

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00798 vom 21. Dezember 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00798

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00798 du 21 décembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00798 del 21 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1956, gelernter Mechaniker, zuletzt seit mehreren Jahren arbeitslos, meldete sich am 26. Mai 2015 unter Hinweis auf eine psychische Beeinträchtigung, einen Diabetes mellitus Typ II sowie starke Bauchschmerzen seit einer im Jahr

2007 erfolgten Operation bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (vgl. Urk. 13/3 S. 4 f. Ziff. 5.3-5.4,

Ziff. 6.2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte daraufhin die medizinische und erwerbliche Situation (Urk. 13/7, Urk. 13/9, Urk. 13/12, Urk. 13/15, Urk. 13/17, Urk. 13/19-20) ab.

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 13/23, Urk. 13/27) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 9. Juni 2016 (Urk. 13/31 = Urk. 2) einen Rentenanspruch des Versicherten.

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

).

Das psychische Leiden des Beschwerdeführers konnte durch die von April bis Oktober 2015 in der E.____ erfolgte tagesklinische Behandlung soweit stabilisiert werden, dass die affektive Störung mehrheitlich remittierte und gegenwärtig nur noch eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) diagnostiziert werden konnte. Dementsprechend wurde bei Austritt auch ein unauffälliger psychopathologischer Befund erhoben (vgl. Urk. 13/17 S. 2 Ziff. 1.4). Die Ärzte der E.____

erachteten dabei die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers als hauptsächlich vom somatischen Befund abhängig und konnten

aktuell keine psychischen Einschränkungen feststellen. Lediglich die geistige Konzentration wurde als leicht beeinträchtigt angesehen, wobei auch ein gelegentliches Grübeln festgehalten wurde (vgl. Urk. 13/17 S. 2 f. Ziff. 1.4, Ziff. 1.7).

Hinsichtlich des diagnostizierten Diabetes mellitus Typ II konnte

eine sehr gute Blutzuckereinstellung verzeichnet und auch das Übergewicht des Beschwerdeführers konnte dank Ernährungsumstellung stark reduziert werden (vgl. Urk. 13/9/5-6 S. 2; Urk. 13/12/7-8 S. 1). Aus somatischer Sicht steht

beim Beschwerdeführer

denn auch nicht das metabolische Syndrom, sondern eindeutig der Unterbauchschmerz im Vordergrund, aufgrund dessen bereits mehrere laparoskopische und endoskopische Eingriffe erfolgten. Obwohl im Frühjahr 2015 gestützt auf die MRI-Befunde festgehalten wurde, dass abgesehen von einigen unspezifischen Befunden keine Pathologie vorliege (vgl. Urk. 13/15/6-7 S. 1; vgl. auch Urk. 13/12/7-8 S. 1 f.), erfolgte im November 2015 erneut eine diagnostische Laparoskopie und Adhäsiolese. Zwei Monate nach dieser Operation wurde ein erfreulicher Verlauf verzeichnet und der Beschwerdeführer zeigte sich mit dem Operationsergebnis zufrieden. Dabei wurde auch erwähnt, dass der weitere Verlauf nun zeigen werde, ob dies nachhaltig sei (vgl. Urk. 13/19/6-7 S. 1 f.; vgl. auch den Operationsbericht vom 13. November 2015, Urk. 13/19/10-11). 4.2

Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht sind indessen nicht die Diagnosen und deren Anzahl entscheidend, sondern die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 127 V 294; Urteil des Bundesgerichts 9C_526/2014 vom 3. Dezember 2014 E. 5.1). Hierzu äusserten sich vorliegend lediglich der behandelnde Hausarzt Dr. D.____ sowie die Ärzte der E.____.

Insbesondere Dr. F.____, welcher im November 2015 die erneute Laparoskopie und Adhäsiolese

durchführte, nahm keine entsprechende Beurteilung vor, sondern hielt einzig einen erfreulichen Verlauf fest, wobei der weitere Verlauf zeigen werde, ob dies nachhaltig sei (vgl. Urk. 13/19/6-7 S. 2). Soweit die RAD-Ärztin Dipl.-Med. G.____

aus einer Schmerzfreiheit des Beschwerdeführers ableitete, dass der Chirurg keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr gesehen habe (vgl. Urk. 13/22 S. 4), lässt sich dies dem besagten Bericht nicht entnehmen. Im Übrigen gab der Beschwerdeführer lediglich an, dass die Schmerzen im rechten Mittelbauch nicht mehr existent seien, er allerdings gelegentlich noch Schmerzen im linken Mittelbauch habe, aber deutlich weniger als präoperativ. Gelegentlich habe er auch eine Schwellung im Bereich des Zugangs der Laparoskopie im rechten Mittelbauch bemerkt mit einem damit verbundenen Brennen (vgl. Urk. 13/19/6-7 S. 1 unten). Eine komplette Beschwerdefreiheit

lag demzufolge auch zu diesem Zeitpunkt nicht vor.

Auf die durch Dr. D.____ vorgenommene Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig und eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund seines Berufs, der Arbeitssituation und des polymorbiden Zustands nicht möglich sei (vgl. Urk. 13/12/7-8 S. 2; Urk. 13/20/4-5 S. 1), kann sodann mangels Plausibilität und Nachvollziehbarkeit nicht abgestellt werden.

So

können seinen Bericht en

weder eine eigene Befundaufnahme noch

die tatsächlich vor handenen Einschränkungen in einer Arbeitstätigkeit

entnommen werden. Zu dem berücksichtigte er bei s einer Einschätzung auch invaliditätsfremde Faktoren wie den Beruf des Beschwerdeführers und die allgemeine Arbeitssituation. Der Um stand, dass er wiederholt die Berentung des Beschwerdeführers forderte (vgl. Urk. 13/12/7-8 S. 2; Urk. 13/20/4-5 S. 1 f.), lässt ferner fraglich er scheinen, ob die zur Objektivität der Beurteilung erforderliche Distanz gegeben ist. Für eine infauste Prognose liegen schliesslich entgegen seiner Beurteilung (vgl. Urk. 13/20/4-5 S. 1 Ziff. 3.3) nach Lage der Ak ten keinerlei An haltspunkte vor, konnte doch gerade kein pathologischer Befund erhoben werden.

Auch die Einschätzung

der Ärzte der E.____

stellt keine verlässliche Beurteilung sgrundlage dar. So erachteten sie den Beschwerdeführer aus psy chi atrischer Sicht initial als zu lediglich 30-50 % arbeitsfähig, erhoben allerdings einen vollkommen unauffälligen psychopathologischen Befund und hielten ausdrücklich fest, dass aktuell keine psychischen Einschränkungen vorlägen (vgl. Urk. 13/17 S. 2 f. Ziff. 1.4, Ziff. 1.7). Eine derart hohe Arbeitsunfähigkeit einzig aufgrund der psychischen Beschwerden ist somit weder plausibel noch nach vollziehbar. Dabei gilt es ausserdem darauf hinzuweisen, dass der diagnos tizierten leichten depressiven Episode rechtsprechungsgemäss grundsätzlich keine invali di sie rende Wirkung zukommt (vgl. statt vieler BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteile des Bundesgerichtes 9C_337/2015 vom 7. April 2016 E. 4.4.1 und 9C_836/2014 vom 23. März

2015 E. 3.1).

Im Übrigen

nannten die Ärzte der E.____ auch psychosoziale Faktoren wie beispielsweise finanzielle Probleme durch die Arbeits losigkeit und eine erschwerte Stellensuche aufgrund der somatischen Beschwerden (vgl. Urk. 13/17 S. 1 f. Ziff. 1.1, Ziff. 1.4), welche es bei der Beurteilung der verbliebenen Arbeitsfäh igkeit auszuklammern gilt (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteile des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 2 8. Juni

2012 E. 3.2 und 8C_730/2008 vom 2 3. März

2009 E. 2).

Auch das nachfolgende Schrei ben der Ärzte der E.____ , wonach der Beschwerdeführer derzeit auf grund der somatischen und psychischen Beschwerden zu 100 % arbeitsunfähig sei (vgl. Urk. 3 = Urk. 13/26), stellt keine beweiskräftige Entscheidungsgrund lage dar. Insbesondere lässt sich darin infolge fehlende r Befundaufnahme keine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers erkennen, wobei die psychiatrischen Fachärzte der E.____ überdies nebst den psychi schen Beschwerden auch die somatischen und damit fachfrem den Beschwerden in die Beurteilung miteinbezogen .

Soweit

die Beschwerdegegnerin

– der reinen Aktenbeurteilung

der

RAD -Ärztin Dipl.-Med. G. ___ folgend

– davon ausging, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Betriebsmechaniker nicht mehr arbeitsfähig und ihm eine behinderungsangepasste körperlich leichte Tätigkeit in Wechselbelastung hingegen vollschichtig zumutbar sei (vgl. Urk. 2 S. 2), liegt dieser Einschätzung demnach keine verlässliche medizinische Beurteilung zugrunde. 4.3

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer durchaus Diagnosen gestellt wurden, bei welchen eine Arbeitsunfähigkeit sowie ein invali disierender Gesundheitsschaden nicht von vornherein ausgeschlossen werden können . Für die Beurteilung der aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht massgebenden Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit liegt indessen keine verlässliche medizinische Einschätzung vor, weshalb sich die vorliegende Aktenlage für die abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs in Bezug auf den medizinischen Sachve rhalt als unzu länglich erweist. Dass eine versicherungsrechtlich relevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestehen könnte, ergibt sich nicht zuletzt aus dem Hinweis auf das neu festgestellte Vallecula -Karzinom (vgl. Urk. 21).

Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und die Sache an die Besch wer degegnerin zurückzuweisen , damit diese nach ergänzender Abklärung in geeigneter Weise, wobei auch das im Rahmen des Beschwerdeverfahrens geltend gemachte Vallecula -Karzinom (vgl. Urk. 21) miteinzu be ziehen sein wird, eine neue Beurteilung vornehme und über den Leistungsanspruch des Be schwer deführers neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5. 5.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 6 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Aus gang des Verfah rens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuer legen. 5.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwal tung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Die Prozessentschädigung ist gemäss Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 GSVGer – ohne Rücksicht auf den Streitwert – nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemessungskriterien und beim ab 1. Januar 2015 für die in einer Rechtsschutzversicherung tätigen Juristen ge richtsüblichen Stundenansatz von Fr. 185.-- ist die Prozessen tschäd igung vor liegend auf Fr. 1'0 00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 9. Juni 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der

Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG - 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Meierhans

E. 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 Beurteilung 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).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der 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).

E. 1.5

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in

der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 7. Juli

2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 9. Juni

2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ein Invaliditätsgrad von 100 % , eventuell von 74 % , festzustellen und das Leistungsbegehren entsprechend gutzuheissen . Eventuell sei die Sache für weitere Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urk. 1 S. 1). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 8. September

2016 (Urk. 12) die Abweisung der Beschwerde. Am 24. Oktober 2016 reichte der Beschwerdeführer eine weitere Stellungnahme (Urk. 18) ein, welche der Beschwerdegegnerin am 22. November 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 19). Gleichentags reichte der Beschwerdeführer ein an die Beschwerdegegnerin versandtes Schreiben zur Kenntnisnahme ein (vgl. Urk. 20-21) . 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 dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Betriebsmechaniker nicht mehr zumutbar sei. In einer beziehungsweise angepassten körperlich leichten Tätigkeit in Wechselbelastung sei er hingegen seit Januar

2016 zu 100 % arbeitsfähig. Nach Vornahme des Einkommensvergleichs und unter Berücksichtigung eines leistungsbedingten Abzuges von 10 % resultiere ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 13 % (S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, die Ärzte würden ihm seit mehreren Jahren eine nachhaltige 100%ige respektive eine mindestens 70%ige Arbeitsunfähigkeit attestieren. Der Rentenanspruch sei ausgemessen. Trotz des teilweise illiquiden Sachverhaltes sei keine Begutachtung vorgenommen worden (Urk. 1 S. 7; Urk. 18 S. 2).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. 3. 3.1

Dem Schreiben vom 9. Februar

2012 (Urk. 13/9/5-6) von

Dr. med. Z.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Endokrinologie-Diabetologie, Spital A.____, sind folgende Diagnosen zu entnehmen (S. 1): - metabolisches Syndrom - Diabetes mellitus Typ II, Erstdiagnose (ED) September 2011 - Dyslipidämie - Übergewicht - arterielle Hypertonie - hypertensive Herzkrankheit -

c hronischer Nikotinkonsum - Status nach chronischem Alkoholkonsum bis September 2011 - c hronisches Ekzem der Unterschenkel beidseits - Differentialdiagnose (DD): Prurigo , Exsikkations-Ekzem

Der Beschwerdeführer sei im Oktober

2011 zur Einstellung des diagnostizierten Diabetes mellitus Typ II hospitalisiert gewesen . Am 17. April

2012 habe er einen erneuten Termin bei der Diabetesberatung. Bei stabilem Verlauf werde die Behandlung abgeschlossen (S. 2). 3.2

Am 10. März 2015 informierte Prof. Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie, Spital C.____, über die erfolgte Magnetresonanztomographie (MRI) des Abdomens. Danach liege abgesehen von unspezifischen Befunden (Nierenzysten, kleine axiale Hiatushernie , grössenstationäre 9 mm grosse zystische Läsion im kaudalen Pankreaskopf) keine Pathologie vor . Insbesondere seien die Befunde an der Abdominalwand unauffällig und es bestünden keinerlei Passagestörungen im Bereich des Gastrointestinaltraktes als mögliche Folgen von Adhäsionen. Dem Beschwerdeführer könne daher keine Behandlung mehr angeboten werden (Urk. 13/15/6-7 S. 1). 3.3

Der behandelnde Hausarzt Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte mit Bericht vom 19. Juni 2015 (Urk. 13/12/7-8) die folgenden - gekürzt aufgeführten - Diagnosen (S. 1): - unklare rezidivierende heftigste beidseitige Unterbauchschmerzen - Adipositas - arterielle Hypertonie - Diabetes mellitus Typ II - Nikotinabusus - Status nach Alkoholabusus - Dupuytren - Kontraktur Dig . V linke Hand

Der Beschwerdeführer habe eine relativ gute Compliance. Er halte sich strikt an die Diät und nehme die Medikamente ein. Die Blutzuckereinstellung sei sehr gut . Die Bauchschmerzen seien chronisch und immer wieder auftretend. Der Beschwerdeführer habe eine gespannte Bauchdecke und einen vorgewölbten Bauch ohne Aszites und ohne Pathologie im Innern. Sowohl anlässlich des Ultraschalls als auch der Computertomographie hätten keine pathologischen Befunde erhoben werden können . Mit den erfolgten

laparoskopischen und endoskopischen Operationen habe keine wesentliche Besserung der Schmerzen erreicht werden können.

Die Schmerzen seien glaubhaft. Die Prognose sei schwierig, wobei die Schmerzen wahrscheinlich nicht reduziert werden könnten . Nach mehreren chirurgischen Untersuchungen könne keine andere Behandlung mehr angeboten werden. Der Beschwerdeführer finde in der jetzigen Arbeitssituation keine Beschäftigung und sei entsprechend demotiviert . Er sei seit Monaten zu 100 % arbeitsunfähig.

Durch die körperlichen und psychischen Einschränkungen sei ihm keine Tätigkeit zumutbar. Ihm müsse eine ganze Rente gewährt werden (S. 1 f.). 3.4

Die Ärzte der E.____ führten mit Bericht vom 27. Oktober

2015 (Urk. 13/17) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 1 Ziff. 1.1): - mittelgradige depressive Episode bei Eintritt, gegenwärtig noch leichte depressive Episode (ICD-10 F32.1), schleichend seit zirka Frühjahr 2012 - Probleme durch Arbeitslosigkeit seit September 2010 - im Jahr 2007 und nachfolgend mehrere

Bauchoperationen (Divertikel und Komplikationen) mit Schmerzen . Dies könne fachpsychiatrisch nicht detailliert beurteilt werden.

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Diabetes mellitus (S. 1 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer sei vom 27. April bis 16. Oktober 2015 in der Tagesklinik behandelt worden , wobei wöchentliche Einzelgespräche stattgefunden hätten. Nach dem Austritt werde er ambulant weiter behandelt (S. 1 f. Ziff. 1.2,

Ziff. 1.5). In der bisherigen Tätigkeit als Betriebsmechaniker

sei er während dieser Zeit zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (S. 2 Ziff. 1.6). Der Beschwerdeführer sei vor allem durch die somatische Problematik beeinträchtigt. Aktuell bestünden keine psychischen Einschränkungen. Als geistige Einschränkung sei eine leicht beeinträchtigte Konzentration sowie ein gelegentliches Grübeln zu erwähnen. Aus psychiatrischer Sicht sei er mindestens teilweise arbeitsfähig.

Aufgrund der raschen Verunsicherung durch die somatischen Einschränkungen sei er allerdings nur reduziert belastbar. Eine

vollständige Arbeitsfähigkeit bestehe nicht . Die Einschätzung der somatischen Beeinträchtigungen könne nicht abschliessend vorgenommen werden. Aus psychiatrischer Sicht sei die bisherige sowie eine angepasste Tätigkeit initial zu zirka 30-50 % zumutbar ; dies mit möglicher Steigerung (S. 2 f. Ziff. 1.4, Ziff. 1.7). 3.5

Mit Bericht vom 12. Januar

2016 (Urk. 13/19/6-7) führte Dr. med. F.____ , Facharzt für Chirurgie, Spital C.____ , folgende Diagnosen auf (S. 1): - chronische abdominale Schmerzen bei : - Status nach laparoskopischer

Rektosigmoidresektion und Adhäsionslyse am 1. Februar

2006 bei rezidivierender Sigmadivertikulitis (Spital A.____) - Status nach endoskopischer präperitonealer Netzplastik (Totalendoprothese , TEP , beidseits) am 13. März 2007 - Status nach Laparoskopie mit Adhäsionslyse und Anastomosenresektion bei funktioneller Kolonenstose proximal des Descendostomie am 8. Januar 2010 - Status nach laparoskopischer intraperitonealer Onlaynetzplastik bei rezidiv Narbenhernie am 20. Juni 2013 - Status nach diagnostischer Laparoskopie, Lösen von Netzverankerungen auf Höhe des Umbilicus links und rechts am 9. Januar 2014 - Status nach Laparoskopie, komplexe Adhäsionslyse am 12. November 2015

Als Nebendiagnosen nannte er eine Adipositas, eine arterielle Hypertonie, einen Diabetes mellitus Typ II, einen Nikotin- sowie Ethylabusus , eine Dupuytren -Kontraktur Dig . V der linken Hand sowie einen Verdacht auf einen Colonic irritable (S. 1). Es sei zwei Monate nach erneuter diagnostischer Laparoskopie und Adhäsionslyse

ein erfreulicher Verlauf festzuhalten. Der Beschwerdeführer sei mit dem Operationsresultat bisher zufrieden. Der Verlauf werde zeigen, ob dies nun nachhaltig sei . Der Fall werde abgeschlossen, wobei der Beschwerdeführer bei erneuten Beschwerden wieder zugewiesen werden könne (S. 2). 3.6

Dem Bericht von Dr. D.____

vom 10. März 2016 (Urk. 13/20/4-5)

ist zu entnehmen, dass keine neuen Aspekte vorlägen. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei aufgrund seines Berufs, der Arbeitssituation und des polymorbiden Zustandes nicht möglich. Der Beschwerdeführer sei zu 100 %

arbeitsunfähig und brauche eine Rente. Die Prognose sei infaust und ver schlech tere sich eher . Im Sinne der Gesamtsituation müsse ihm eine ganze Rente gewährt werden (S. 1 f.).
3.7

Mit Stellungnahme vom 21. März 2016 erachtete Dipl.-Med.

G.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie für Prävention und Gesundheitswesen, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), die Angaben zur Arbeitsunfähigkeit als unvollständig, wobei diese zudem erheblich voneinander abweichen würden. Es sei nachvollziehbar, dass die bisherige schwere Tätigkeit als Betriebsmechaniker

aufgrund der körperlichen Einschränkungen nicht mehr sinnvoll sei. In einer angepassten körperlichen leichten Tätigkeit in Wechselbelastung sei der Beschwerdeführer hingegen vollständig arbeitsfähig. Dies auch vor dem Hintergrund, dass er motiviert sei, zu arbeiten (vgl. Urk. 13/22 S. 3 f.). 3.8

Dem Schreiben der Ärzte der E.____ vom 28. April 2016 (Urk. 3 = Urk. 13/26) ist zu entnehmen, dass aufgrund der somatischen und psychischen Beschwerden derzeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werde. In Zukunft sei von einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 30 % auszugehen, welche nicht mehr in der angestammten Tätigkeit wahrnehmbar sei. 4. 4. 1

Den vorliegenden Arztberichten ist in diagnostischer Hinsicht eine seit zirka Frühling 2012 bestehende - gegenwärtig leichte - depressive Episode, chronische abdominale Schmerzen bei Status nach mehreren Operationen, ein Diabetes mellitus Typ II, eine Adipositas, eine arterielle Hypertonie, ein Nikotin- und Ethylabusus, eine Dupuytren-Kontraktur Dig. V der linken Hand sowie ein Verdacht auf ein Colon irritabile zu entnehmen (vgl. Urk. 13/9/5-6 S. 1; Urk. 13/12/7-8 S. 1; Urk. 13/15/6-7 S.

1; Urk. 13/17 S. 1 Ziff. 1.1; Urk. 13/19/6-7 S. 1; Urk. 13/20/4-5 S. 1 Ziff.

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).

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