

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00087 vom 8. Mai 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-05-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00087

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00087 du 8 mai 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00087 del 8 maggio 2020

Erwägungen

E. 1

Der 1967 geborene X.____ verfügt über keine Berufsausbildung (Urk. 6/1/4). In den Neunzigerjahren liess er sich in der Schweiz nieder (Urk. 6/1/ 3, Urk. 6/7/1) und arbeitete unter anderem als Hilfsgärtner oder als Haus wart (Urk. 6/ 13/2, Urk. 6/18/3).

Am 20. Februar 2011 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Rentenbezug an (Urk. 6/7) , wobei er angab, seit 2002 als Sanitärspengler für Y.____ tätig zu sein (Urk. 6/7/6) .

Der Arbeitgeber machte entsprechende Angaben (Urk. 6/27/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich,

IV-Stelle,

tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen . Am 21. Juni 2011 schloss sie die Arbeitsvermittlung ab, nachdem sich der Versicherte und sein Arbeitgeber zu einer weiteren Zusammenarbeit entschlossen hatten (Urk. 6/17). Mit Vorbescheid vom 11. Juli 2011 stellte sie ihm die Abweisung seines Rentenbegehrens in Aussicht (Urk. 6/24). Am 21. September 2011 verfügte sie im angekündigten Sinne, da der Versicherte weiterhin ohne Lohn einbusse seine bisherige Erwerbstätigkeit ausübte (Urk. 6/25).

Am 27. Februar 2012 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine seit dem 16. November 2011 bestehende vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit wegen Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Ohnmacht und Diabetes zur Früherfassung an (Urk. 6/27) . Am 14. April 2012 folgte die Anmeldung zum Leistungsbezug

(Berufliche Integration/Rente ; Urk. 6/31).

Nach Tätigung weiterer Abklärungen (Urk. 6/38 ff.) stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 16. Mai 2014 die Abweisung seines Rentenbegehrens in Aussicht (Urk. 6/58), wogegen der Versicherte am 11. Juni 2014, ergänzt am 15. August 2014, Einwand erhob (Urk. 6/61 und Urk. 6/64). Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens wurden ärztliche Berichte des Zentrums Z.____ (Urk. 6/69, Urk. 6/72, Urk. 6/77 , Urk. 6/84 , Urk. 6/92) sowie des Sanatoriums A.____ (Urk. 6/86) zu den Akten genommen und das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS B.____ vom

E. 1.1

Invaliddität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen 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

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierte Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

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.

E. 1.4

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten

(BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

E. 1.6

i.V.m. (Urk. 6/84/12, Urk. 6/109/2) und ein Bewusstseinsverlust laut den Angaben des Beschwerdeführers anlässlich der psychiatrischen Begutachtung vom 21. Juni 2017 zuvor letztmals im August 2016 stattgefunden hatte (Urk. 6/102/38). Namentlich steht einer im Sitzen auszuüben der Tätigkeit (vgl. Urk. 6/102/32) nichts entgegen.

In diesem Sinne halten auch die behandelnden Fachpersonen des Z.____ den Beschwerdeführer aufgrund seiner mit den Anfällen verbundenen Ängste - und nicht wegen der Anfälle selber - für arbeitsunfähig (Urk. 6/109/4 Ziff.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 4. Dezember 2017 erhob der Versicherte am 19. Januar 2018 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm ab 1. November 2012 eine ganze Invalidenrente zu gewähren. Eventualiter sei seine Arbeitsfähigkeit durch eine berufliche Abklärungsstelle abzuklären. Subeventualiter sei das Verfahren an die IV-Stelle zurückzuweisen mit dem Hinweis, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei unter Kostenfolge der Beschwerdeführerin (gemeint wohl: zulasten der Beschwerdegegnerin) durch eine berufliche Abklärungsstelle durchzuführen. In prozessualer Hinsicht beantragte er die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1/1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 23. Februar 2018 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5).

Mit Gerichtsverfügung vom 27. Februar 2018 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wurde ihm Rechtsanwältin Christina Kotrba, Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt (Urk. 7). Mit Eingabe vom 15. Juli 2019 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von lic. phil. C.____, Neuropsychologin/Psychologin FSP, und Dr.

med. D.____, Verhaltensneurologin, vom 29. Mai 2019 ein (Urk. 11 und Urk. 12). Mit Gerichtsverfügung vom 17. Juli 2019 wurde der Beschwerdegegnerin Gelegenheit gegeben, dazu Stellung zu nehmen (Urk. 13), woraufhin die Beschwerdegegnerin am 6. August 2019 auf das Einreichen einer Stellungnahme verzichtete (Urk. 15), was dem Beschwerdeführer mitgeteilt wurde (Urk. 16). Am 19. Juli 2019 zeigte Rechtsanwältin Kotrba an, dass sie den Beschwerdeführer nicht mehr vertrete (Urk. 14). Mit Eingabe vom 19. September 2019 ersuchte Rechtsanwalt Thomas Wyss, Zürich, darum, er sei als unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen (Urk. 18). Nach Abklärungen bezüglich der Gründe für die Mandatsniederlegung durch Rechtsanwältin Kotrba (Urk. 19 und Urk. 20) entliess das hiesige Gericht Rechtsanwältin Kotrba mit Verfügung vom 27. September 2019 und bestellte dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Wyss als unentgeltlichen Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren (Urk. 21). Am 3. Februar 2020 stellte der Beschwerdeführer den Eventualantrag, es sei unter Wahrung seiner Mitwirkungsrechte ein gerichtliches medizinisches Gutachten einzuholen (Urk. 26 S. 1). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 19. Februar 2020 auf das Einreichen einer Stellungnahme dazu (Urk. 29), was dem Beschwerdeführer am 20. Februar 2020 mitgeteilt wurde (Urk. 30).

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

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid auf den Standpunkt, das Gutachten der MEDAS B. ___ vom 28. Juli 2017 sei beweiskräftig. Demzufolge sei dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Sanitär seit November 2011 nicht mehr zumutbar. Per November 2012, nach Ablauf des Wartjahres, sei ihm indes eine körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit in ruhiger Umgebung ohne häufigen Kundenkontakt zu 100 % zumutbar. Bei ihrem Einkommensvergleich ging die Beschwerdegegnerin davon aus, der Beschwerdeführer wäre bei guter Gesundheit weiterhin als Sanitärmeister bei Y. ___ sowie im Nebenerwerb bei der E. ___ tätig. Beim Invalideneinkommen ging sie von einem Lohn für Hilfsarbeiten aus und nahm aufgrund der langen Betriebszugehörigkeit einen Abzug von 5 % vor. So gelangte sie zu einem Invaliditätsgrad von 18 % (Urk. 2 S. 2).

Zu den Einwänden des Beschwerdeführers führte sie aus, eine mittelschwere Depression spiegelte sich weder in der gutachterlichen Untersuchung noch in seinem Aktivitätsniveau. Die Ergebnisse der neuropsychologischen Diagnostik seien mangels Beschwerdevalidierung und Diskussion in Bezug auf die Beeinflussung durch die Hörminderung nicht verwertbar. Sodann zeigten sich in der beruflichen sowie in der privaten Biographie des Beschwerdeführers keine kognitiven Beeinträchtigungen, sondern nur durch den Schwindel bedingte Beeinträchtigungen. Das Schmerzsyndrom weist keinen invalidisierenden Charakter auf. Hinzu komme, dass der Beschwerdeführer sich diesbezüglich nicht in ausreichender Behandlung befinde. Die Restarbeitsfähigkeit sei verwertbar. Das Alter des Beschwerdeführers ändere daran nichts. Laut Gutachten sei er im Übrigen nicht motiviert für berufliche Massnahmen (Urk. 2 S. 3).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte in seiner Beschwerde zusammengefasst vor, laut den ihn behandelnden Ärzten sei er für jegliche Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt vollumfänglich arbeitsunfähig, unter anderem wegen einer mittelschweren Depression (Urk. 1/1 S. 4-7). Die Beschwerdegegnerin habe nicht zureichend begründet, weshalb sie auf das MEDAS-Gutachten und nicht auf die Berichte der behandelnden Ärzte abstelle (Urk. 1/1 S. 9-10). Am MEDAS-Gutachten beanstandete er sodann, der psychiatrische Teilgutachter habe die Beschwerden nur oberflächlich aufgenommen, weshalb er von einer leichten statt einer mittelgradigen Depression ausgegangen sei (Urk. 1/1 S. 10-11). Ferner sei die Argumentation des psychiatrischen Gutachters betreffend eine mögliche konversionsneurotische Störung falsch und er habe keine Fremdanamnese erhoben (Urk. 1/1 S. 12). Des Weiteren habe er die kognitiven Beeinträchtigungen nicht objektiv abgeklärt, die Symptome der Depression nicht erfragt und sein Aktivitätsniveau falsch wieder gegeben (Urk. 1/1 S. 13-14). Hingegen sei auf die Z. ___ -Berichte und die darin angegebene vollumfängliche Erwerbsunfähigkeit abzustellen (Urk. 1/1 S. 14 -15).

Mit näherer Begründung postulierte er, eine allfällige Restarbeitsfähigkeit sei nicht verwertbar, respektive nur mit einem Jahreseinkommen, welches zu einem Anspruch auf eine ganze Invalidenrente führe (Urk. 1/1 S. 16 -19).

In seiner Eingabe vom 3. Februar 2020 beanstandete der Beschwerdeführer am MEDAS-Gutachten zudem, dass es sich nicht zu Arbeitsunfähigkeiten vor dem

Explorationsdatum äussere (Urk. 26 S. 1). Sodann habe sich der psychiatrische Teilgutachter völlig unzureichend mit den Vorakten - namentlich betreffend stationäre Behandlungen - auseinandergesetzt und er habe sich bezüglich der kognitiven Beeinträchtigungen getäuscht. Auch dass er von einer leichten depressiven Episode einer rezidivierenden depressiven Störung ausgehe, aber keine Behandlungsbedürftigkeit sehe, sei widersprüchlich. Hinzu komme, dass Dr. D.____ in ihrem Bericht vom 29. Mai 2019 ein organisch bedingtes, bildgebend nachgewiesenes medial-frontales Verhaltenssyndrom beschrieben habe, welches den zunehmenden Interessenverlust, die emotionale Abstumpfung und die Einschränkung in der kognitiven Geschwindigkeit zu erklären vermöge (Urk. 26 S. 2). Aus rein neurologischer/neuropsychologischer Sicht sei er laut Dr. D.____ um 50 bis 70 % eingeschränkt. Die Verwertung einer allfälligen medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit sei ihm nicht zumutbar. Des Weiteren brachte der Beschwerdeführer vor, die Indikatoren seien im MEDAS-Gutachten nicht durchgehend geprüft worden und die Annahme der Beschwerdegegnerin, er sei für berufliche Massnahmen nicht motiviert, treffe nicht zu (Urk. 26 S. 3). 3.

3.1

Die Ärzte des Universitätsspitals F.____, ORL-Klinik, erhoben anlässlich der Testung des Beschwerdeführers vom 6. Mai 2009 eine leichte vestibuläre Unterfunktion links (Urk. 6/16/29) und nannten in ihrem Bericht vom 1. April 2011 die Diagnose eines Morbus Menière links und eines fraglich inzipienten Morbus Menière rechts (Urk. 6/16/7). Sie führten aus, der Beschwerdeführer habe jeweils sehr gut auf eine spezifische medikamentöse Therapie angesprochen, indes habe er die Medikation mehrfach selbständig abgesetzt, weshalb die entsprechende Anfallsprophylaxe nicht erreicht werden könne (Urk. 6/16/9). 3.2

Ab dem 16. November 2011 attestierte Dr. med. G.____, Praktischer Arzt, dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres (Urk. 6/26/17), wobei der Beschwerdeführer seine Tätigkeit für Y.____ dem entsprechend aufgab (Urk. 6/27/1, Urk. 6/38/1 -2). Am 9. September 2012 gab Dr. G.____ an, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich eindeutig verschlechtert. Die Anfälle des Morbus Menière hätten mit Bewusstlosigkeit sehr zugenommen, sodass der Beschwerdeführer seine Arbeit habe aufgeben und seinen Führerausweis habe abgeben müssen. Der Beschwerdeführer sei sehr deprimiert, hoffnungslos, ängstlich und habe die Zukunftsperspektive verloren (Urk. 6/46/6 = Urk. 3/2). Am 16. Dezember 2012 berichtete Dr. G.____ über einen unveränderten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (Urk. 6/49/2). 3. 3

Die Ärztinnen des F.____, HerzKreislaufZentrum, Klinik für Kardiologie, führten am 28. Februar 2013 aus, der Beschwerdeführer sei ihnen bei rezidivierenden Synkopen mit Unfallfolgen zur kardiologischen Abklärung zugewiesen worden. Die Frequenz der Synkopen habe zugenommen. Diese träten etwa drei- bis viermal pro Woche auf. Der Beschwerdeführer bemerke einen kurzen Schwindel für einige Sekunden, dann falle er zu Boden und sei für einige Sekunden bewusstlos, gefolgt von starker Müdigkeit. Die Attacken würden zudem von Kopfschmerzen begleitet, zum Teil mit erheblichen Verletzungsfolgen (Kopf), und im November 2010 (richtig: Oktober 2011, vgl. Urk. 6/55/16) hätten sie zu einem Autounfall geführt (Urk. 6/50/7). Die Ärztinnen hielten fest, aus den erhobenen Befunden hätten sich keine Hinweise auf eine kardiale Ursache der Synkopen ergeben. Weiter wiesen sie darauf hin, dass der Diabetes nicht optimal kontrolliert sei, und empfahlen neurologische Abklärungen inklusive einer Epilepsiediagnostik (Urk. 6/50/8). 3.

Am 4. November 2013 berichteten Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. I.____, klinischer Psychologe und Supervisor, Z.____, der Beschwerdeführer sei im Oktober 2013 zu zwei Vorgesprächen bei ihnen gewesen. Der Beschwerdeführer habe über deutliche Depressionen mit Selbstgesprächen, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Gedankenreisen, Sinnlosigkeitsgedanken, Müdigkeit, Lust- und Interesselosigkeit sowie Schlafstörungen geklagt. Die Fachpersonen nannten als Diagnose in ihrem Fachgebiet eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1 ;

Urk. 6/55/8-10). 3. 5

Die Ärzte des Zentrums J.____ hielten in ihrem Bericht vom 23. Dezember 2013 fest, der Beschwerdeführer sei vom 14. bis am 21. Oktober 2013 bei ihnen hospitalisiert gewesen. Sie diagnostizierten nicht-epileptische, psychogene Anfälle mit transienter Bewusstseinsstörung, derzeit ohne Anhalt für eine zusätzliche Epilepsie, sowie eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0 ; Urk. 6/55/15). Sie gaben an, der Schwindel dauere teilweise bis zu sechs Stunden und gemäss den Aufzeichnungen des Beschwerdeführers seien im Juli 2013 sieben, im August dreizehn und im September drei Bewusstseinsverluste aufgetreten (Urk. 6/55/15-16). Nachdem in der 159-stündigen Elektroenzephalografie (EEG) -Ableitung keine Anfälle registriert worden seien und auch nach Schlafentzug als Provokationsfaktor keine epileptischen Potenziale oder ictalen

Abläufe vorhanden gewesen seien, sei bei den geschilderten anfallsartigen Episoden nicht von epileptischen Anfällen auszugehen, sondern von einer «Überlagerung» mit dissoziativen Anfällen (Urk. 6/55/16-17). 3. 6

Dem Bericht des F.____, Klinik für Neurologie, vom 8. Januar 2014 ist zu entnehmen, gemäss der Dokumentation durch den Beschwerdeführer träten die Bewusstseinsverluste circa ein- bis zweimal pro Monat auf. Zudem bestehe ein täglich konstanter Schwindel. Die Ärzte des Zentrums J.____

hätten zudem im Rahmen einer psychologischen Exploration das Vorliegen einer depressiven Symptomatik eruiert. Es erfolge nun ein Ausbau der im Dezember 2013 begonnenen antidepressiven Therapie (Urk. 6/55/11-12). 3. 7

Die Fachpersonen des Z.____ im Bereich Psychologie/Psychiatrie hielten am 14. Oktober 2014 fest, der Beschwerdeführer komme jede zweite Woche zu ihnen in die Einzelpsychotherapie (Urk. 6/69/8). Er sei in seinen kognitiven Funktionen (Aufmerksamkeit, Konzentrations- und Merkfähigkeit) deutlich eingeschränkt und habe im Zusammenhang mit den kurzen Bewusstlosigkeitsanfällen und starken Schwindelanfällen starke Ängste zu stürzen und sich zu verletzen. Durch diese Defizite sowie die allgemeine Erschöpfung, Lustlosigkeit sowie die man gelnde psychische Belastbarkeit sei er zu 100 % arbeitsunfähig für alle Tätigkeiten. Die Anzahl der Synkopen habe im Laufe der Therapie deutlich reduziert werden können (Urk. 6/69/9).

Am 9. März 2015 berichteten dieselben Fachpersonen des Z.____ über einen stabilen Verlauf im Oktober und November 2014 mit höchstens einer Synkope in 30-40 Tagen. Im Dezember 2014 seien Schwindel und Kopfschmerzen täglich aufgetreten und die Synkopen hätten sich gehäuft. Nach einem Aufenthalt im Herkunftsland im Januar 2015 sei es wieder zu einer langsamen Besserung ohne Synkopen im Januar gekommen. Der

Beschwerdeführer habe festgestellt, dass er durch seinen Lebenswandel und seine Erkrankung stark vereinsamt sei und vermehrt Kontakte brauche. Nebst der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), äusserten die Fachpersonen den Verdacht auf eine dissoziative Störung (Konversionsstörung; ICD-10 F44.9; Urk. 6/72/7). Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100 % für sämtliche Tätigkeiten. Mittels Psychotherapie könne höchstens eine Beschäftigungsfähigkeit im geschützten Rahmen erreicht werden (Urk. 6/72/10). Ein sofortiger Beginn der Wiedereingliederung sei nicht möglich (Urk. 6/72/11).

Dem Bericht des Z. ___ vom 4. September 2015 ist zu entnehmen, im Frühling 2015 sei der Verlauf stabil gewesen mit höchstens einer Synkope in 30-40 Tagen. Im August 2015, unmittelbar nach der Rückkehr aus den Ferien, hätten Schwindel, Kopfschmerzen und Synkopen plötzlich stark zugenommen. Zurzeit könne der Beschwerdeführer das Haus kaum verlassen, wobei momentan zwei bis drei Synkopen pro Woche aufträten (Urk. 6/77/1). 3.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

Am 27. Mai 2016 verfassten die Ärzte des Sanatoriums A. ___ den Austrittsbericht über die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 31. März bis 13. Mai 2016 (Urk. 6/84/12). Darin beschrieben sie ein grosses Engagement des Beschwerdeführers und einen erfreulichen Verlauf (Urk. 6/84/13). Zuhanden der IV- Stelle gaben sie am 15. August 2016 zudem an, mittel- bis längerfristig betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 % . Eine Steigerung der Leistungsfähigkeit sei erst nach Weiterführung der Psychotherapie und Einstellung der Schmerzmedikation zu erwarten (Urk. 6/86/2 , vgl. auch Urk. 6/86/4). Beim Austritt habe der Beschwerdeführer noch leichtgradige Einschränkungen der Belastbarkeit und nach wie vor ausgeprägte somatische Beschwerden gezeigt. Diese Symptome wirkten sich auf die Leistungsfähigkeit aus (Urk. 6/86/3). 3.

E. 9

Die Fachpersonen des Z. ___ führten am 14. Juni 2016 aus, nach dem Austritt aus dem Sanatorium A. ___ befinde sich der Beschwerdeführer in einem leicht verbesserten allgemeinen körperlichen Zustand. Er könne länger aktiv sein und fühle sich weniger erschöpft. Kopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen und Häufigkeit der Bewusstlosigkeitsanfälle seien unverändert geblieben (Urk. 6/84/6). In der Klinik habe er nur einmal ein Bewusstlosigkeitssyndrom erlitten (Urk. 6/84/8). Sie empfahlen einen Arbeitsversuch im geschützten Rahmen während zwei bis drei Stunden pro Tag, um dem Beschwerdeführer eine Tagesstruktur zu geben und ihn zu aktivieren. Eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt könne indes nicht mehr erlangt werden (Urk. 6/84/9-10). 3.1 0

Den MEDAS-Gutachtern (vgl. dazu nachfolgende E. 3.11) lag laut Aktenzusammenfassung im Gutachten der Austrittsbericht der Rehaklinik

K. ___

vom 18. Mai 2017 vor. Den Austrittsbericht fassten die MEDAS-Gutachter wie folgt zusammen: Der Beschwerdeführer habe dort vom 4. April bis 8. Mai 2017 an einem

ganzheitlich orientierten, interdisziplinären Behandlungsprogramm für Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen teilgenommen. Als psychiatrische Diagnosen seien eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel gradige Episode (ICD-10 F33.1), sowie chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) vermerkt worden ; als somatische Diagnose unter anderem rezidivierende Kollapszustände mit Bewusstlosigkeit bei Kreislauf dysregulation (Urk. 6/102/22) . Während des Aufenthaltes seien keine Synkopen aufgetreten (Urk. 6/102/22-23), jedoch sei der Beschwerdeführer beim anlässlich des Eintritts durchgeführten Schellong-Test bewusstlos geworden (Urk. 6/102 /23). Der Schellong-Test erkläre die Kollapsneigung, nicht aber den Dauerschwindel (Urk. 6/102/24) . 3.1 1

3.1 1 .1

Die Ärzte

der MEDAS B. ____

führten in ihrem Gutachten vom 28. Juli 2017 aus , der Beschwerdeführer habe hauptsächlich über die dauernde Angst vor Bewusstseinsverlust geklagt, welcher ohne Vorzeichen, unmotiviert, unabhängig von äusseren Einflüssen und wie ein Blitz aus heiterem Himmel eintrete. Daneben leide er an einem stets vorhandenen Schwindelgefühl (eher Dreh- als Schwank schwindel) und an stetig in unterschiedlicher Intensität vorhandenen , besonders linksseitig temporo -occipital lokalisierten Kopfschmerzen (Urk. 6/102/25). Allgegenwärtig fühle er sich immer extrem müde und erschöpft (Urk. 6/102/26). 3.1 1 .2

Dr. med. L. ____ , Facharzt

für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Gutachten aus , bei der Beschwerdeschilderung hätten Angstgefühle vor erneuten Stürzen und ein konsekutives Vermeidungsverhalten im Vordergrund gestanden. Depressive Symptome wie Kraftlosigkeit, Energielosigkeit, erhöhte Ermüd - und Erschöpfbarkeit hätten bereits zwei Jahre vor dem ersten Sturzereignis bestanden, als er noch erwerbstätig gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe über ein vermehrtes Nachkontrollieren seiner Arbeiten zu jener Zeit berichtet. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer damals unter einem erhöhten intrapsychischen Distress mit wahrscheinlich konsekutiver erhöhter Ermüd - und Erschöpfbarkeit gelitten habe. Inwieweit dieser Distress das Ausmass einer depressiven Episode angenommen habe, sei nicht sicher beurteilbar, da zeitnahe medizinische Akten fehlten. Der Beschwerdeführer habe über andauernde Kopfschmerzen mit einem Ruheschmerz bei 3 und Schmerzspitzen bei 9 berichtet, indes während der Untersuchung keinen schmerz erfüllt leidenden Eindruck gemacht . Gegen Ende der dreistündigen Untersuchung seien die erhöhte Ermüd - und

Erschöpfbarkeit an der Sitzhaltung und an der Denkverlangsamung objektivierbar gewesen (Urk. 6/102/46). Diese erhöhte Ermüd - und Erschöpfbarkeit mit damit verbundenen Beeinträchtigungen der kognitiven Funktionen sei der Hauptbefund gewesen in der klinischen Untersuchung . Bei deren Genese spielten die vor der Exploration schlecht durchgeschlafene Nacht und das anstrengende Gespräch eine Rolle. Depressionsbedingte kognitive Beeinträchtigungen seien hingegen nicht objektivierbar gewesen . Des Weiteren hielt Dr. L. ____ fest, die von den behandelnden Ärzten genannten Befunde seien nicht plausibilisiert worden und daher nur beschränkt verwertbar (Urk. 6/102/47). In den letzten

Jahren habe ein sozialer Rückzug stattgefunden, der aber nicht genügend durch eine Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis erklärbar sei. Bei der Genese des Rückzugs spielten unter anderem die knappen finanziellen Ressourcen und die Schwerhörigkeit eine Rolle (Urk. 6/102/48). Die Symptome einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) seien nicht erfüllt (Urk. 6/102/49-50). Psychologisch nachvollziehbar indiziere die mit der Hörbehinderung einhergehende soziale Desintegration depressive Gefühle. Diese hätten indes keine Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit. Zum Untersuchungzeitpunkt erfüllte der Beschwerdeführer grenzwertig die diagnostischen Kriterien für eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F33.0; Urk. 6/102/50). Ferner legte der psychiatrische Teilgutachter dar, bei der Schmerzgenese würden psychiatrische Erkrankungen grossmehrheitlich keine Rolle spielen. Denn die in den Akten beschriebene Depression habe nicht das Ausmass einer Major Depression, die psychisch belastenden Lebensereignisse hätten nie das Ausmass einer posttraumatischen Belastungsstörung angenommen und klinisch seien keine Anhaltspunkte für eine konversionsneurotische Störung zu finden gewesen (Urk. 6/102/50). Der Beschwerdeführer weise keine psychosomatische Persönlichkeitsstruktur auf und er habe während der Untersuchung nie einen schmerzerfüllt leidenden Eindruck gemacht. Die diagnostischen Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren seien nicht erfüllt. Ebenso wenig seien dissoziative Zeichen während der Untersuchung beobachtbar gewesen. Da die Anfälle auch nicht durch Trigger ausgelöst würden, könnten dissoziative Krampfanfälle (ICD-10 F44.5) ausgeschlossen werden (Urk. 6/102/51). Gestützt auf den Austrittsbericht der Rehaklinik

K.____ müsse davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer in der Lage gewesen sei, die nötigen Anpassungsleistungen an den Klinikalltag zu erbringen. Auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer bereit wäre zu einem Arbeitsversuch in einer sitzenden Tätigkeit, sei kongruent mit der gutachterlichen Beurteilung, dass beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründbar sei (Urk. 6/102/52). Anhand des Mini-ICF-APP-Bogens sei von einer leichten Beeinträchtigung von Proaktivität und Spontanaktivitäten, Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, Mobilität und Verkehrsfähigkeit auszugehen. Vor allem aufgrund der Hörstörung nicht sicher beurteilbar seien die Konversations- und Kontaktfähigkeit zu Dritten sowie die Gruppenfähigkeit. In den übrigen Bereichen lägen keine Beeinträchtigungen vor. Nach dem Gesagten liege aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 6/102/53). 3.1.1.3

Dr. med. M.____, Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie, diagnostizierte in seinem Teilgutachten einen eindeutigen Morbus Menière links mit/bei an Taubheit grenzender Resthörigkeit, rezidivierenden Schwindelattacken, chronischem Tinnitus und rezidivierenden Stürzen, differentialdiagnostisch Drop Attacks im Rahmen von Tumarkin-Krisen, sowie eine mittelgradige sensorineurale Schwerhörigkeit rechts, differentialdiagnostisch im Rahmen eines endolymphatischen Hydrops (Urk. 6/102/58). Dr. M.____ führte aus, die Problematik habe 2003 mit einem Hörsturz begonnen. In der Folge seien die typischen Schwindelattacken mit Ohrdruck sowie Völlegefühl aufgetreten. Zudem komme es seit einigen Jahren zu rezidivierenden unklaren Stürzen. Im Verlauf eines Morbus Menière könne es zu Drop Attacks respektive Tumarkin-Krisen kommen. Dabei stürzten Patienten ohne sich wehren zu können und ohne Vorwarnung plötzlich zu Boden. Da ausführliche

neurologische und kardiologische Abklärungen keine Ursache für die Stürze des Beschwerdeführers ergeben hätten, kämen Tumarkin-Krisen als Ursache der Stürze durchaus in Frage. Die im Rahmen der Stürze auftretende Bewusstlosigkeit passe jedoch nicht zu einer Drop Attack, bei welcher definitionsgemäss keine Bewusstlosigkeit auftrete, was gegen diese These spreche. Allenfalls komme es vasovagale respektive vegetativ bedingt - durch den Sturz ausgelöst - zu kurzen Bewusstlosigkeiten (Urk. 6/102/59). Eine solche vasovagal bedingte Bewusstlosigkeit sei im Austrittsbericht der Rehaklinik

K. ___ vom 18. Mai 2017 anlässlich des Schellong-Tests beschrieben worden (Urk. 6/102/31). Aufgrund der permanenten Sturzgefahr bestehe betreffend die bisherige Tätigkeit als Spengler/Sanitär eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Arbeiten auf Leitern, Dächern, Tätigkeiten mit gefährlichen Maschinen sowie das Führen eines Lastwagens seien verboten. Ungeeignet seien zudem Überkopparbeiten sowie permanent im Stehen erfolgende Tätigkeiten. Aufgrund der Schwerhörigkeit sei ein lärmiger Arbeitsplatz ebenfalls ungeeignet. Zudem dürften keine hohen Anforderungen an das Gehör bestehen (viel Telefonieren, Kundenkontakt etc.). Für eine geeignete Tätigkeit im Sitzen in ruhiger Umgebung sei der Beschwerdeführer aus HNO-ärztlicher Sicht voll arbeitsfähig (Urk. 6/102/59). 3.1 1 .4

Im Übrigen ist dem Gutachten zu entnehmen, aus allgemein-internistischer Sicht liege keine langandauernde Arbeitsunfähigkeit vor. Für die häufig vorhandenen linksseitig lokalisierten besonders temporo-occipital auftretenden Kopfschmerzen und die gelegentlichen thorakolumbalen Rückenbeschwerden bestehe kein klares diagnostisches Korrelat. Ohnehin sei das Ausmass dieser Schmerzen nicht invalidisierend (Urk. 6/102/31). Insgesamt gelangten die Gutachterpersonen zum Schluss, für die bisherige Tätigkeit bestehe seit November 2011 eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit. In einer geeigneten Tätigkeit im Sitzen in ruhiger Umgebung sei der Beschwerdeführer indes zu 100 % arbeitsfähig. Dies vermutlich seit November 2011, spätestens aber seit dem Zeitpunkt, in welchem die Taggeldversicherung keine Leistungen mehr erbracht und das Angestelltenverhältnis nicht mehr bestanden habe. Bezüglich beruflicher Massnahmen hielten die Gutachter fest, falls beim Beschwerdeführer eine genügende Motivation vorhanden und erkennbar sei, werde eine erneute Einleitung beruflicher Massnahmen empfohlen (Urk. 6/102/32-33). 3.1 2

Die Fachpersonen des Z. ___ äusserten sich am 22. September 2017 dahingehend zum psychiatrischen Teilgutachten, dass die Beschwerden oberflächlich aufgenommen worden seien. Zurzeit bestünden Konzentrationsstörungen (kein Lesen mehr), Vergesslichkeit (Herd abstellen, Wohnung abschliessen), Gedankenkreisen, Sinnlosigkeitsgedanken, Müdigkeit, Lust- und Interesselosigkeit (nur noch TV, ansonsten kein Interesse an der Familie; so habe der Beschwerdeführer keine Ahnung, wie gut der jüngere Sohn in der Gewerbeschule sei), Appetitabnahme, Rückzug (Kontakt nur noch in der Familie). Die Häufigkeit der Bewusstseinsstörungen habe auf einmal pro vier bis sechs Wochen reduziert werden können. Zwischen den Synkopen komme es über Wochen zu klaren Remissionen der Depression, aktuell verlaufe sie aber progredient. Gegenwärtig sei sie mittelgradig ausgeprägt (Urk. 6/109/2).

Des Weiteren bemängelten sie, eine konversionsneurotische Störung sei nicht in nachvollziehbarer Weise verneint worden und es sei keine Fremdanamnese erhoben worden. Sodann habe das von ihnen eingesetzte Wiener Testsystem deutliche kognitive

Beeinträchtigungen zu Tage gefördert (Urk. 6/109/3). Angesichts der deutlichen Ausprägung und Chronifizierung der Störungen sei die Diagnose einer lediglich leichten Depression nicht aufrecht zu erhalten und das Fehlen eines diagnostischen Korrelats zu den Bewusstseinsverlusten nicht zu rechtfertigen. Da der Beschwerdeführer vollständig verunsichert sei durch den Schwindel und die motivlosen Stürze, sei er bei nachvollziehbarer Angst und dauerndem Schwindel auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 6/109/4). 3.1 3

RAD-Arzt med. pract . N.____ , Facharzt für Neurologie, hielt in seiner Stellungnahme vom 20. November 2017 fest, die Beurteilung durch das Z.____ entspreche einer anderen Einschätzung desselben Sachverhalts. Er wies darauf hin, die Schwere einer Depression bemesse sich nicht nur anhand der Anzahl der Symptome, sondern auch anhand deren Schwere. Die Ergebnisse der neuropsychologischen Diagnostik seien mangels Beschwerdevalidierung und Diskussion in Bezug auf die Beeinflussung durch die Hörminderung nicht verwertbar. Auch zeige sich in der beruflichen und privaten Biographie keine kognitiv bedingte, sondern eine durch Schwindelattacken bedingte Beeinträchtigung. Das Schmerzsyndrom zeige keinen invalidisierenden Charakter, da diesbezüglich keine suffiziente Behandlung erkennbar sei (Urk. 6/121/8).

Diese Stellungnahme wurde von den Fachpersonen des Z.____ am 8. Januar 2018 wiederum kritisiert . Die Ärzte des Z.____ blieben bei ihren Standpunkten (Urk. 3/19). 3.1 4

Lic. phil. C.____

und Dr. D.____

berichteten am 29. Mai 2019 über ihre gleichentags erfolgte verhaltensneurologisch-neuropsychologische Untersuchung (Urk.

E. 12

S. 2) . Insgesamt entsteht nach dem Gesagten der Eindruck, dass das Z.____ den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht in erster Linie objektiven Kriterien gehorchend darstellte. Die Berichte des Z.____ zeigen damit – im Vergleich zum Gutachten – deutlich die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (BGE 137 V 210 E. 1.2.4, 124 I 170 E. 4) auf und bestätigen die Erfahrungstatsache, dass die Angaben der behandelnden Ärzte und Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten ausfallen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Insgesamt erweisen sich die Berichte des Z.____

als zu wenig objektiv und aussagekräftig in Bezug auf die medizinische Zumutbarkeitsbeurteilung, als dass für die Anspruchsprüfung auf diese abgestellt werden könnte.

Hingegen steht die gutachterliche Beurteilung, wonach die Depressivität leicht ausgeprägt ist, in Einklang mit der Beurteilung durch das Zentrum J.____

vom 23. Dezember

2013 (Urk. 6/ 55/15 oder vorstehende E. 3. 5).

Des Weiteren ist es beim Fehlen eines schmerz erfüllt leidenden Eindrucks (Urk. 6/102/29,

Urk. 6/102/46, Urk. 6/102/51) nachvollziehbar, dass Dr. L. ___ das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) verneint hat (Urk. 6/102/29).

Für die Diagnose von dissoziativen Krampfanfällen (ICD-10 F44.5) fehlte es so wohl an der Auslösung durch Trigger als auch an dissoziativen Zeichen während der Untersuchung (Urk. 6/102/29).

4.2.4

Im Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer sodann den Bericht von lic. phil. C. ___ und Dr. D. ___ vom 29. Mai 2019 ein (Urk. 12). Recht sprechungsgemäss bildet der Erlass des angefochtenen Entscheids die Grenze der richterlichen Überprüfungsbe fug nis (vgl. etwa BGE 131 V 407 E. 2.1.2.1 und BGE 129 V 354 E. 1). Dem Bericht ist jedoch zu entnehmen, bei den von Dr. L. ___ beschriebenen Ermüdungszeichen, der zurückhaltenden Psychomotorik, der reduzierten Mimik, dem zunehmend schwerbesinnlichen Ein druck, dem verlang sam ten Denken und der reduzierten Schwingungs- und Resonanzfähigkeit habe es sich bereits um Zeichen des medial-frontalen Verhaltenssyndroms gehandelt, auf welches nun Hinweise bestünden (Urk. 12 S. 4). Dies ist insofern nicht relevant, als

Dr. L. ___ diesen Auffälligkeiten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimass. Anders gesagt waren diese Einschränkungen, jedenfalls gemäss der im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung relevanten Abklärungser gebnisse, nicht in einer Ausprägung vorhanden, welche einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehabt hätte. Ferner ist auch nicht ersichtlich, inwiefern sich die von lic. phil. C. ___ und Dr. D. ___ beschriebenen kognitiven Beein träch tigungen bei einer angepassten Tätigkeit auf einfachem Niveau konkret limi tie rend auszuwirken vermöchten. Vor dem Hintergrund der insgesamt ni cht schwer ausgeprägten Befunde leuchtet die Schlussfolgerung einer 50-70%igen Ein schrän kung der Arbeitsfähigkeit zumindest für eine Tätigkeit, welche kognitiv keine besonderen Anforderungen an den Beschwerdeführer stellt, nicht ein. Mithin ver mag der genannte verhaltens neurologisch-neuropsychologische Bericht keine Zweifel an der Beweiswertigkeit des Gutachtens der MEDAS B. ___ zu wecken. 4.2.5

Nach dem Gesagten erweist sich das psychiatrische Teilgutachten als nach voll ziehbar und es ist mit Dr. L. ___ davon auszugehen, dass aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt (Urk. 6/102/45).

Mit dieser Beurteilung korrelieren auch die mittels Mini-ICF-APP Ratingbogen erhobenen maximal leicht ausgeprägten Beeinträchtigungen (Urk. 6/102/55-56). Da im beweiswertigen psychiatrischen Gutachten eine Ar beits unfähigkeit aus psychiatrischer Sicht in nachvollziehbarer Weise verneint w u r d e und den gegenteiligen Einschätzungen durch die Ärzte des Z. ___ kein Be weiswert zugemessen werden kann (E. 4.2.3 hiervor), bleibt die Prüfung der Standard indi katoren entbehrlich (Urteil des Bundesgerichts 8C_309/2018 vom 2. August 2018 E. 5.3.2). Dies entgegen dem Einwand des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 26 S. 3).

4.3

Zusammengefasst ist festzu halten , dass das Gutachten den Anforderungen an eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage genügt und darauf abgestellt wer den kann. Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens (vgl. den Antrag in Urk. 26 S. 1) oder von beruflichen Abklärungen (vgl. den Antrag in Urk. 1/1 S. 2) sind keine weitergehen den

Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d), weshalb davon abzusehen ist.

Folglich ist von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszu gehen, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits seit November 2011 bestand (Urk. 6/102/33).

Der Ein wand des Beschwerdeführers, das Gutachten habe sich nicht zu den Arbeitsunfähigkeiten vor der Exploration geäußert (Urk. 26 S. 1), geht angesichts dessen fehl, dass die Gutachter zum mutmasslichen Beginn der reduzierten Arbeitsfähigkeit Stellung nahmen (Urk. 6/102/33 Ziff. 5.4). Dass dies nicht sehr detailliert geschah, hängt damit zusammen, dass ihre Beurteilung bezüglich der angestammten Tätigkeit mit jener des damals behandelnden Dr. G.____ übereinstimmt (E.

3.2 vorstehend), und dass bezüglich einer angepassten Tätigkeit Anhaltspunkte für eine relevante Veränderung in der Vergangenheit fehlen. 5. 5.1

Zu prüfen bleibt somit, ob die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad korrekt ermittelt hat.

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 gleichener 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, 128 V 29 E. 1). 5.2

5.2.1

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, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1). 5.2.2

Der unbestritten gebliebenen Annahme der Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführer wäre bei guter Gesundheit weiterhin als Sanitärmoniteur bei Y.____ sowie im Nebenerwerb bei der E.____ tätig (Urk. 2 S. 2), steht in diesem Sinne nichts entgegen. Im Jahr 2012 hätte der Beschwerdeführer bei Y.____ laut Arbeitgeberfragebogen vom 14. Mai 2012 Fr. 69'550.-- verdient (Urk. 6/38/3), was angesichts des im Auszug aus dem individuellen Konto des Beschwerdeführers (IK-Auszug) für das Jahr 2010 - vor Eintritt des Gesundheitsschadens - ausgewiesenen Einkommens von Fr. 68'900.-- (Urk. 6/40/3) plausibel ist. Gemäss IK-Auszug erzielte der Beschwerdeführer im Jahr 2010 im

Nebenerwerb bei der E.____ ein Einkommen von Fr. 6'130.-- (Urk. 6/40/3). Angepasst an die Nominallohnentwicklung (Bundesamt für Statistik; Tabelle T1.1.10 Nominallohn index, Männer 2011-2018; Total)

ergibt sich fürs Jahr 2012 ein Betrag von rund Fr. 6'234.-- (Fr. 6'130.-- : 100 x 101.7).
Folglich belief sich das Valideneinkommen

insgesamt auf Fr. 75'784 .--

(Fr. 69'550.-- + Fr. 6'234.--)

im Jahr 2012. 5.3

5.3.1

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, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Bezug 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, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 5.3.2

Der Beschwerdeführer ging nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit keiner Arbeit mehr nach, weshalb auf die Tabellenlöhne gemäss LSE abzustellen ist. Rechtsprechungsgemäss sind daher die Löhne für Männer (LSE 2012 TA1 _tirage_skill_level) in einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) heranzuziehen, sodass - angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2012 (vgl. Tabelle T 03.02.03.01.04 .01,

betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) in angepasster Tätigkeit ein Invalideneinkommen von Fr. 65'177 .-- resultiert (Fr. 5'210 .-- x 12 : 40 x 41.7). Der Auffassung des Beschwerdeführers, das Invalideneinkommen sei mit höchstens Fr. 30'000.-- zu beziffern (Urk. 1/1 S. 18) kann demnach nicht gefolgt werden. 5.4 5. 4.1

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -c c). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeiter Tätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2). 5. 4.2

Die Beschwerdegegnerin nahm aufgrund der langen Betriebszugehörigkeit einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn von 5 % vor (Urk. 2 S. 2).

Der Beschwerdeführer beantragt, es sei ein Abzug von 25 % zu berücksichtigen (Urk. 1/1 S. 19).

Da wegen der Schwerhörigkeit sowie der Einschränkung betreffend das Bedienen von gefährlichen Maschinen nicht sämtliche sitzenden Tätigkeiten in Frage kommen, ist aufgrund dieser qualitativen Einschränkungen ein Leidensabzug angezeigt . Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers wirkt sich hin gegen die geltend gemachte längere Abwesenheit vom Arbeitsmarkt mit Blick auf die zumutbaren Hilfsarbeitertätigkeiten im untersten Kompetenzniveau nicht in relevanter Weise auf das Invalideneinkommen aus (Urteil des Bundesgerichts 8C_166/ 2017 vom 3. Juli 2017 E. 6 mit Hinweisen). Das Alter des 1967 geborenen Beschwerdeführers vermag keinen Leidensabzug zu begründen, da Hilfsarbeiten auf dem massgeblichen hypothetischen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.4.4 mit Hinweis). Weitere Gründe für einen Leidensabzug sind

– abgesehen von der von der IV-Stelle berücksichtigten langen Betriebszugehörigkeit , wobei dieser auf dem tiefsten Kompetenzniveau praxisgemäss nur eine

geringe Bedeutung zukommt (Urteil des Bundesgerichts 9C_874/2014 vom 2. September 2015 E. 3.3.2) - nicht ersichtlich. Nach dem Gesagten und unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu ähnlich gelagerten Fällen (vgl. bei spielsweise Urteile des Bundesgerichts 8C_238/2014 vom 1. Juni 2015 E. 6.3.2, 8C_319/2017 vom 6. September 2017 E. 3.3.2.1) ist der Leidensabzug ermessensweise auf gesamthaft 10 % festzusetzen.

Dies führt zu einem Invalideneinkommen von rund Fr. 58'659.-- (Fr. 65'177 .-- x 0.9). 5. 5

5.5.1

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_118/2015 vom 9. Juli 2015 E. 2.1 mit Hinweis).

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Restvermögensfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise

nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalles ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138

V 457 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht (BGE 138 V 457 E. 3.2 mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Gemäss BGE 138 V 457 richtet sich der Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, nach dem Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit (E. 3.3). Als ausgewiesen gilt die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 143 V 431 E. 4.5.1; vgl. BGE

138

V 457 E. 3.4).

5.5.2

Der Beschwerdeführer ist der Auffassung, es sei ihm altersbedingt nicht mehr möglich, seine Restarbeitsfähigkeit zu verwerten (Urk. 1/1 S. 18). Der am 16. Februar 1967 geborene Beschwerdeführer (Urk. 6/8) war im massgeblichen Zeitpunkt (BGE 138 V 457 E. 3.3) der Erstellung des MEDAS-Gutachtens vom 28. Juli 2017 50 Jahre alt. Bis zum Erreichen des AHV-Alters verblieb ihm mithin eine Aktivitätsdauer von fast 15 Jahren. Zwar ist der Beschwerdeführer auch in qualitativer Hinsicht in der Verwertung seiner Restarbeitsfähigkeit in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt, doch umfasst der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteil des Bundesgerichts 9C_693/2019 vom 18. Dezember 2019 E.

4.1.3 mit Hinweisen). Einfache Montage-, Sortier-, Verpackungs- und Überwachungsarbeiten könnte der Beschwerdeführer, immerhin mit jahrzehntelanger Berufserfahrung als Sanitärspengler und zudem Hausabwart sowie in feinmotorischen Tätigkeiten nicht eingeschränkt, durchaus ausüben

- gegebenenfalls

im Rahmen eines solchen Arbeitsplatzes. Im Lichte der relativ hohen Hürden,

welche das Bundesgericht für die altershalbe Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit stellt (vgl.

statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_118/2015 vom 9. Juli 2015 E. 4.4 und 8C_28/2017 vom 19. Juni 2017 E. 5.2, je mit Hinweis),

und in Anbetracht der hohen Restarbeitsfähigkeit von 100 % ,

ist von der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auszugehen . 5. 6

Nach dem Gesagten ist für den Einkommensvergleich von einem Valideneinkommen von Fr. 75'784.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 58'659.-- auszugehen, womit sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 17'125.-- und damit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von gerundet

23 % ergibt (Fr. 17'125.-- : Fr. 75'134.-- x 100 ; zur Rundung vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2)
. 6.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers in der angefochtenen Verfügung vom 4. Dezember 2017 (Urk. 2) zu Recht verneint. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist dementsprechend abzuweisen. 7.

7.1

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung . Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung (vgl. Urk. 7) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen; dies unter Hinweis auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). 7.2

Rechtsanwältin Christina Kotrba , Zürich , ist als

mit Verfügung vom 27. Februar 2018 (Urk. 7) bestellte und mit Verfügung vom 27. September 2019 (Urk. 21) entsandene unentgeltliche Rechtsvertreterin für ihre auf diese Zeitperiode entfallenden Aufwendungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Nach § 34 Abs. 3 GSVGer bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt.

Der von Rechtsanwältin Kotrba mit Eingabe vom 2. März 2018 (Urk. 9) geltend gemachte Aufwand von 20,1 Stunden ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen. Namentlich erscheint ein Aufwand von 16,8 Stunden für die Ausarbeitung der Beschwerdeschrift , die 17 Seiten mit Darlegungen zur Sache umfasst, als überhöht. Angesichts der zwar eher umfangreichen , aber aus dem

Vorbescheidverfahren bereits bekannten Akten der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 6/64) , der Schwierigkeit der Sache

und de s

mit Bezug auf die Darlegung der Bedürftigkeit geringen Aufwands im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung ist ein Aufwand von insgesamt zehn Stunden gerechtfertigt. Die Entschädigung ist bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) für frei berufliche Anwälte auf Fr. 2'440.-- (inklusive Barauslagen von 3 %

und Mehrwertsteuer) festzusetzen. 7.3

Der mit Verfügung vom 27. September 2019 (Urk. 21) neu bestellte unentgeltliche Rechtsvertreter Thomas Wyss, Zürich, machte mit Honorarnote vom 24. Februar 2020

Aufwendungen von insgesamt 9 Stunden und 20 Minuten sowie Barauslagen von Fr. 61.60 geltend (Urk. 31),

woraus eine Entschädigung von Fr. 2'277.70 (9,33 Stunden x Fr. 220.-- zuzüglich Barauslagen von 3 % zuzüglich Mehrwertsteuer von 7,7 %) resultiert. Der geltend gemachte Aufwand ist angesichts der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses angemessen. Der unentgeltliche Rechtsvertreter ist demgemäss für seine Bemühungen und Barauslagen mit Fr. 2'277.70 (Mehrwertsteuer inbegriffen) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er auch zur Nachzahlung der Entschädigung für seine Rechtsvertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die am 27. Februar 2018 bestellte und am 27. September 2019 entlassene unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Christina Kotrba, Zürich, wird mit Fr. 2'440.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Der am 27. September 2019 neu bestellte unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Thomas Wyss, Zürich, wird mit Fr. 2'277.70 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Wyss - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - Rechtsanwältin Christina Kotrba, SWMB Rechtsanwälte, Riesbachstrasse 57, Postfach, 8034 Zürich sowie an: - Gerichtskasse 6.

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 1

5. 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
Die Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
FehrWidmer

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