

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00838 vom 7. Januar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-01-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00838

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00838 du 7 janvier 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00838 del 7 gennaio 2020

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). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; 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 ausgeglicherer Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (sogenannte materielle Revision;

Art. 17 Abs. 1 ATSG).

Der Revisionsordnung nach Art. 17 ATSG geht der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet haben, zurückzukommen, wenn sie zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (sogenannte Wiedererwägung; Art. 53 Abs. 2 und 3 ATSG; BGE 144 I 103 E. 2.2, 141 V 405 E. 5.2, 138 V 147 E. 2.1). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 ATSG gestützte Revisionsverfügung mit dieser substituierten Begründung schützen (vgl. BGE 144 I 103 E. 2.2, 140 V 85 E. 4.2, 125 V 368 E. 2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_121/2017 vom 5. Juli 2018 E. 8.2).

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 27. September 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 27. August 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und die Rente sei nicht einzustellen. Auf jeden Fall sei aber von einer wiedererwägungsweisen Aufhebung der Verfügung vom 15. Dezember 2015 abzusehen und die Rente sei erst auf Ende August 2018 einzustellen (Urk. 1 S. 1).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete in ihrer Verfügung (Urk. 2) die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 15. Dezember 2015 damit, dass im damaligen Verfahren die zumutbare Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit nicht genügend abgeklärt worden sei.

Gemäss der 2017 erfolgten polydisziplinären Abklärung

habe sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers wieder verbessert, und seine bisherige Tätigkeit als Flachdachisoleur

sei ihm wieder zu 50 % zumutbar . Eine angepasste körperlich sehr leichte und überwiegend sitzende Tätigkeit unter Vermeidung von kraftvollem Zupacken der Hände mit einer Gewichtslimite von 5 kg sei ihm seit jeher zu 100 % zumutbar.

Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % resultiere ein rentenanspruchsausschliessender Invaliditätsgrad von 29 % . Das veranlasste Gutachten sei beweismässig (S. 2 f.).

E. 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass zu bezweifeln sei, dass die Gutachter eine rückwirkende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgeben könnten, dies umso weniger, als bei den behandelnden Ärzten keine Berichte eingeholt worden seien. Immerhin sei es so, dass der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) zur Überzeugung gelangt sei, dass er invalide sei (S. 2 f. Ziff. 3-4) . Die Gutachter hätten dringende medizinische Massnahmen empfohlen und von einem geplanten chirurgischen Eingriff gesprochen. Zudem sei festgehalten worden, dass das Schlafapnoesyndrom über die Begutachtung nicht habe geklärt werden können. Es sei ihm am 22. Mai 2018 ein Herzschrittmacher im plantiert worden. Seine effektive künftige Arbeitsfähigkeit habe nur vermutet werden können (S. 3 f. Ziff. 5). Das Gutachten sei keine verlässliche Grundlage für eine Renteneinstellung , und die Voraussetzungen für eine wiedererwägungsweise Aufhebung der Rentenzusprache seien für diese Zeit ohnehin nicht erfüllt (S. 4 f. Ziff. 6-7) .

Vorab ist zum Antrag des Beschwerdeführers, dass von einer wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 15. Dezember 2015 abzusehen und die Rente erst auf Ende August 2018 einzustellen sei (vgl. Urk. 1 S. 1) , festzuhalten, dass gemäss der angefochtenen Verfügung vom 27. August 2018 (Urk. 2) die Rente unter Beachtung von Art. 88 bis Abs. 2 lit . a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)

erst auf Ende des nach der Zustellung der Verfügung folgenden Monats, mithin per Ende September 2018 aufgehoben wurde. Zudem wurde in der Begründung der Verfügung ausgeführt, dass die bisherige Dreiviertelrente wiedererwägungsweise für die Zukunft eingestellt werde. Der diesbezügliche Antrag des Beschwerdeführers erweist sich demnach als gegenstandslos.

Strittig und zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdegegnerin die Verfügung vom 15.

Dezember 2015 (Urk. 8/87-89) zu Recht wiedererwägungsweise aufgehoben und die Rentenleistungen per Ende September 2018 eingestellt hat. 4. 4 .1

Im Zusammenhang mit der mit Verfügung vom 15. Dezember 2015 (Urk. 8/ 87-89) rückwirkend ab Juni

2014 erfolgten Zusprache einer Dreiviertelrente

lagen die folgenden medizinischen Berichte

vor : 4 .2

Dr. med.

Z.____ , Leitender Oberarzt Orthopädie, A.____ , stellte in seinem Bericht vom 26. November 2013 (Urk. 8/35/3-4) folgende Diagnose n (S. 1 Ziff. 3) : - linksbetonte, bilaterale radiale Epicondylitis - Status nach insgesamt viermaliger Kortison-Infiltration beidseits

Als Nebendiagnosen nannte Dr. Z.____ eine arterielle Hypertonie , eine Herzinsuffizienz sowie eine Adipositas (S.

1 Ziff.

3). Dr. Z.____ führte zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit aus, der Patient sei aufgrund der geäußerten Beschwerden zu 100 % arbeitsunfähig. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit und die Prognose seien schwierig dingfest zu machen (S. 2 Ziff. 6). In einer leichten körperlichen Arbeit wäre er sicherlich arbeitsfähig. Im Beruf als Isoleur sei er arbeitsunfähig. Heben und Tragen müssten bei 2 bis 3 kg limitiert werden , und Überkopftätigkeiten seien auch nicht möglich. Hantieren in Körperferne sei ebenfalls aus dem Anforderungsprofil zu streichen (S. 2 Ziff. 7). 4.3

PD Dr. med. B.____ , Stellvertretender Chefarzt, Klinik für Herzchirurgie, C.____ , stellte in seinem Bericht vom 3. Juni 2014 (Urk. 8/49) folgende Diagnosen (S. 1): - dilatative Kardiomyopathie, Erstdiagnose Mai 2011 - chronisch

obstruktive

pulmonary

disease

(COPD) - schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom - Gynäkomastie - Adipositas per magna - Vitamin D-Mangel

PD Dr. B.____ führte aus, er habe den Beschwerdeführer am 16. April 2014 in seiner ambulanten Sprechstunde zur Einholung einer Zweitmeinung empfangen (S.

1 Mitte). Zur Arbeitsfähigkeit hielt

PD Dr. B.____ fest , dass der Patient angesichts der klinischen Symptomatik mit höchstens deutlich geringerer körperlicher Leistung eine Arbeit durchführen könne. Aus seiner Sicht sei die Arbeit als Dachdecker nicht zu befürworten, da beim Beschwerdeführer eine potentielle Gefahr von Synkopen respektive Herzrhythmusstörungen nicht auszuschliessen sei (S. 2 oben). 4.4

Dr. med.

D.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, stellte in ihrem Bericht vom 4. Dezember 2014 (Urk. 8/64/1-5) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - dilatative Kardiomyopathie, bestehend seit dem Jahr 2011 - COPD - schweres Schlafapnoesyndrom, bestehend seit dem Jahr 2013 - bilaterale radiale Epicondylitis , bestehend seit dem Jahr 2011 - Adipositas

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. D.____ einen Diabetes Mellitus Typ 2, bestehend seit dem Jahr 2013 (Ziff. 1.1). Dr. D.____ führte aus, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahr 2013 bei ihr in Behandlung und die letzte Kontrolle am 14. November 2014 erfolgt sei (Ziff. 1.2). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Dachdecker bestehe seit dem 10. Juni 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Es bestehe eine eingeschränkte kardiale Belastbarkeit sowie eine eingeschränkte Belastbarkeit beider Arme. Aufgrund der eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit sei die angestammte Tätigkeit nicht mehr möglich (Ziff. 1.7). 4.5

Dr. med. Dr. rer. pol. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, RAD, stellte in seiner Stellungnahme vom 26. Juni 2015 (Urk. 8/76/6-7) folgende Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - dilatative Kardiomyopathie (Erstdiagnose Mai 2011) - COPD - schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom - linksbetonte bilaterale radiale Epicondylitis mit einem Status nach vier maliger Kortison-Infiltration beidseits ohne operative Konsequenzen

Als Diagnosen ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr.

E.____ eine Gynäkomastie, eine Adipositas per magna und einen Vitamin D-Mangel. Dr. E.____ führte aus, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei gegenüber der RAD-Einschätzung vom 24.

Mai

2013 tendenziell etwas schlechter geworden, wobei keine Veränderung in der IV-Relevanz eingetreten sei. Aufgrund einer Epikondylitis und einer Herzproblematik seien Dachdecker tätigkeiten (schwere Tätigkeiten und Arbeiten in der Höhe) verunmöglicht. Körperlich leichte Tätigkeiten, mit auf 2 bis 3 kg limitiertem Heben und Tragen, ohne Überkopfarbeiten und ohne Hantieren in Körperferne, unter Vermeidung von Höhentätigkeiten und in Tagesschicht ohne Stressexposition seien dem Beschwerdeführer weiterhin zu 50 % zumutbar. 5.5.1

Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit - als Schranke für ein wiedererwägungswises Zurückkommen auf eine formell rechtskräftige Leistungszusprechung - ist rechtsprechungsgemäss so zu handhaben, dass die Wiedererwägung nicht zum Instrument einer voraussetzungslosen Neuprüfung von Dauerleistungen wird, zumal es nicht dem Sinn der Wiedererwägung entspricht, laufende Ansprüche zufolge nachträglicher besserer Einsicht der Durchführgorgane jederzeit einer Neubeurteilung zuführen zu können (Urteil des Bundesgerichts 8C_336/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 3.3 mit Hinweisen).

Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebende Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darboten, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - denkbar (Urteil des Bundesgerichts

8C_111/2019 vom 14. Juni 2019 E. 4.2, BGE 138 V 324 E. 3.3).

Zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung kann (auch) bei unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts gegeben sein. Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes. Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht

rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne (Urteil des Bundesgerichts 9C_362/2017 vom 8. August 2017 E. 2.1).

E. 5

November 2018 (Urk.

E. 5.2

Zu prüfen ist demnach, ob die gestützt auf die Stellungnahme von Dr. E.____ vom 26. Juni 2015 (vgl. vorstehend E. 4. 5) erfolgte Annahme einer Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von 50 % selbst in einer leidensangepassten Tätigkeit und die daraus rückwirkend ab Juni 2014 folgende Zusprache einer Dreiviertelsrente mit Verfügung vom 15. Dezember 2015 (Urk. 8/87-89) als zweifellos unrichtig einzustufen ist.

Qualifiziert unrichtig ist eine Verfügung unter anderem, wenn ihr ein unvollständiger Sachverhalt zugrunde liegt, so wenn - wie hier - eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes dazu führte, dass die Invaliditätsbemessung nicht auf einer nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beruht. So stellt die Stellungnahme von Dr. E.____ vom 26. Juni

2015 (vgl. vorstehend E. 4. 5) aus den nachfolgend aufgeführten Gründen keine taugliche Grundlage für die Rentenzusprache dar.

Dr. E.____ verwies in seiner Stellungnahme vom 26. Juni 20

E. 5.3

Aufgrund des Gesagten erfolgte die rückwirkend ab Juni 2014 erfolgte Zusprache einer Dreiviertelsrente mit Verfügung vom

E. 7

) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 7. Januar 2019 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S.

1) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk.

E. 7.3

Aufgrund des Gesagten ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu betrachten, dass spätestens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung Mitte März 2017 davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit zu 50 % und in einer leichten behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. 8 . 8 .1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen Einkommens 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 mit Hinweis). 8.2

Der Beschwerdeführer war vor Eintritt des Gesundheitsschadens vom 1. Oktober 2010 bis am 28. Februar 2014 als Vorarbeiter

Flachdachisoleur bei der K.____ in L.____

angestellt (vgl. Urk. 8/45).

Die Beschwerdegegnerin ging in der vorliegend angefochtenen Verfügung (Urk. 2) von einem Valideneinkommen des Beschwerdeführers im Jahr 2017 von rund Fr. 85'510.-- aus. Dieses Einkommen übernahm sie gemäss Berechnungsblatt vom 6. November 2017 (Urk. 8/127) aus dem Einkommensvergleich vom 12. August 2015 (Urk. 8/75), welcher auf den vom Beschwerdeführer eingereichten Lohnabrechnungen bei der K.____ für die Monate Januar bis März 2013 (Urk. 8/21) und dem dort angegebenen Bruttolohn von Fr. 6'435.-- basierte. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden und wurde vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten. 8.3

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, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens auf grund 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). 8.4

Da der Beschwerdeführer die in einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehende Arbeitsfähigkeit von 100 % (vgl. vorstehend E. 7.3)

nicht umsetzt, sind zur Bestimmung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) heranzuziehen.

Im Jahr 2016 belief sich der Medianlohn von Männern, Kompetenzniveau 1, auf Fr. 5'340.-- pro Monat (LSE

2016, Tabelle TA1, Total Männer, Kompetenzniveau 1). Umgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Total; vgl. www.bfs.admin.ch, Statistiken, Arbeit und Erwerb) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung im Jahr 2017 von 0.4 % (vgl. Nominallohnindex, Männer, 2011-2018, Tabelle T1.1.10, Total) resultiert ein hypothetischer Jahreslohn im Jahr 2017 von rund Fr. 67'071.-- (Fr. 5'340.-- : 12 x 41.7

x 1.004). 8.5

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 (BGE 126 V 75 E. 5b/aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/bb-c). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1).

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 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 und 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen).

Der von der Beschwerdegegnerin gewährte leidensbedingte Abzug von 10 % (vgl. vorstehend E. 2.1) trägt den konkreten Umständen des Beschwerdeführers angemessene Rechnung und ist daher nicht zu beanstanden. 8.6

Bei einem Valideneinkommen von rund Fr. 85'510.-- resultiert bei einem unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % errechneten Invalideneinkommen von Fr. 60'364.-- (Fr. 67'071.-- x 0.9) eine Einkommenseinbusse von Fr. 25'146.-- was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von rund 29 % entspricht.

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 9. 9.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zuzüglich der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). 9.2

Der

unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat von der ihm mit Gerichtsverfügung vom 7. Januar 2019 eingeräumten Möglichkeit, seine

Honorar nicht einzuzeichnen (Urk. 12 S. 2 Ziff. 3 Abs. 2), keinen Gebrauch gemacht. Er ist somit unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses und beim massgebenden Stundenansatz von Fr. 220. (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise mit Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt:

E. 12

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 15

Im Dezember 2015 (vgl. Urk. 8/87-89) in offenkundiger Verletzung des im Sozialversicherungsrecht allgemein gelten den Untersuchungsgrundsatzes im Sinne mangelhafter Sachverhaltsabklärung (vgl. vorstehend E. 5.1), und ist damit als zweifellos unrichtig einzustufen. Da deren Berichtigung angesichts des geldwerten Charakters der Leistung von erheblicher Bedeutung ist, war die Verwaltung unter dem Blickwinkel der Wiedererwägung befugt, darauf zurückzukommen (vgl. vorstehend E. 1.4). 6.6.1

Sind die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung erfüllt, müssen die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs pro futuro geprüft werden. Wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad zu ermitteln (Urteil des Bundesgerichts 8C_111/2019 vom 14. Juni 2019 E. 4.2).

Nachdem mit Verfügung des hiesigen Gerichts vom 2. Mai 2016 (Urk. 8/102/1-3) der Prozess als durch Rückzug der Beschwerde erledigt abgeschlossen wurde, nahm die Beschwerdegegnerin Abklärungen des medizinischen Sachverhalts vor und holte die folgenden Berichte ein: 6.2

Dr. D. ___ stellte in ihrem am 14. November 2016 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht (Urk. 8/115) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2): - dilatative Kardiomyopathie, Erstdiagnose im Jahr 2011 - arterielle Hypertonie, bestehend seit dem Jahr 2013 - Diabetes mellitus Typ 2, bestehend seit dem Jahr 2011 - COPD, bestehend seit dem Jahr 2011 - schweres Schlafapnoesyndrom, bestehend seit dem Jahr 2013 - chronische Epicondylitis, bestehend seit dem Jahr 2013 - Adipositas per magna, BMI 45

Dr. D. ___ führte aus, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär (Ziff. 1.1). Er sei seit dem Jahr 2011 bei ihr in Behandlung, und die letzte Kontrolle sei am 2. November 2016 erfolgt (Ziff. 3.1). Für die bisherige Tätigkeit als Dachdecker sei er zu 100% arbeitsunfähig. Eine angepasste Tätigkeit sei ihm maximal zwei bis drei Stunden am Tag zumutbar (Ziff. 2.1). 6.3

Am 12. Juni 2017 erstatteten die Gutachter der Medas

Y. ___ das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten (Urk. 8/126). Sie stellten zusammenfassend in der Hauptsache folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 38 III. Ziff. 1.1): - dilatative Kardiomyopathie (Erstdiagnose Mai 2011), derzeit klinisch gut kompensiert - morbid Adipositas, aktuell BMI 46.7 - Funktionsstörung der Arme bei behandlungsresistentem Reizsyndrom der

Ellbogen

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter ein chronisch obstruktives Schlafapnoesyndrom, einen Diabetes mellitus Typ 2 und eine geringe Funktionseinschränkung der Wirbelsäule bei Neigung zu Kreuzschmerzen (S. 38 III. Ziff. 1.2).

Zur Arbeitsfähigkeit und deren zeitlichen Verlauf in der angestammten Tätigkeit führten die Gutachter aus, dass seit dem 26. Juni 2015 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit als Flachdachisoleur bestehe. Die Minderung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit resultiere gesamthaft aus den durch die dilatative Kardiomyopathie, die morbid Adipositas und die Epicondylitis

humeri

radialis bedingten gesundheitlichen Einschränkungen (S. 40 f. Ziff. 3.1). In einer leidensangepassten, körperlich sehr leichten und überwiegend im Sitzen auszuübenden Tätigkeit ohne Arbeiten mit häufigem kraftvollem Zupacken der Hände, ohne Tragen von Lasten über 5 kg und ohne monotone, häufig wiederkehrende Bewegungsabläufe, habe seit jeher eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden (S.

41 Ziff.

3.2).

Die Gutachter führten aus, auf kardiologischem Gebiet habe die dilatative Kardiomyopathie aktuell zu einer mittelgradigen Einschränkung der linksventrikulären Pumpfunktion geführt, die derzeit allerdings unter der bestehenden medikamentösen Therapie gut kompensiert sei. Dennoch seien Arbeiten, die schwere körperliche Belastungen oder hohe körperliche Ausdauerleistungen erforderten, ungeeignet und nicht zumutbar (S. 38 f. III. Ziff. 2.1).

Auf allgemeinmedizinisch-internistischem Gebiet stehe die morbid Adipositas im Vordergrund, die eine Minderung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit bedinge. Das in den Berichten als Diagnose aufgeführte obstruktive Schlafapnoesyndrom sei grundsätzlich einer Behandlung mittels nächtlicher Maskenbeatmung gut zugänglich. Eine solche Behandlung sei jedoch vom Versicherten abgelehnt worden. Inwieweit das berichtete Schlafapnoesyndrom derzeit zu einer Leistungseinschränkung beitrage, habe sich bei der aktuellen Abklärung nicht sicher eruieren lassen. Eine ausgeprägte Tagesmüdigkeit sei vom Versicherten nicht berichtet worden (S. 39 oben).

Auf orthopädischem Gebiet bestehe als leistungseinschränkender Gesundheitsschaden beim Versicherten eine schmerzhaft Ellbogensymptomatik, die links deutlicher ausgeprägt sei als rechts, mit chronischer Ansatzreizung der Sehnenursprünge von Handgelenk- und Fingerstreckern, die dauerhaftes Arbeiten mit häufigem kraftvollem Zupacken der Hände im Sinne von monotonen, häufig wiederkehrenden Bewegungsabläufen nur eingeschränkt ermöglichen (S. 39 Mitte).

Zur Konsistenzprüfung führten die Gutachter aus, dass die Angaben des Versicherten - insbesondere das Ausmass der körperlichen Einschränkungen in der angestammten oder einer leidensangepassten Tätigkeit betreffend - nicht mit der aktuellen klinisch-kardiologischen Untersuchung und den Befunden der Ergonomie und

Echokardiographie, die für eine derzeit trotz massiver Adipositas gut kompensierte Herzinsuffizienz sprächen, in Einklang zu bringen seien.

Auf ortho pädischem Gebiet sei zu vermerken, dass bezüglich der Ellbogensymptomatik seit dem Jahr 2013 keinerlei fachärztliche Befunde mehr erhoben worden seien und seitdem auch keine entsprechende Therapie veranlasst worden sei. Zudem seien die vom Beschwerdeführer berichteten und präsentierten Symptome hinsichtlich der Ellbogen in sich nicht konsistent und in ihrem berichteten Ausmass nur schwer nachvollziehbar (S. 39 Ziff. 2.2). 6. 4

Dr. E.____, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 7. Juli 2017 (Urk. 8/128/4-5) aus, das Gutachten der Medas

Y.____ stütze sich auf die Akten, die zur Verfügung gestellten Unterlagen und die Ergebnisse eigener Anamneseerhebung und Befunde. Es sei umfassend und schlüssig. Es sei daher von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen. Das Belastungsprofil bestehe in körperlich sehr leichten und überwiegend sitzenden Tätigkeiten unter Vermeidung von kraft vollem Zupacken der Hände mit einem Gewichts limit von 5 kg.

Demnach bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und in einer angepassten Tätigkeit gemäss dem Belastungsprofil seit jeher eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Der Gesundheitszustand werde sich am ehesten nicht wesentlich ändern. 6. 5

Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, G.____, führte in seinem Bericht vom 4. Januar 2018 (Urk. 8/134) aus, dass sich anlässlich der heutigen Verlaufskontrolle drei Monate nach Anlage des proximalen Magenbypasses am 4. Oktober 2017 eine Gewichtsabnahme von 24 kg zeige. Der Patient komme mit den körperlichen Veränderungen sehr gut zurecht. Insgesamt zeige sich ein hervorragender postoperativer Verlauf mit hoher körperlicher Aktivität und Compliance des Patienten. Er wechsle jetzt nach morgendlichem Walken auf Schwimmen (S. 1). 6.6

Dr. med.

H.____, Oberarzt Orthopädie, A.____, nannte in seinem Bericht vom 4. Mai 2018 (Urk. 3/2) als Diagnose beidseitige Ellbogenschmerzen linksbetont bei/mit chronischer Epicondylopathia

humeri

radialis beidseits, einem Status nach insgesamt etwa 15-maliger Steroidinfiltration beidseits und einem Verdacht auf eine symptomatische Plica

humero

radialis beidseits. Als Nebendiagnose nannte er einen Diabetes mellitus Typ 2 und einen Status nach Implantation eines Herzschrittmachers am 22. Februar 2018 (S. 1).

Dr. H.____ führte aus, es sei eine Testinfiltration beider Ellbogengelenke mit Rapidocain erfolgt. Direkt im Anschluss seien die Beschwerden bereits regredient gewesen. Der Beschwerdeführer werde den Verlauf beobachten, und es sei eine klinische Kontrolle in etwa zweieinhalb Wochen zur Festlegung des weiteren Procederes geplant (S. 2). 6.7

Dr. med. I.____, Leitender Arzt, und Dr. med. J.____, Assistenzarzt, Klinik für Kardiologie, C.____, stellten in ihrem Bericht vom 15.

Mai 2018 (Urk. 3/3) in der Hauptsache folgende Diagnose n (S. 2): - dilatative Kardiomyopathie mit leicht eingeschränkter linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF) unklarer Ätiologie - ausgeprägte monomorphe ventrikuläre Extrasystolie - schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom, Unverträglichkeit für die CPAP-Maske - Gynäkomastie, möglicherweise unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW ;

Spironolacton) - Status nach Magenbypassoperation bei Adipositas per magna im Oktober 2017

Die Ärzte führte n zur am 15. Mai 2018 erfolgten Nachkontrolle des Implant able Cardioverter Defibrillator (ICD) aus, der Patient habe

seit der letzten Kontrolle im März 2018 über einen zufriedenstellenden Verlauf mit stationärer Leistungs fähig keit und fehlender kardiopulmonaler Limitatio im Alltag berichtet. Aufgrund einer gelegentlichen Schwindelsymptomatik hätten sie Rücksprache mit Prof. B.____ gehalten. Das im Vorfeld gesteigerte Bisoprolol sei reduziert worden mit der Folge der Regredienz der Symptomatik (S. 2 Mitte). Die Ärzte führten aus, zur Unterdrückung der v entrikuläre n Extrasystolen (VES) sei dem Beschwerdeführer nochmalig eine Steigerung des Bisoprolols empfohlen worden, sofern die s von Seiten der Schwindelsymptomatik möglich sei. Weitere Massnahmen seien an sons ten zum aktuellen Zeitpunkt nicht notwendig (S. 3) .

7 . 7 . 1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf das Medas

Y.____ - Gutachten vom Juni 2017 (vgl. vorsteh end. E. 6 .3) davon aus, dass dem Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Flachdachisoleur wieder zu 50 % zumutbar sei und in einer angepasste n körperlich sehr leichte n und überwiegend sitzende n Tätig keit unter Vermeidung von kraftvollem Zupacken der Hände mit einer Gewichts limite von 5 kg seit jeher eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe (vgl. vorsteh end E. 2.1). 7 .2

Das M edas

Y.____ - Gutachten vom Juni 2017 berücksichtigt die vo m Be schwerdeführer geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen und auch mit seinem Verhalten umfassend auseinander. Es wurde sodann in Kenntnis der wes entlichen Vorakten abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situa tion ein, und die Schlussfolgerung ist in nachvollziehbarer Weise begründet. Es erfüllt daher die Anforderungen an eine beweiskräft ige Expertise (vorstehend E. 1.5), sodass darauf abgestellt werden kann.

Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. vorstehend E. 2.2), la gen den Gutachtern sehr wohl die Berichte der behandelnden Ärzte vor (vgl. 8/126 S.

2 ff.) , und der Beschwerdeführer brachte zur Begutachtung noch weitere medi zinische Berichte mit , die ebenfalls berücksichtigt wurden (vgl. Urk. 8/126 S.

5 Mitte).

Auch die nach dem Gutachten eingegangen medizinischen Berichte (vgl. vor steh end E. 6.5-7) vermögen die Einschätzung durch die Medas

Y.____ -Gutachter nicht in Zweifel zu ziehen, zumal hinsichtlich der Ellbogenproblematik aus dem Bericht von Dr. H.____ vom 4. Mai 2018 (vgl. vorstehend E. 6.6) lediglich die

bereits bekannte Schmerzsymptomatik hervorgeht, welche jedoch auf eine vorgenommene Testinfiltration positiv reagierte. Die Ellenbogenproblematik wurde im von den Gutachtern der Medas

Y.____ formulierten Zumutbarkeitsprofil hinreichend berücksichtigt, indem nur noch leichte Tätigkeiten unter Vermeidung von kraftvollem Zupacken der Hände und einem Gewichtslimit von 5 kg für zumutbar betrachtet wurden.

Zu beachten ist weiter, dass sich sowohl nach der Schrittmacher-Implantation vom Februar 2018 (vgl. vorstehend E. 6.7) als auch nach der im Oktober 2017 durchgeführten proximalen Magenbypassoperation

(vgl. vorstehend E. 6.5) ein erfreulicher Verlauf zeigte. So berichtete der Beschwerdeführer anlässlich der Sprechstunde vom 15. Mai 2019 in der Klinik für Kardiologie von fehlenden kardio pulmonalen Einschränkungen im Alltag. Selbst die Schwindelproblematik konnte durch eine Neudosierung eines Medikamentes verbessert werden.

Weiter dokumentierte Dr. F.____ in seinem Bericht vom 4. Januar 2018 (vgl. vorstehend E. 6.5) einen hervorragenden Verlauf nach erfolgter proximaler

Magenbypassoperation

sowie einen bereits eingetretenen Gewichtsverlust von 24 kg und berichtete von einem hohen Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers. Demzufolge hat sich die Situation hinsichtlich der Einschränkungen von der Adipositas her seit der Begutachtung bei der Medas

Y.____ im März 2017 noch deutlich verbessert.

Was die anderslautende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. D.____

vom 14. November 2016 (vgl. vorstehend E. 6.2) anbelangt, ist zu beachten, dass das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen hat, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dr. D.____ hielt in ihrem Bericht vom 4. Dezember 2016 fest, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stationär sei. In ihrem Vorbericht vom 4. Dezember 2014

(vgl. vorstehend E. 4.4) äusserte sich Dr. D.____ zwar nicht explizit zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, jedoch beschrieb sie lediglich Einschränkungen, welche Auswirkungen auf eine körperlich belastende Tätigkeit haben. Weshalb nun plötzlich bei unverändertem Gesundheitszustand selbst in einer leichten behinderungsangepassten Tätigkeit lediglich eine Arbeitsfähigkeit von maximal zwei bis drei Stunden am Tag gegeben sein soll, erweist sich als nicht nachvollziehbar und wurde von Dr. D.____ auch nicht weiter begründet.

Es ist demnach zusammenfassend seit der Begutachtung des Beschwerdeführers im März 2017 von einer zusätzlich eingetretenen Verbesserung des Gesundheitszustandes infolge Gewichtsreduktion auszugehen, welcher Umstand die Einschätzung durch die Gutachter der Medas

Y.____

nur noch untermauert, weshalb ohne weiteres darauf abgestellt werden kann.

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