den Akten. Da von

wurde der IV-Stelle am 19. Januar 2018 (Urk. 12) Kenntnis gegeben. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, gemäss aktueller Einschätzung der Gutachter der MEDAS Y.____ habe beim Beschwerdeführer vor allem im psychischen Bereich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes stattgefunden. Spätestens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung vom Juli 2015 sei ihm eine angepasste, körperlich leichte Tätigkeit ohne Exposition zu atemwegsreizenden Stoffen zu 100 % zumutbar. Dadurch ergebe sich neu ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 9 %,

was zur Aufhebung der bisher ausgerichteten ganzen Rente führe. Berufliche Wiedereingliederungs massnahmen seien dem Beschwerdeführer angeboten, aber mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit nicht weitergeführt worden.

E. 2.2

Dem hielt der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift entgegen (Urk. 1 S. 4 ff.), seit der Rentenzusprache habe sich sein psychischer Gesundheitszustand nicht verbessert, leide er doch nach wie vor an schweren Depressionen. In physischer Hinsicht habe sich sein Gesundheitszustand zufolge des Herz- und Lungenleidens erheblich verschlechtert. Ein Revisionsgrund liege somit nicht vor. Eine auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbare Leistungsfähigkeit sei nicht gegeben, was auch die Eingliederungsberaterin der Beschwerdegegnerin erkannt habe und durch die Akten medizinisch nicht widerlegt werde. Im Übrigen sei eine revisionsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei Personen, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hätten, grundsätzlich nur nach vorgängiger Durchführung von Eingliederungsmassnahmen zulässig. Auch gemäss Einschätzung des psychiatrischen MEDAS-Gutachters sei eine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr gegeben.

In seiner Eingabe vom 17. Januar 2018 (Urk. 10) brachte der Beschwerdeführer vor, im Gutachten der MEDAS Y.____ seien die darin erwähnten kardialen Diagnosen bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht miteinbezogen worden. Es sei im Rahmen der Begutachtung zu Unrecht von kardiologischen Untersuchungen abgesehen worden, was auch durch die Berichte des Herzzentrums des Z.____ vom 14. und 22. Dezember 2017 bestätigt werde.

E. 3

Streitig und zu prüfen ist, ob eine wesentliche Tatsachenänderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. E.

E. 4

Der erstmaligen Rentenzusprache vom Jahr 2002 lag in medizinischer Hinsicht insbesondere das auf allgemein-internistischen, oto-rhino-laryngologischen und psychiatrischen Untersuchungen beruhende Gutachten der MEDAS Y.____ vom 19. August 2002 (Urk. 6/31) zu Grunde. Darin wurde festgehalten (S. 11 Ziff. 3), der Beschwerdeführer klage in erster Linie über seine psychischen Probleme. Seit dem Tod seiner Mutter im Jahr 1999 fühle er sich immer traurig und niedergeschlagen, besonders am Morgen. Er habe sich schon mehrmals umbringen wollen, wovon ihn nur der Gedanke an seine Familie abgehalten habe. Zugleich sei der Druck am Arbeitsplatz markant angestiegen. Sein Chef habe ihn mehrfach gedemütigt, worauf er so aufgebracht gewesen sei, dass er diesen um ein Haar zusammengeschlagen hätte. Er leide auch unter Schlafproblemen, welche durch eine Überdruck-Luftzufuhr-Maske nicht gelöst worden seien, so dass er diese zurückgegeben habe. Der zunächst schlechte Appetit sei unter der antidepressiven Therapie besser geworden, er verzeichne eine Gewichtszunahme von zirka sieben Kilogramm seit dem Jahr 1999. Seine Libido sei seit dem Jahr 1999 gänzlich erloschen, viele andere Interessen ebenfalls. Sein zweitwichtigstes Gesundheitsproblem seien seit fünf bis sechs Jahren persistierende Schmerzen im rechten Ellbogen, die etwas besser geworden seien seit er nicht mehr arbeite.

Die Gutachter nannten als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zu mutbaren Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode und ein Schlafapnoesyndrom bei wegen Non-Compliance aufgegebener CPAP-Therapie. Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, bestünden nicht (S. 12 Ziff. 4.1-4.2). Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als CNC-Operator und in allen anderen ausserhäuslichen beruflichen Tätigkeiten betrage 30 %, wobei der psychiatrische Befund limitierend sei (S. 13 Ziff. 5.1-5.2; vgl. dazu im Einzelnen das Fachgutachten von Dr. med. Fischer, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Juni 2002, Urk. 6/31/18-23).

E. 5.1

In dem im aktuellen Revisionsverfahren ergangenen polydisziplinären (allgemeinmedizinischen, psychiatrischen und pneumologischen) Gutachten der MEDAS Y.____ vom 15. Juli 2015 (Urk. 6/69/1-22; vgl. auch die Teilgutachten von Dr. med. A.____, FMH Pneumologie, vom 30. Mai 2015 [Urk. 6/69/33-45] und von Dr. med. B.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. Juni 2015 [Urk. 6/69/23-32]) wurde ausgeführt (S. 15 f. Ziff. 3), subjektiv klagt der Beschwerdeführer in erster Linie über seine «psychischen Probleme», welche seit mehr als 20 Jahren bestünden und im Jahr 1999 durch den starken Lärm am Arbeitsplatz akzentuiert worden seien, so dass er es dort nicht mehr ausgehalten habe und psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen müsse. Dank dieser sei es ihm etwas besser

gegangen, bis ihm die Diagnose seiner Herzkrankheit (kombiniertes Mitralvitium) und die entsprechenden Beschwerden im Jahr 2008 erneut stark auf das Gemüt geschlagen hätten. Er spüre einen Lärm im Hinterkopf («wie Hubschrauber»), besonders bei Wetterwechseln, und einen Druck an beiden Augen, für welchen der beizugewonnene Ophthalmologe keine Erklärung gefunden habe. Er sei «total nervös», werde schnell wütend und aggressiv und habe, da bei den «Ausraste-Situationen» sein Gehirn «total lahm gelegt» werde, die grösste Mühe, die Contenance zu bewahren, auch gegenüber Suizidgedanken. Sein Schlaf sei seit Jahren nicht gut, und betrage, seit er die Atem-Überdruckmaske wieder benütze, immerhin sechs bis sieben Stunden pro Nacht. Sein Appetit sei «wechselnd», das Gewicht konstant, obschon er im Mai 2014 das Rauchen aufgegeben habe (2002: 92,5 kg; aktuell 102 kg). Seine Libido sei seit Jahren quasi erloschen, noch mehr, seit er mit Herz- und Atemproblemen zu kämpfen habe. Das zweitwichtigste Gesundheitsproblem des Beschwerdeführers sei «etwas mit der Herzklappe». Seit dem Eingriff vom Juni 2010 (Erweiterung der stenosierten Mitralklappe) gehe es ihm zwar besser, aber er leide immer noch stark an Anstrengungs-Atemnot. Die dritte Klage betreffe die Zuckerkrankheit und die vierte Klage die seit mehr als 20 Jahren vorhandenen Kreuzschmerzen.

Die Sachverständigen stellten folgende Diagnose mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 17 Ziff. 4.1): Multifaktorielle (vor allem Anstrengungs-)Dyspnoe bei Adipositas und Traisingemangel mit - Mischsyndrom von chronisch obstruktiver Pneumopathie und allergischem Asthma bei - mittelschwerer obstruktiver teilreversibler Ventilations- und leichter CO-Diffusions-Störung bei Status nach Nikotinabusus (ICD-10 F17.25) von zirka 50 pack years bis Mai 2014 - allergischer Rhino- und Pneumopathie bei Sensibilisierung auf Hausstaubmilben und Gräserpollen - obstruktivem Schlafapnoesyndrom (Erstdiagnose März 2001, Therapie vom Beschwerdeführer alsbald sistiert, Zweidiagnose Februar 2002, in zwischen mit nächtlicher Atemüberdruckmaske gut behandelt) - mittelschwerer pulmonaler Drucksteigerung bei -

kombiniertem Mitralvitium (Erstdiagnose November 2008) mit normokardem Vorhofflimmern mit Pulsdefizit von zirka 1/4 - Status nach erfolgreicher Mitralvalvuloplastie Juli 2010

Sodann nannten sie folgende Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert (S. 17 Ziff. 4.2): Metabolisches Syndrom, mit Adipositas «simplex» (178

cm / 102

kg, Body Mass Index 32.2) mit Verdacht auf Fettleber, bei mässig erhöhter GPT - Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose Juni 2010, ungenügend behandelt [HbA1c 9.4, normal 4.5-5.7]) - arterieller Hypertonie, gut behandelt - Dyslipidämie, genügend behandelt - Hyperurikämie Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit der Chronifizierung des Status als Rentner mit Neigung zu Aggression (ICD-10 Z73.1), mit weitgehend remittierter rezidivierender depressiver Störung (anamnestisch, ICD-10 F33.4), mit anamnestisch bekannter Panikstörung (ICD-10 F41.0)

Hinsichtlich des beruflichen Leistungsvermögens hielten die Gutachter fest, für die zuletzt bis Januar 2000 ausgeübte Tätigkeit als CNC-Operator bestehe keine Arbeitsfähigkeit, dies ausschliesslich aus pneumologischen Gründen, weil Atemreizende Stoffe nicht zu vermeiden wären (S. 18 Ziff. 5.1). Für eine körperlich leichte Verweistätigkeit ohne Exposition an Atemwegsreizende Chemikalien sowie unter verbesserter Behandlung des Schlafapnoesyndroms und des obstruktiven Anteils der Pneumopathie werde die Arbeitsfähigkeit auf 100 % der Norm veranschlagt (Ziff. 5.2). Die Arbeitsfähigkeit könne durch folgende medizinische Massnahmen verbessert werden: weiterhin Therapie mit nächtlicher Atemüberdruckmaske, eventuell mit Erhöhung der oberen Drucklimite, Einsatz eines antiobstruktiven und antiinflammatorischen Inhalativums, Echokardiographie mit kardiologischer Standortbestimmung, Hinwirken auf Gewichtsreduktion und Ausdauertraining; Weiterführen der psychiatrischen Therapie in der Muttersprache mit drei bis vier jährlichen Konsultationen; optimale Therapie aller Facetten des metabolischen Syndroms (Ziff. 5.3). Die Arbeitsfähigkeitseinschätzung gelte nach vorläufiger Partialbeurteilung ab dem 3. Juli 2015, dem Datum der (vorläufigen) gutachterlichen Schlussbesprechung. Für eine noch besser fundierte Stellungnahme wäre – so die Gutachter – eine kardiologische Verlaufskontrolle mit Messung des Pulmonaldrucks nötig; vermutlich bleibe dies aber ohne notwendige richtunggebende Neubeurteilung (Ziff. 5.4). Die Prognose bezüglich beruflicher Wiedereingliederung sei wegen fehlender Motivation düster. Bezüglich der Gesundheit sei sie vor allem von der optimalen Behandlung aller Atemnotkomponenten und aller Facetten des metabolischen Syndroms abhängig (S. 19 Ziff. 5.5).

E. 5.2

Der langjährig behandelnde Dr. med. C.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem im Vorbescheidverfahren ergangenen Bericht vom 26. Oktober 2015 (Urk. 6/84) folgende Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.11) - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) - Koronare Krankheit - Zustand nach Herzoperation

Er attestierte sowohl für den bisherigen Beruf als CNC-Mechaniker als auch für andere Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und führte aus, der Beschwerdeführer sei wegen seiner Beschwerden in der freien Wirtschaft nicht vermittelbar. Er sei in seiner Stimmung niedergeschlagen, sehr ängstlich, im Antrieb vermindert und lustlos. Nach der

Herzoperation habe er befürchtet, es könnte erneut zu kardialen Problemen (mit Todesfolge) kommen. Aus diesem Grund ziehe er sich sehr stark zurück, lebe in einem regressiven, sozial isolierten Zustand und werde von seinem Sohn und seiner Schwiegertochter unterstützt. Es komme lediglich eine therapeutische Tätigkeit in einer geschützten Werkstatt mit einem 30 % -Pensum in Frage. Der Beschwerdeführer habe stets intensive Ängste, es könnte ihm etwas passieren; daher habe er gegenüber den Gutachtern eine Arbeit in einem Spital erwähnt, wo er bei Bedarf sofort medizinische Hilfe hätte. Die Arbeitsfähigkeit sei wegen seiner Niedergeschlagenheit mit psychomotorischer Verlangsamung, Konzentrationsschwierigkeiten, die viele Fehler verursachten, und wegen seiner Ängste, die ihn in seiner Bewegungsfreiheit einschränkten und den Kontakt mit Mitmenschen und eine Adaptierung fast unmöglich machten, stark eingeschränkt. Infolge von depressiven Beschwerden und Herzproblemen werde er rasch müde und brauche häufige Erholungspausen von unvorhergesehener Dauer.

E. 5.3

Dr. med. D.____, Chefarzt Pneumologie und Innere Medizin, E.____, stellte in seinem ebenfalls im Vorbescheidverfahren ergangenen Bericht vom 27. Oktober 2015 (Urk. 6/85) folgende Diagnosen: - Belastungsluftnot multifaktorieller Genese; Differentialdiagnosen (DD): Asthma bronchiale, COPD, Overlap-Syndrom (ACOS), mitochondriale

Myopathie - Nikotinkonsum bis Oktober 2014 - anamnestisch Allergien auf Katzenhaare und Hausstaubmilben - Valvuläre Herzkrankheit - Status nach Ballonvalvuloplastie bei mittelschwer kombinierten, sternnorddominantem Mitralvitium am 7. Juni 2010, in der Koronarangiografie stenosefreie Koronararterien - Echo 06/2015: LVEF 55 % - Chronisches Vorhofflimmern, Dauerantikoagulation - Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom schweren Grades, Erstdiagnose Februar 2012 - PSG vom 25. Januar 2012: AHI 72/h - Depression

Er führte unter anderem aus, die im Rahmen der Dyspnoeabklärung vom Juni 2015 durchgeführte Spiroergometrie habe eine deutlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit (35 % vom Soll) gezeigt aufgrund einer pulmonalen Ursache, da die Atemreserven deutlich ausgeschöpft worden seien (Breathing reserve <30 %). Die maximale Sauerstoffaufnahme habe 13,96 ml/min/kg betragen. Somit sei eine moderate und schwere körperliche Arbeit wie die eines Maschinisten nicht möglich, Büroarbeiten seien allenfalls noch zumutbar. Eine maximale Sauerstoffaufnahme von weniger als 15 ml/min/kg bedeute jedoch bereits eine Limitation bei der Bewältigung des Arbeitsweges. Weiter habe bereits die in Ruhe durchgeführte arterielle Blutgasanalyse einen hohen Laktat Spiegel gezeigt, so dass als weitere Ursache der ausgeprägten Leistungsintoleranz und muskulären Erschöpfung eine mitochondriale Myopathie diskutiert worden sei. Zur weiterführenden Abklärung werde der Beschwerdeführer für einen spezifischen Belastungstest aufgebeten.

E. 5.4

Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin führte der psychiatrische MEDAS-Gutachter Dr. B.____ am 11. Januar 2016 aus (Urk. 6/89/2-3), Dr. C.____ habe in seinem Bericht vom 26. Oktober 2015 nicht explizit zu seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 8. Juni 2015 Stellung genommen. Namentlich habe er die darin enthaltenen Bemerkungen zu Inkonsistenzen und zu Beobachtungen, die gegen eine Depression oder eine klassische Panikstörung sprächen, nicht gewürdigt. Der behandelnde Psychiater beschreibe die auch im psychiatrischen Teilgutachten dargelegten Beobachtungen und Aspekte, gewichte diese

aber ganz anders und relativiere sie insbesondere nicht durch die ergänzenden Angaben, wie er dies getan habe. Objektiv dürfte der Gesundheitszustand seit Mai 2015 in etwa gleich geblieben sein.

E. 5.5

Nach Einsicht in den Bericht von Dr. D. ___ vom 27. Oktober 2015 hielt der pneumologische MEDAS-Gutachter Dr. A. ___ am 14. Januar 2016 (Urk. 6/89/4-5) insbesondere fest, bezüglich der geplanten Weiterabklärung in Richtung mitochondriale Myopathie habe er von Dr. D. ___ noch keine Auskünfte erhalten. Dies bezüglich sei «schon noch relevant» zu erfahren, ob eine Weiterabklärung erfolgt sei und welche Resultate diese allenfalls ergeben habe. Falls sich keine mitochondriale Myopathie ergebe und die Einschränkung unter anderem auch durch einen Trainingsmangel erklärt werden könne neben der Adipositas, dem Mitralvitium und der obstruktiven Pneumopathie, wäre der Beschwerdeführer aus rein pneumologischer Sicht für körperlich leichte Arbeiten ohne Exposition zu atemwegsreizenden Stoffen normal arbeitsfähig, gegebenenfalls nach einem kardipulmonalen Aufbau-Training. Sollte sich eine mitochondriale Myopathie finden, müsse die Situation noch einmal neu beurteilt werden.

E. 5.6

In dem vom Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren ins Recht gelegten Bericht des Herzzentrums des Z. ___ vom 22. Dezember 2017 (Urk. 11/2) wurde auf kardiologischem Fachgebiet folgende Diagnose gestellt (S. 1): Valvuläre Herzkrankheit - Links-/Rechtskatheteruntersuchung vom 22. Dezember 2017: - Koronarsklerose mit 70-90%iger distaler PLA/RCX-Stenose - schwere Mitralstenose: mittlerer diastolischer Druckgradient 18 mmHg (bei HF = 91 bpm, VHF), KÖF = 0.61 cm² - schwere pulmonale Drucksteigerung, mPAP = 54 mmHg - EF zirka 50% - Status nach Mitralvalvuloplastie am 7. Juni 2010 bei mittelschwerem, kombiniertem, stenosedominantem Mitralvitium - Präinterventionell KÖF 1.2 cm², mittlerer diastolischer Druckgradient 12 mmHg, EF 55%, pulmonale Drucksteigerung: systolischer RV-/RA-Druck 48 mmHg - Postinterventionell (Echo 3. Februar 2011): KÖF 1.5 cm², mittlerer diastolischer Druckgradient 10 mmHg, EF 54%, keine pulmonale Drucksteigerung, knapp mittelschwere Mitralinsuffizienz - Permanentes Vorhofflimmern - CHA2DS2-VASc-Score: 1 Punkt, unter OAK - TTE (14. Dezember 2017): kombiniertes, partiell verkalktes Mitralvitium bei schwerer Stenose (plan korrigierter mittlerer diastolischer Druckgradient = 13 mmHg bei HF 90/min.), mittelschwere bis schwere Insuffizienz, schwer dilatierter linker Vorhof, schwere pulmonale Drucksteigerung, systolischer RV/RA-Gradient 53 mmHg, Vena cava inferior dilatiert (27 mm) mit eingeschränkter Atemvariabilität (RA-Druck zirka 15 mmHg), LVEF 55%

Als Prozedere wurde insbesondere ein Mitralklappenersatz (bei ausstehendem Lungenfunktionstest) genannt (S. 2).

E. 6

Hinsichtlich der rentenaufhebenden Verfügung vom 29. März 2016 (Urk. 2) steht hauptsächlich in Frage, ob zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Y. ___ vom 15. Juli 2015 (vgl. E. 5.1 hiervor) samt ergänzenden Stellungnahmen der Dres. B. ___ und A. ___ vom 11. und 14. Januar 2016 (vgl. E. 5.4-5.5 hiervor) abgestellt werden kann. Darin wurde als Diagnose mit

wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine multifaktorielle (vor allem Anstrengungs-)Dyspnoe anerkannt und für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als CNC-Operator wegen der nicht zu vermeidenden Exposition zu atemreizenden Stoffen ausschliesslich aus pneumologischen Gründen eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Hingegen wurde dem Beschwerdeführer für eine körperlich leichte Verweistätigkeit ohne Exposition zu atemwegsreizenden Chemikalien sowie unter verbesserter Behandlung des Schlafapnoesyndroms und des obstruktiven Anteils der Pneumopathie eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bescheinigt. Gleichzeitig hielten die Gutachter indes

Folgendes fest: «zu einer noch besser fundierten Stellungnahme wäre eine kardiologische Verlaufskontrolle mit Messung des Pulmonaldrucks nötig (vermutlich aber ohne notwendige richtungsgebende Neu Beurteilung)». Der pneumologische MEDAS-Gutachter Dr. A. ___ liess in seinem Teilgutachten vom 30. Mai 2015 (Urk. 6/69/33-36) bei bekannter Herzkrankheit (vgl. Diagnoseliste) denn auch verlauten, in seinem Fachgebiet sei die Arbeitsfähigkeit angesichts des Fehlens aktueller kardialer Angaben «noch nicht schlüssig beurteilbar» (S. 3). Insofern bestand bereits zum Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung vom Sommer 2015 Anlass zu weiteren (kardiologischen) Abklärungen. Weshalb entsprechende Weiterungen in der Folge unterblieben, wurde weder von den MEDAS-Gutachtern noch vom RAD aufgezeigt und lässt sich daher nicht nachvollziehen. Dies gilt umso mehr, als

Dr. A. ___ nach Einsicht in den vom Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren ins Recht gelegten Bericht von Dr. D. ___ vom 27. Oktober 2015 (vgl. E. 5.3 hiervor) mit Stellungnahme vom 14. Januar 2016 (vgl. E. 5.5 hiervor) festhielt, bei Auffinden einer mitochondrialen Myopathie im Rahmen der geplanten Weiterabklärung müsse die Situation noch einmal neu beurteilt werden. Auch diesbezüglich sind keine weiteren Informationen aktenkundig. Hinzu kommt, dass den MEDAS-Sachverständigen offensichtlich verschiedene

Arztberichte vorlagen, die sich nicht in den Akten der Beschwerde befinden (vgl. Gutachten S. 4 f.: Bericht des Z. ___ vom 14. Juni 2010, Bericht der F. ___ vom 8. März 2012 und Bericht des Spitals O. ___ vom 25. Oktober 2012). Sodann ergibt sich aus dem vom Beschwerdeführer aufgelegten Bericht des Herzzentrums des Z. ___ vom 22. Dezember 2017 (vgl. E. 5.6 hiervor) die Diagnose einer valvulären Herzkrankheit mit Indikation für einen Mitralklappenersatz, wobei von einer schweren Mitralklappenstenose und einer schweren pulmonalen Drucksteigerung die Rede ist. Auch wenn dieser Bericht nach Erlass der zeitlichen Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; vgl. auch E. 1.6 hiervor) bildenden Verfügung vom 29. März 2016 (Urk. 2) erging, kann angesichts der geschilderten Unklarheiten nicht unbedenkenhaft auf die im MEDAS-Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer Verweistätigkeit abgestellt werden. Denn aufgrund der vorhandenen Akten ist nicht hinreichend klar, welche Arbeitsleistungen dem Beschwerdeführer im massgebenden Zeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 29. März 2016 trotz seiner somatischen Diagnosen aus medizinischer Sicht noch zumutbar waren. Daher ist der angefochtene Renteneinsatz aufzuheben und die Sache in Nachachtung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Einholung von Administrativ- und Gerichtsgutachten (BGE 137 V 210 E. 4.4.1) zur entsprechenden medizinischen Abklärung im Lichte des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG)

an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dabei wird sie ihre Akten auch mit den im MEDAS-Gutachten erwähnten, aber nicht aktenkundigen Berichten zu ergänzen haben. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

E. 7

Unter diesen Umständen kann zumindest einstweilen offenbleiben, ob in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wie von der Beschwerdegegnerin angenommen eine wesentliche Tatsachenänderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. E. 1.4.1 hiervor) eingetreten ist. Desgleichen erübrigen sich Ausführungen zur von den Parteien ebenfalls kontrovers diskutierten Frage der Zumutbarkeit der Selbsteingliederung trotz zurückgelegtem 55. Altersjahr und über 15jährigem Rentenbezug. Gleichwohl ist darauf hinzuweisen, dass ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen einen Eingliederungswillen beziehungsweise eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraussetzt; fehlt es daran, so entfällt praxisgemäss der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (Urteil des Bundesgerichts 8C_145/2018 vom 8. August 2018 E. 7 mit Hinweisen).

E. 8.1

Die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung gilt rechtsprechungsgemäss für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1, 137 V 57 E. 2.2).

E. 8.2

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dessen Ausgang der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 8.3

Ausgangsgemäss steht dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG und § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) eine Prozessentschädigung zu, welche ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 29. März 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christina Ammann - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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, Schweizerhofquai 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
Der Gerichtsschreiber
Gräub-Sonderegger

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