

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00352 vom 3. April 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-04-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00352

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00352 du 3 avril 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00352 del 3 aprile 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 Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zu dem 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 IVG Versicherte, die: a.

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

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

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

E. 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 ausgeglichener 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorkenntnisse (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 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

Der Versicherte erhob am 23. März 2017 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 21. Februar 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2012 zumindest eine Dreiviertelrente zuzusprechen (S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 9. Juni 2017 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Am 10. Juli 2017 wurde die PV-Promea zum Prozess beigelegt (Urk. 8). Mit Eingabe vom 7. September 2017 beantragte diese die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (Urk. 11). Die IV-Stelle verzichtete am 25. September 2017 auf eine Stellungnahme (Urk. 14). Mit Eingabe vom 28. September 2017 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (Urk. 15). Dies wurde der IV-Stelle zur Kenntnis gebracht (Urk. 16). Am 20. Dezember 2017 (Urk. 17) reichte der Beschwerdeführer weitere Arztberichte (Urk. 18/1-3) zu den Akten. Mit Schreiben vom 16. Januar 2018 verzichtete die IV-Stelle auf eine Stellungnahme (Urk. 21). Die Beigeladene hielt mit Eingabe vom 8. Februar 2018 (Urk. 23) an ihrem Antrag fest. Die jeweiligen Eingaben wurden den Gegenparteien am 12. Februar 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 24).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf ihre Abklärungen davon aus, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Schlosser nicht mehr arbeiten könne (S. 1). Eine leichte bis knapp mittelschwere Tätigkeit könne er jedoch unter Berücksichtigung einer 20%igen schmerzbedingten Leistungsminderung zu 80 % ausüben. Gestützt darauf errechnete sie einen Invaliditätsgrad von 36 % (S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt dem beschwerdeweise (Urk. 1) entgegen, die IV-Stelle dürfe von einem versicherungsextern eingeholten Gutachten nicht abweichen, ohne sich hierfür zumindest auf eine fachärztliche Meinungsäusserung etwa des RAD zu stützen (S. 4 f.). Die Gutachter hätten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit angestammt und angepasst attestiert. Auf Ergänzungsfragen hätten die untersuchenden Gutachter ihre attestierten Arbeitsunfähigkeiten bestätigt, wo bei Dr. A.____ ergänzt habe, er könnte sich bei guter Motivation des Beschwerdeführers eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis 100 % vorstellen (S. 5). Die IV-Stelle habe sich bei ihrer Entscheidung auf die Beurteilung durch die

RAD-Ärztin B.____ gestützt, die eine Fachärztin für Allgemeine Medizin/Prävention und Gesundheitswesen sei. Dies reiche nicht aus, um ein Abweichen von versicherungsextern eingeholten Gutachten zu rechtfertigen, da nicht ein gleicher Fach arzt titel vorliege wie bei den kritisierten Gutachtern (S. 5 f.). Auch inhaltlich vermöge die Meinung von Dr. B.____ nicht zu überzeugen. Es sei vom gemäss Vorbescheid errechneten IV-Grad auszugehen (S. 6 ff.).

E. 2.3

Die Beigeladene führte in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin aus, es müsse von der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der medexperts-Gutachter aus rechtlicher Sicht abgewichen werden. Es sei von einer 100%igen Arbeitsfähig keit in angepasster Tätigkeit auszugehen (Urk. 11).

E. 2.4

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

E. 3.1

Die Ärzte der Z.____ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 7. Dezember 2015 (Urk. 7/138/2-47) gestützt auf die Untersuchungen des Be schwerdeführers vom 29. Oktober und 2. November 2015 sowie die Akten. Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 47): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - persistierender Zwerchfellhochstand rechts unklarer Ätiologie - Status nach offener Zwerchfellraffung rechts am 14. Februar 2013 - persistierende restriktive Ventilationsstörung mittelschweren Grades - persistierende Diffusionsstörung mittelschweren Grades, korrigiert auf das ventilierte Alveolarvolumen normale CO-Diffusionskapazität - Status nach Aortenklappenendokarditis mit - mechanischem Aortenklappenersatz und Patch-Versorgung an der aorto-mitralen Kontinuität am 18. Oktober 2011 - normale Funktion der mechanischen Aortenklappe - normale Auswurfsfraktion - normale Koronararterien (Koronarographie August 2012) - orale Dauerantikoagulation mit Marcoumar - Endokarditisprophylaxe nach orangem Merkblatt lebenslang

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie folgende (S. 47): - Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) - depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4) - Adipositas Grad I - Verdacht auf Pseudothrombozytopenie - unklare GOT-, GPT-Erhöhung, seit 2012 bekannt - serologisch und klinisch keinerlei Hinweise für Polymyositis

Der psychiatrische Gutachter Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte aus, der Beschwerdeführer sei während des Ge sprächs stets wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Es hätten keine Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, keine Gedächtnis- oder Merkfähigkeitsstörungen ausgemacht werden können . Inhaltlich seien k eine ab normen Ängste , Vermeidungsstrategien oder ungewöhnliche Befürchtungen zum Vorschein gekommen. Der Beschwerdeführer sei i nhaltlich stark auf sein Leiden und Schmerzen konzentriert gewesen . Bezüglich der Schilderung seiner Beschwerden und deren Wertung habe es im Gespräch w idersprüchliche Aussa gen gegeben. Affektiv sei der Beschwerdeführer während der

Gesamtdauer des Gesprächs leicht dysphorisch und klagsam gewesen. Er habe einen enttäuschten, unzufriedenen, leicht verbitterten Eindruck gemacht. Nachdem er nicht mehr als Schlosser arbeiten könne, habe man ihn als Hilfsarbeiter einsetzen wollen, was für ihn eine grosse Kränkung und Zumutung gewesen sei (S. 41).

Für jede Art von möglicher beruflicher Tätigkeit habe er eine Begründung gehabt, wieso diese unmöglich sei und abgelehnt werde. Der Beschwerdeführer berichte, dass er wegen seiner Nervosität im Jahr 2013 eine Psychiaterin aufgesucht habe. Er habe jede Woche oder alle zwei Wochen einen Termin bei ihr. Die Psychiaterin spreche allerdings kein serbisch, weshalb die Therapiegespräche auf Deutsch stattfänden, wobei er selber kein Deutsch könne. Die Praxisgehilfin könne serbisch, so dass sie im Bedarfsfall zu Hilfe gerufen werde (S. 42 oben). Die Ausprägung der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei leicht (S. 43 f.). Es bestünden psychosoziale Faktoren, die es abzugrenzen gelte. Der Beschwerdeführer sehe sich als Opfer der Umstände. Seine Motivation für eine berufliche Umschulung beziehungsweise Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit sei schwach. Es sei auch der Eindruck entstanden, dass er seine Beschwerden verdeutliche oder sogar bewusst aggraviere, um seine Erwartung zu kommunizieren (S. 44 oben). Im Gespräch hätten sich mehrmals Diskrepanzen bei den Aussagen des Beschwerdeführers bezüglich seiner Beschwerden gefunden. Die festgestellten gesundheitlichen Probleme im psychischen Bereich seien für die Arbeitsfähigkeit nicht von erheblicher Bedeutung. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf Grund dieser Beschwerden allein sei nur leicht (S. 45 oben).

Die chronische Schmerzstörung beeinträchtige seine Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen kaum. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung sei uneingeschränkt. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien minim beeinträchtigt. Die Durchhaltefähigkeit sei leicht eingeschränkt (S. 45 Mitte).

Als Schlosser sei der Beschwerdeführer zu 80 % arbeitsfähig. Die Reduktion sei Folge der Irritation durch die Schmerzen und der dadurch verursachten Ablenkung und leicht erhöhten Zeitaufwand. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit sei auf den 17. Oktober 2011 (Herzoperation) zu legen. Dies gelte für jede körperlich zumutbare Tätigkeit (S. 45 f.).

Der kardiologische Gutachter

Dr. med. A.____, Facharzt für Kardiologie, führte aus (Urk. 7/138/57-59), anhand der aktuellen Untersuchung sei der Beschwerdeführer sehr gut kardial behandelt. Unklar sei, warum er in der Sprechstunde immer tachykard gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe nach der Herzoperation eine primär erfolgreiche Rehabilitation gehabt, habe aber dennoch seine Arbeit nie mehr aufnehmen können. Die Zwerchfelloperation habe subjektiv wenig gebracht (S. 2). Im Anschluss an die Aortenklappenendokarditis

und die Herzoperation 2011 sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig gewesen. Im Beruf als Schlosser mit schwerer körperlicher Arbeit sei aus rein kardiologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % zu postulieren, wo bei insbesondere Tragen von schweren Lasten und strenge körperliche Arbeit und Arbeit mit Verletzungsmöglichkeiten (wegen Blutverdünnung) zu vermeiden seien. In einer adaptierten Tätigkeit ohne Heben schwerer Lasten und ohne grössere Verletzungsgefahr bei Blutverdünnung sei eine Arbeitsfähigkeit zu 50 % möglich. Diese Angaben würden seit Anschluss an die Rehabilitation gelten (S. 3).

Die pneumologische Gutachterin Dr. med.

D.____, Fachärztin für Pneumologie und für Allgemeine Innere Medizin, führte aus (Urk. 7/138/66-69) , der Beschwerdeführer beklage aktuell chronische Schmerzen im Bereich der Thorakotomienarbe und der rechten Thoraxseite . Zudem bestehe auch eine gewisse Anstrengungsdyspnoe bis Ruhedyspnoe bei Rücken- und linker Seitenlage. Der Schlaf sei durch die Symptomatik ausserordentlich stark eingeschränkt (S. 1 f.) . Nach klinischem Untersuchungsbefund und Bodyplethysmographie hielt die Gutachterin bei etwas eingeschränkter Kooperation, schmerzbedingt, eine mittelschwere restriktive Ventilationsstörung und eine mittelschwer reduzierte Co-Diffusionskapazität fest, die jedoch auf das ventilierte Alveolärvolumen normal sei. Auch ein Röntgen der Thorax wurde durchgeführt. Die Zwerchfellraffung im Jahre 2013 habe nicht das gewünschte Resultat erbracht . Der Zwerchfellhochstand sei verblieben sowie auch die restriktive Pneumopathie. Von den Beschwerden her habe der Beschwerdeführer profitiert, doch bestünden nach wie vor eine Anstrengungs- bis Ruhedyspnoe und thorakale Schmerzen (S. 2). Aus pneumologischer Sicht sei der Beschwerdeführer sicherlich mittelschwer in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Mit der oben beschriebenen pulmonalen Einschränkung sei der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit als Schlosser zu 50 % eingeschränkt ab 2011. In einer körperlich kaum belastenden Tätigkeit mit häufigen Pausen werde die Arbeitsfähigkeit auf 60 % eingeschätzt (S. 3 oben) . Betreffend Zwerchfellhochstand seien die therapeutischen Massnahmen bereits ausgeschöpft worden. Eine Inhalationstherapie bringe in dieser Situation leider nichts. Eine körperliche regelmässige Bewegungstherapie zur Verbesserung der Kondition und der physischen Belastbarkeit wäre sinnvoll (S. 3 Mitte) .

Polydisziplinär seien bezüglich der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Schlosser die kardiologische und pneumologische Beurteilung führend. Die Arbeitsfähigkeit betrage somit 50 % bezogen auf ein 100%iges Pensum seit der Herzoperation im Oktober 2011 (S. 51 f.).

Die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit sei aus kardiologischer Sicht zu 50 %, aus pneumologischer Sicht zu 60 % und aus psychiatrischer Sicht zu 80 % möglich . Polydisziplinär sei deshalb von einer 50% igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 52 Mitte).

E. 3.2

Dr. med. E.____, Facharzt für Anästhesiologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 14. Dezember 2015 Stellung (Urk. 7/141/2) und führte aus, die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Schlosser betrage seit Oktober 2011 100 % und seit Dezember 2011 50 % unter der Bedingung, dass keine schweren Lasten bewegt würden und keine schweren Arbeiten auszuführen seien. In einer angepassten Tätigkeit gemäss beschriebenen Belastungsprofil bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit Dezember 2011.

E. 3.3

Bezüglich der Konsistenz im strukturierten Beweisverfahren (Urk. 7/141/2-3) wurde ausgeführt, dass im Gespräch mehrmals Diskrepanzen bei den Aussagen des Beschwerdeführers bezüglich seiner Beschwerden aufgefallen seien. Es sei auch aufgefallen, dass er trotz seines Berichts über quälende Rückenschmerzen während

eineinhalb Stunden habe aufrecht sitzen können, ohne sich gross zu bewegen . Es sei bei der Untersuchung der Eindruck entstanden, dass er seine Beschwerden verdeutliche oder sogar bewusst aggraviere . Die Art und Weise wie der Beschwerdeführer seine Beschwerden beschrieben, während der Untersuchung je nach Kontext stark geändert und widersprüchliche Aussagen betreffend seiner Gesundheit gemacht habe, habe den Eindruck einer nicht ganz glaubwürdigen Berichterstattung gemacht . Eine genaue Tagesstruktur sei aus den Erzählungen des Beschwerdeführers nicht zu entnehmen. Er habe eine ablehnende Haltung gegenüber der Wiedereingliederung. Die Gespräche mit der Psychiaterin fanden auf Deutsch statt, obwohl der Beschwerdeführer kaum deutsch spreche.

Die festgestellten gesundheitlichen Probleme im psychiatrischen Bereich seien für die Arbeitsfähigkeit nicht von erheblicher Bedeutung. Da somatisch bereits eine höhere Einschränkung bestehe und die psychiatrischen Einschränkungen nur von leichter Natur seien, könne auf die somatische Rest-Arbeitsfähigkeit voll abgestellt werden.

E. 3.4

Auf die Rückfragen der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 7/160) hielt der psychiatrische Gutachter Dr. C.____ am 6. September 2016 (Urk. 7/162/1-2) an seinen Ausführungen im Gutachten fest. Er ergänzte, wie aus den Beschreibungen im Gutachten geschlossen werden könne, bezweifle er die Wirksamkeit der psychiatrischen Behandlung, die ohne eine gemeinsame Sprache stattfinde (S. 1 unten).

Die pneumologische Gutachterin Dr. D.____ führte am 22. August 2016 aus (Urk. 7/162/3-4), die lungenfunktionelle Testung sei vor allem durch Thoraxschmerzen beeinträchtigt gewesen. Trotzdem habe mit eingeschränkter Kooperation zweimalig ein praktisch vergleichbarer Wert erreicht werden können. Die Werte der Lungenfunktion seien zwar durch die Kooperation möglicherweise minimal eingeschränkt, doch reproduzierbar (S. 1 f.). Eine nochmalige Durchführung würde wahrscheinlich dieselben Schwierigkeiten aufweisen. Bei einer Zwerchfellparese sei von einer restriktiven Pneumopathie auszugehen, dies liege beim Beschwerdeführer sicherlich in einem mittelschweren Ausmass vor. Anhand der Symptome, der Diagnose und der Befunde könne man sich ein Gesamtbild machen und eine eindeutige Beurteilung erheben. Sie halte daher an der Arbeitsunfähigkeit gemäss Gutachten fest. Da die restriktive Pneumopathie seit 2011 bekannt sei, sei die Arbeitsunfähigkeit ab diesem Zeitpunkt so einzuschätzen (S. 2).

Der kardiologische Gutachter Dr. A.____ nahm am 5. Dezember 2016 Stellung (Urk. 7/167) und führte aus, die 50%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl bei körperlich strenger als auch bei adaptierter Tätigkeit erkläre sich aufgrund der Blutungsneigung bei oraler Antikoagulation, des schnellen Pulses, der ungenügenden Belastbarkeit in der Fahrradergometrie und des erhöhten Risikos einer Rezidivendokarditis bei bereits einmal stattgehabter Endokarditis bei mechanischer Herzklappe. Rein kardiologisch könne er sich eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit bei guter Motivation bis 100 % vorstellen.

E. 3.5

Dipl. med. B.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin/Prävention und Gesundheitswesen, RAD der Beschwerdegegnerin, nahm am 15. Dezember 2016 Stellung (Urk.

E. 3.6

Die Ärzte des F.____ berichteten am 24. November 2017 (Urk. 18/1-2) über den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 23. bis 24. November 2017 und führten aus, dass sich der Beschwerdeführer mit rezidivierendem Erbrechen und Durchfall vorgestellt habe. Bei Infekt mit unklarem Fokus und laborchemischem Verdacht auf ein septisches Zustandsbild sei eine Therapie mit Co-Amoxicillin begonnen worden. Am Morgen des 24. November 2017 sei der Beschwerdeführer bewusstseinsgetrübt und eingenässt vorgefunden worden. Auf Ansprache habe er keine Reaktion, jedoch eine gezielte Schmerzabwehr gezeigt. Nach konsiliarischer Beurteilung durch den Dienstarzt der Neurologie sei ein EEG erfolgt, wo sich das Bild eines nicht-convulsiven Status Epilepticus gezeigt habe. Nach Beginn einer antiepileptischen Therapie sei die Verlegung auf die Intensivstation erfolgt. Es sei davon auszugehen, dass es sich bei der Ursache des unklaren neurologischen Zustandsbildes am ehesten um eine hepatische Enzephalopathie handle.

E. 3.7

Die Ärzte des G.____, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, berichteten am 8. Dezember 2017 (Urk. 18/3) über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 24. November bis 7. Dezember 2017. Sie nannten folgende Diagnosen (S. 1 f.): - Leberzirrhose, Child C (10 Punkte) - Hyperammoniämie mit non-convulsivem Status epilepticus am 24. November 2017 - Bizytopenie - Status nach mechanischem Aortenklappenersatz am 18. Oktober 2011 bei Aortenklappenendokarditis lenta - Zwerchfellhochstand rechts - lower urinary tract symptoms - schwere depressive Störung, unter Agomelatin bis November 2017 - Vitamin D-Mangel, unter Substitution

Sie führten aus, ursächlich für das zur Vorstellung führende encephalopathische Bild sei eine Hyperammoniämie bei neu diagnostizierter Leberzirrhose im Rahmen einer NASH zu sehen. Unter Hämofiltration sowie Stuhlregulation sei der Beschwerdeführer aufgeklärt. In der Gastroskopie hätten sich kleine Ösophagusvarizen gezeigt. Der Beschwerdeführer sei in gebessertem Zustand nach Hause entlassen worden. 4. 4.1

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das Gutachten vom 7. Dezember 2015 (Urk. 7/138) in psychiatrischer Hinsicht für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist. Es beruht auf für die strittigen Belange umfassenden und allseitigen Untersuchungen des Beschwerdeführers sowie auf einer ausführlichen Anamnese und berücksichtigt die von ihm geklagten Beschwerden sowie sämtliche Befunde in angemessener Weise. Sodann wurde es in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung.

Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden - soweit sie den psychischen Gesundheitszustand betreffen - nachvollziehbar begründet. So begründete der psychiatrische Gutachter einlässlich und sorgfältig, dass die Ausprägung der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren leicht sei und zu dem psychosoziale Faktoren beständen, die es abzugrenzen gelte. Der Gutachter machte sodann explizit auf die widersprüchlichen Aussagen und Diskrepanzen bezüglich der Beschwerden des Beschwerdeführers aufmerksam. Die Einschränkungen, welche sich aus den diagnostizierten Störungen ergäben, führte der Gutachter in nachvollziehbarer Weise aus und begründete diese. Schliesslich führte er aus, dass die festgestellten gesundheitlichen Probleme im psychischen Bereich für die Arbeitsfähigkeit aus polydisziplinärer Sicht nicht von erheblicher

cher Bedeutung seien und die Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 20 %

als Folge der Irritation durch die Schmerzen und der dadurch verursachten Ablenkung und leicht erhöhten Zeitaufwand es begründet sei (vgl. vorstehend E. 3.1). Es kann darauf abgestellt werden. 4.2

Hingegen erscheint die gemäss Gutachten aus somatischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % sowohl für die angestammte wie auch für eine angepasste Tätigkeit nicht nachvollziehbar.

So wird aus kardiologischer Sicht einerseits ausgeführt, dass der Beschwerdeführer kardial sehr gut behandelt sei, andererseits wird ihm trotzdem eine lediglich 50%ige Arbeitsfähigkeit auch für kaum belastende Tätigkeiten attestiert (vgl. vorstehend E. 3.1). Dies erscheint nicht nachvollziehbar und wird denn vom kardiologischen Gutachter in der Stellungnahme vom Dezember 2016 (vgl. vorstehend E. 3.4) auch relativiert, indem er aus rein kardiologischer Sicht eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit bei guter Motivation bis 100 % als möglich erachtete. Unter Berücksichtigung der vom Gutachter erhobenen objektiven Befunde, der Diagnosen sowie der im kardiologischen Teilgutachten enthaltenen Widersprüche, vermag auch die nachgereichte Begründung, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten durch die notwendige Blutverdünnung, das Risiko einer eventuellen erneuten Endokarditis und den schnellen Puls begründet sei, nicht zu überzeugen. Auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten aus kardiologischer Sicht kann deshalb nach dem Gesagten nicht abgestellt werden. 4.3

Wenn die Beschwerdegegnerin hingegen gestützt auf die RAD-Beurteilung (vgl. vorstehend E. 3.5) auch die aus pneumologischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit als nicht beweiskräftig erachtet, kann dem nicht gefolgt werden. So wies RAD-Ärztin B. ___ einzig auf die fehlende Kooperation des Beschwerdeführers hin, ohne sich damit oder mit der Begründung der pneumologischen Gutachterin näher auseinanderzusetzen. Die pneumologische Gutachterin hielt hingegen bereits im Gutachten fest (vgl. vorstehend E. 3.1) und bestätigte auch auf Nachfrage hin (vgl. vorstehend E. 3.4), dass die Beeinträchtigung der Testung mit den nachvollziehbaren Thoraxschmerzen des Beschwerdeführers zu erklären sei und trotz eingeschränkter Kooperation zweimalig ein praktisch vergleichbarer Wert erreicht werden können. Die Werte der Lungenfunktion seien so mit zwar durch die Kooperation möglicherweise minimal eingeschränkt, doch reproduzierbar. Die Gutachterin führte in nachvollziehbarer Weise aus, dass

anhand der Symptome, der Diagnose und der Befunde ein Gesamtbild gemacht und eine eindeutige Beurteilung erhoben werden könne.

Aus pneumologischer Sicht sei der Beschwerdeführer

aufgrund einer restriktiven Pneumopathie sicherlich mittelschwer in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Als Schlosser attestierte die pneumologische Gutachterin dem Beschwerdeführer analog zur kardiologischen Beurteilung eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit Oktober 2011. In einer körperlich kaum belastenden Tätigkeit mit häufigen Pausen schätzte sie die Arbeitsfähigkeit hingegen auf 60 % ein. Auf diese einleuchtende und nachvollziehbare begründete Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit ist vorliegend abzustellen.

Bei der Würdigung eines Gutachtens gilt es zu beachten, dass ein Gutachten zwar zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen hat und diese Ausführungen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit von Arbeitsleistungen bilden, es jedoch letztlich der rechtsanwendenden Behörde - der Verwaltung oder, im Streitfall, dem Gericht - obliegt, zu beurteilen, ob eine Invalidität im Rechtssinne, bejahendenfalls eine solche rentenbegründender Art eingetreten ist. Es ist folglich mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vereinbar, einem Gutachten vollen Beweiswert zuzuerkennen, jedoch von der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzuweichen (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). 4.4

In Bezug auf die nach Verfügungserlass erstellten Berichte des F.____ sowie des G.____ (vorstehend E. 3.6 und E. 3.7) gilt, dass das Sozialversicherungsgericht nach ständiger Rechtsprechung die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt beurteilt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b). Die Hospitalisationen des Beschwerdeführers im November und Dezember 2017 erfolgten nach Verfügungserlass im Februar 2017 und fallen damit nicht mehr in den hier zu beurteilenden Zeitraum. Die dazu vorliegenden Berichte (vorstehend E. 3.6 f.) geben sodann keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor Verfügungserlass. Die den Beschwerdeführer im November und Dezember 2017 behandelnden Ärzte führten die Bewusstseinsstörungen auf eine schwere hepatische Enzephalopathie zurück. Ursächlich für das enzephalopathische Bild sei eine Hyperammoniämie bei neu diagnostizierter Leberzirrhose im Rahmen einer NASH. Aus den eingereichten Berichten geht hervor, dass beim Beschwerdeführer erstmals im November beziehungsweise Dezember 2017 und damit nach Verfügungserlass eine Hyperammoniämie und eine Leberzirrhose diagnostiziert wurden, weshalb diese Diagnosen vorliegend nicht Gegenstand des Verfahrens sind. 4.5

Zusammenfassend kann ausgehend von der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 20 % und der pulmonal bedingten Arbeitsunfähigkeit von 40 % gesamthaft die im pneumologischen Teilgutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % in leidensangepasster Tätigkeit seit Oktober 2011 bestätigt werden, wobei allfällige Einschränkungen aus kardiologischer Sicht ebenfalls enthalten sind. Hierzu bleibt anzumerken, dass eine Kumulation der einzelnen attestierten Arbeitsunfähigkeiten bei Berücksichtigung der jeweiligen Belastungsprofile und der Tatsache, dass die somatischen Beschwerden im Vordergrund stehen, weder gerechtfertigt erscheint, noch geltend gemacht wird (vgl. Urk. 1 S. 8). Die angestammte Tätigkeit als Schlosser ist dem Beschwerdeführer unbestrittenermassen noch zu 50 % zumutbar.

Die vorliegenden medizinischen Akten erweisen sich nach dem Gesagten als ausreichend. Auf weitere Abklärungen kann deshalb verzichtet werden

(anti

zipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157). 5. 5.1

Zu prüfen sind schliesslich die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkung.

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 ausgleichender 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). 5.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen 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 (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

5.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 5.4

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf

zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige renten wirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; BGE 128 V 174 ; Urteil e des Bundesgerichts 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.1 und 9C_22/2014 vom 18. Februar 2014 E. 4.3).

Vorliegend hat sich der Beschwerdeführer am 23. Dezember 2011 bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug angemeldet. Er ist unbestrittenermassen seit Oktober 2011 in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Ein (hypothetischer) Rentenanspruchsbeginn kommt somit frühestens per Oktober 2012 in Frage, weshalb die Verhältnisse des Jahres 2012 massgebend sind. 5.5

Die Beschwerdegegnerin zog als Valideneinkommen den gemäss Arbeitgeberfragebogen (vgl. Urk. 7/23 S. 3 Ziff. 2.12) im Jahr 2010 erzielten Verdienst als Schlosser von Fr. 80'045.-- heran, welcher jenem im IK-Auszug (vgl. Urk. 7/19) entspricht, und rechnete diesen auf das Jahr 2012 auf, was ein Valideneinkommen von Fr. 81'492.-- ergab. Dieses Vorgehen wurde vom Beschwerdeführer weder bestritten, noch gibt es aufgrund der Akten zu Beanstandungen Anlass (vgl. Urk. 7/140, Urk. 7/168). 5.6

Gestützt auf die Tabellenlöhne bezifferte die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen für ein 80%-Pensum auf rund Fr. 52'142.-- für eine leidensangepasste, körperlich leichte bis knapp mittelschwere Tätigkeit ohne Heben von schweren Lasten über 10-15 kg (vgl. Urk. 7/168). Dabei stützte sie sich auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2012, Kompetenzniveau 1, Total Männer, und passte dieses der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2012 an (Fr. 5'210.-- : 40 x 41.7 x 12 x 0.8).

Die Beschwerdegegnerin ging richtigerweise von sämtlichen in Betracht fallenden Arbeitsmöglichkeiten aus. Es ist daher vor dem Hintergrund der Ausbildung des Beschwerdeführers und des ihm zumutbaren Tätigkeitsprofils nicht zu beanstanden, dass sie den Tabellenlohn für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art heranzog.

Ausgehend vom Totalwert für Männer von monatlich Fr. 5'210.-- entspricht dies bei einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden

bei einem dem Beschwerdeführer zumutbaren 60%-Pensum (vgl. vorstehend E. 4.5) einem Invalideneinkommen im Jahr 2012 von rund Fr. 39'106.-- (Fr. 5'210.-- : 40 x 41.7 x 12 x 0.6).

Da keine Hinweise darauf vorliegen, dass nur bei Inkaufnahme einer über die bereits berücksichtigten Einschränkungen hinausgehende Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.1), ist kein zusätzlicher leidensbedingter Abzug zu gewähren. Denn laut der gestützt auf die LSE 2012 erstellten Tabelle zu den nach Beschäftigungsgrad, Geschlecht und beruflicher Stellung differenzierten monatlichen Durchschnittsbruttolöhnen rechtfertigt ein Beschäftigungsgrad von 50-74 % bei Männern auf der untersten Stufe der beruflichen Stellung (ohne Kaderfunktion) keinen zusätzlichen Tabellenlohnabzug (Bundesamt für Sozialversicherungen, IV-Rundschreiben Nr. 328 vom 22. Oktober 2014, Anhang; vgl. dazu BGE 142 V 178 E. 2.5.1 mit Hinweis). Denn auf dieser Ebene besteht bei Männern zwischen dem Durchschnittslohn bei einem Teilzeitpensum von 50-74 % proportional bezogen auf ein 100 %-Pensum (Fr. 6'080.--) und dem Durchschnittslohn bei einem

Vollzeitpensum (Fr. 6'085.--) eine vernachlässigbare Differenz (von Fr. 5.--) und somit kein wesentlicher Unterschied. 5.7

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 81'492.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 39'106.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 42'386.-- und damit einen eine halbe Rente begründenden Invaliditätsgrad von rund 52 %.

Zusammenfassend ergibt sich, dass in teilweiser Gutheissung der Beschwerde die Verfügung vom 21. Februar 2017 aufzuheben und festzustellen ist, dass der Beschwerdeführer ab Oktober 2012 Anspruch auf eine halbe Rente hat. 6. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen.

Soweit die 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 der Beschwerdegegnerin und der Beigeladenen je hälftig aufzuerlegen. 6.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzen den Ersatz der Parteikosten. Der teilweise obsiegende vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die vorliegend beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.--

(zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist.

Unterliegende Beigeladene können nur bei Bejahung einer mutwilligen oder leichtsinnigen Prozessführung zur Bezahlung einer Prozessentschädigung an die obsiegende Partei verpflichtet werden, was im hier zu beurteilenden Fall nicht zutrifft (vgl. Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, a.a.O., § 14 Rz 34). Das Gericht erkennt: 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 21. Februar 2017 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Oktober 2012 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin und der Beigeladenen je zur Hälfte auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - PV-Promea - 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
Schüpbach

E. 7

/169/5-6) und führte aus, die psychiatrische Stellungnahme sei nicht zu beanstanden, die Argumente des Gutachters seien nachvollziehbar.

Verständlich seien aus versicherungsmedizinischer Sicht die Einwände der Pensionskasse bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Wie derholt werde durch die untersuchenden Ärzte auf die

fehlende Kooperation seitens des Beschwerdeführers hingewiesen. Die nachgereichte Begründung des Kardiologen sei nicht überzeugend. Die letzte Bemerkung des Kardiologen könne im Umkehrschluss keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angepasst rechtfertigen. In Anbetracht der Widersprüche und der nachgereichten Antworten zum Gutachten bestehe in der Tätigkeit als Schlosser eine 100% ige Arbeitsunfähigkeit seit Oktober 2011. In einer

angepassten Tätigkeit bestehe eine 20% ige Arbeitsunfähigkeit seit Dezember 2011 wegen schmerzbedingter Leistungsmin derung.

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