

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00493 vom 8. Januar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-01-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00493

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00493 du 8 janvier 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00493 del 8 gennaio 2021

Erwägungen

E. 1

Der 1957 geborene X.____ war als Berufsschauffeur tätig und meldete sich am 6. Februar 2014 (Eingangsdatum) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Aargau zum Leistungsbezug an (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 13. Oktober 2016, Urk. 7/77/2). Nachdem X.____ seinen Wohnsitz nach Thailand verlegt hatte, wurde die Sache an die zuständige Invalidenversicherungsstelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA) überwiesen. Diese klärte die persönlichen, beruflichen und medizinischen Verhältnisse ab und verneinte gestützt darauf mit Verfügung vom 30. April 2015 einen Rentenanspruch von X.____ (Urk. 7/77/2 und Urk. 7/44). Die dagegen von X.____ erhobene Beschwerde, hiess das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 13. Oktober 2016 teilweise gut und wies die Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung zurück (Urk. 7/77/21). In der Folge veranlasste die IVSTA eine polydisziplinäre Begutachtung. Die Medizinische Abklärungsstelle Y.____ (nachfolgend MEDAS) erstattete das Gutachten am 22. November 2017 (Urk. 7/133). Nachdem X.____ wieder in der Schweiz Wohnsitz genommen hatte, wurde die Angelegenheit an die IV-Stelle Zürich überwiesen (Urk. 7/163). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 1. Februar 2019, Urk. 7/179; Einwand vom 12. Februar 2019, Urk. 7/185) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 4. Juni 2019 einen Anspruch von X.____ auf Invalidenversicherungsleistungen (Urk. 2). Zu gleich wurde X.____ im Sinne einer Schadenminderungspflicht die Durchführung einer Behandlung zur Erhaltung des Gesundheitszustands aufgetragen (Schreiben vom 4. Juni 2019 Urk. 7/196).

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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 1.3

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. 2

Dagegen liess X.____ mit Eingabe vom 3. Juli 2019 (Urk. 1) Beschwerde beim hiesigen Gericht erheben und beantragen, es sei ihm unter Aufhebung der Verfügung vom 4. Juni 2019 eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zwecks Ergänzung der medizinischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Subeventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer berufliche Massnahmen anzubieten. Im Übrigen ersuchte der Beschwerdeführer um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung. Mit Beschwerdeantwort vom 22. August

2019 (Urk. 6) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 23. August

2019 (Urk. 8) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Berufschaffeur seit 30. November 2012 nicht mehr zumutbar sei. Gestützt auf das beweiskräftige polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Y.____ vom 2

2. November 2017 sei aber in angepasster Tätigkeit von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen. Bei einem Einkommensvergleich unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 27 %.

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), dass ein Wechsel in eine neue Berufstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht realistisch sei (Urk. 1 S. 7-8). Auf das Gutachten der MEDAS Y.____, insbesondere auf das psychiatrische Teilgutachten, könne überdies nicht abgestellt werden. Es seien nicht alle relevanten Vorakten beigezogen worden und das Gutachten erweise sich als veraltet, habe sich doch der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischenzeitlich verschlechtert, was aktuellere Arztberichte belegen würden (Urk. 1 S. 8-11). Im Übrigen erscheine fraglich, ob dem Beschwerdeführer eine Selbsteingliederung zugemutet werden könne und ob er nicht Anspruch auf berufliche Eingliederungsmaßnahmen hätte (Urk. 1 S. 12). 3. 3.1 3.1.1

Im MEDAS-Gutachten vom 22. November 2017 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 7/133/28): - Hypertensive Herzkrankheit mit ausgeprägter Linksherzhypertrophie und diastolischer Relaxationsstörung - DD ischämische Herzkrankheit oder Speicherkrankheit (zum Beispiel Amyloidose nicht auszuschliessen) - Aktuelle keine Hinweise für Vorliegen einer kardialen Dekompensation NYHA I (NT-ProBNP 293 ng/l) - Langjähriger Bluthochdruck - Zustand nach schweren globalen kardialen Dekompensationen 2012, 2013, und 2016 wahrscheinlich bei intermittierenden Blutdruckkrisen mit systolischer und diastolischer Dekompensation - Langjähriger unzureichend therapierter Diabetes mellitus Typ 2 (HbA1c aktuell 9,8 %) - Medikamentöse und ärztliche Malcompliance (versicherungsfremd, aber relevant für die kardiale und diabetische Gesundheitsstörung)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit würden folgende Diagnosen vorliegen (Urk. 7/133/29): - Diskrete Retinopathie bei Diabetes mellitus - Hyperphorie links - Astigmatismus hyperopicus, Presbyopie - Anamnestisch zweimal periphere Facialisparesen rechts - Noch nicht sehr ausgeprägte diabetische Spätkomplikationen (Niereninsuffizienz KDIGO 3a, leichte diabetische Retinopathie, Mediasklerose peripherer Fussarterien) - Stress, nicht anders klassifiziert bei körperlichen und psychischen Belastungen (ICD-10: Z73.3) - Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z73.1) - Wiederkehrende Gonalgien rechts bei Status nach patellazentrierender Operation 1978 mit im MRI vom 28. Juni 2017 nicht transmuraler Unterflächenläsion des Innenmeniskus und breitflächiger osteochondraler Läsion der medialen Femurkondyle ohne klinische Meniskuszeichen - Wiederkehrende Zervikalgien und Lumbalgien bei geringer linkskonvexer Wirbelsäulenseitenausbiegung - Senk-Spreizfuss und Hallux valgus beidseits

Aus interdisziplinärer Sicht ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit in der ange stammten Tätigkeit von 100 %, hingegen bestehe in einer Verweistätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, wobei eine konsequente Therapie und Kontrolle erforderlich seien. Dabei gelte folgendes Fähigkeitsprofil: Aufgrund der rechtsseitigen Kniegelenksbefunde sollten Tätigkeiten, welche ausschliesslich im Stehen und Gehen zu verrichten seien und solche mit Stoss- und Stauchungsbelastungen vermieden werden. Kniende Tätigkeiten seien nicht mehr möglich und Arbeiten verbunden mit Gehen oder Stehen auf Leitern, Treppen sowie in unebenem Gelände seien nicht mehr zumutbar. Tätigkeiten unter

Exposition gegenüber Nässe, Kälte und Zugluft sollten nicht mehr zugemutet werden. Aus orthopädischer und kardiologisch-internistischer Sicht sollten Tätigkeiten nur im leichten bis allenfalls selten mittelschweren Bereich durchgeführt werden und müssten stärker körperlich anstrengende und stressanfällige Tätigkeiten, Schicht- und Nachtdienste vermieden werden (Urk.

7/133/29 f.). 3.1.2

In der Beurteilung des objektivierbaren medizinischen Sachverhalts, der Funktionen und Arbeitsfähigkeit aus Sicht aller beteiligter Gutachter wurde im Zusammenhang mit der Herzerkrankung und dem Diabetes mellitus Folgendes festgehalten (Urk. 7/133/23): Beim Beschwerdeführer bestehe eine hypertensive Herzkrankung mit zurzeit systolischer und diastolischer Insuffizienz NYHA. Im Verlauf der Herzerkrankung sei es bereits 2012, 2013 und 2016 zu akuten Dekompensationen mit schwergradiger beidseitiger Herzinsuffizienz gekommen. Am ehesten liege ein intermittierend entgleister Bluthochdruck mit nachfolgender Linksherzhypertrophie zugrunde. Differentialdiagnostisch käme als Ursache auch eine vorbestehende kardiale Speichererkrankung oder auch eine ischämische Herzerkrankung in Betracht. Eine weitere Abklärung des Krankheitsbildes wäre wünschenswert, allerdings sei die Bereitschaft des Beschwerdeführers zur Durchführung einer Herzkatheteruntersuchung oder eines Kardio-MRT nicht gegeben. Prinzipiell sei die Herzerkrankung des Beschwerdeführers medikamentös gut beherrschbar, wenngleich sie nicht komplett zu beseitigen sei. Besonders problematisch sei die ausgeprägte Malcompliance des Beschwerdeführers hinsichtlich einer konsequenten und dauerhaften ärztlichen Behandlung und einer regelmässigen Medikamenteneinnahme. Anlässlich des durchgeführten kardiologischen Zusatzgutachtens habe sich ein normales EKG gezeigt. Im Echokardiogramm seien Aortenwurzel, Aorta ascendens und Aortenklappe normal gewesen. Der linke Ventrikel sei normal gross und konzentrisch hypertroph. Die linksventrikuläre systolische Funktion sei mit einer Auswurfsfraktion von 70 % ebenfalls normal. Die diastolische linksventrikuläre Dysfunktion sei mässig. Die Mitralklappe erweise sich als zart und normal beweglich und es liege keine Mitralinsuffizienz vor. Der linke Vorhof sei leicht erweitert, das rechte Herz und Perikard seien normal. Im Rahmen des Belastungs-EKG habe sich unter Belastung eine mässige Belastungs- und leichte Ruhe-Hypertonie mit einem maximalen Blutdruckanstieg auf 210/100 mmHg, ausgehend von 150/90 mmHg in Ruhe, ein regelrechtes Herzfrequenzverhalten gezeigt. Subjektiv sei der Beschwerdeführer betreffend das Herz beschwerdefrei geblieben. Auch im EKG seien keine pathologischen Veränderungen aufgetreten. Aus gutachterlich-kardiologischer Sicht liege eine hypertensive Kardiopathie mit konzentrischer linksventrikulärer Hypertrophie in Folge ungenügend eingestellten

Blutdrucks vor. Im Übrigen habe sich ein normaler kardialer Befund mit normaler körperlicher Leistungsfähigkeit gezeigt und würden keine Hinweise auf eine koronare Herzkrankheit vorliegen. Aus kardialer Sicht sei der Beschwerdeführer daher normal arbeitsfähig, wobei die antihypertensive Therapie ausgebaut werden sollte.

Der Beschwerdeführer leide seit vielen Jahren (Erstdiagnose 2002) an Diabetes mellitus Typ 2, welcher immer nur kurzfristig medikamentös, auch mit Insulin, behandelt worden sei. Bei allen entsprechenden Krankenhausaufenthalten hätten stark entgleiste Langzeit-Zuckerwerte festgestellt werden können. Auch bei der jetzigen Untersuchung habe sich mit 9,8 % ein entgleister HbA1c-Wert gezeigt. Der Beschwerdeführer sei gegenüber medikamentösen Massnahmen sehr kritisch und habe keine medikamentöse

Langzeittherapie durchgeführt. Aufgrund der langen Diabetesdauer würden diabetische Folgeerkrankungen mit einer milden Niereninsuffizienz (KDIGO 3a), eine Mediasklerose der peripheren Fussarterien und eine leichtgradige diabetische Retinopathie vorliegen. Diese diabetischen Folgeerkrankungen seien bisher noch nicht stark ausgeprägt.

Zusammenfassend würden zurzeit eine nicht wesentlich eingeschränkte körperliche Belastbarkeit, keine Herzinsuffizienzzeichen und keine Hinweise für eine belastungsabhängige Koronarischämie oder für pathologische Rhythmusstörungen bestehen. Allerdings müsse jederzeit bei diesem Krankheitsbild wieder mit einer intermittierenden schweren Dekompensation gerechnet werden, insbesondere auch bei mangelhafter Compliance (Urk. 7/133/23 und 24). 3.1.3

Aus dem Gutachten geht weiter hervor (Urk. 7/133/24), dass ophthalmologisch nie eine Einschränkung bestanden habe. Aus ophthalmologischer Sicht sollte der Diabetes mellitus besser kontrolliert und behandelt werden. Regelmässige ambulante ärztliche Konsultationen mit Fundusuntersuchung seien bei der jetzt bescheidenen aber doch beginnenden Retinopathie unerlässlich. Fern- und Nahvisus seien gut, die leichte Höhenabweichung sei gut auskorrigiert und der Beschwerdeführer fühle sich wohl. 3.1.4

Anlässlich der orthopädischen Untersuchung habe an den Kniegelenken einseitig vollumfänglich unauffälliger klinischer Befund erhoben werden können. Hinweise für einen Kniebinnenschaden hätten sich nicht finden lassen. Die MRI-Aufnahmen des rechten Kniegelenks hätten eine nicht transmurale Unterflächläsion im Hinterhorn des Innenmeniskus und eine osteochondrale Läsion an der medialen Femurkondyle gezeigt. Der Beschwerdeführer habe belastungs- und bewegungsabhängig wiederkehrend auftretende, kurzfristig anhaltende stechende Schmerzen geschildert, welche über die MRI-bildmorphologischen Gegebenheiten nachvollziehbar geworden seien. Hieraus resultiere eine gewisse, aber nicht für den Alltag des Beschwerdeführers bedeutsame Funktions Einschränkung (Urk. 7/133/24). Bis auf eine subkutan gelegene kirschgrosse Intumescenz, welche auf eine durchgeführte Spaltung zurückzuführen sei, habe sich an der gesamten Wirbelsäule ein vollumfänglich unauffälliger Befund erheben lassen. Auch der körperliche Befund am Thorax sei unauffällig und die wiederkehrend aufgetretenen Schmerzen im Bereich der linksseitigen Rippen könnten orthopädisch nicht erklärt werden, würden aber vom Beschwerdeführer auch eher auf die Herzsensationen

zurückgeführt. Objektivier- und nachvollziehbar seien die belastungs- und bewegungsabhängigen Schmerzen im rechten Kniegelenk des Beschwerdeführers. Aufgrund dieser Befunde sei es dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar, ausschliesslich im Stehen und Gehen zu arbeiten. Stoss- und Stauungsbelastungen am rechten Knie seien zu vermeiden. Kniende Tätigkeiten seien nicht mehr möglich und Arbeiten verbunden mit Gehen oder Stehen auf Leitern, Treppen oder unebenem Gelände seien nicht mehr zumutbar. Mehr als gelegentliche mittelschwere und alle schweren, körperlichen Tätigkeiten seien auch nicht mehr möglich und Arbeiten unter Exposition von Nässe, Kälte und Zugluft sollten nicht mehr zugemutet werden. Aus orthopädischer Sicht wäre eine körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit mit Stehen, Gehen und einem überwiegenden Anteil an Sitzen, ideal. Bei einer solchen ideal dem Leiden angepassten Tätigkeit seien die Leistungsfähigkeit und die täglich mögliche Arbeitspräsenz nicht eingeschränkt (Urk. 7/133/25). 3.1.5

Der psychiatrische Gutachter hielt fest, beim Beschwerdeführer hätten sich bis auf anankastische und narzisstische Akzentuierungen der Persönlichkeit mit der Annahme einer Bindungsschwäche keine Hinweise für eine sonstige Persönlichkeitsauffälligkeit ergeben. Der Beschwerdeführer besitze ausreichende Fähigkeiten zur Affekttoleranz, könne mit Impulsen durchaus steuernd umgehen und die Folgen seiner Handlungen antizipieren. Eine Persönlichkeitsstörung könne nicht diagnostiziert werden. Der Beschwerdeführer sei über viele Jahre hinweg bis ins Jahr 2012 in einer verantwortungsvollen Tätigkeit im Strassenverkehr beschäftigt gewesen, ohne dabei in irgendeiner Form negativ aufgefallen zu sein. Bis zu diesem Zeitpunkt habe er auch keine psychischen Probleme geschildert, was dem Schreiben der ehemaligen Arbeitgeberin entnommen werden könne. Auch wenn gegenwärtig keine erkennbare Depressivität beim Beschwerdeführer bestehe, seien im Rahmen der schwierigen Partnerbeziehung des Beschwerdeführers bis 2002/2007 jedoch auch passagere affektive Symptome mit themenbezogenen Suizidgedanken oder Suizidwünschen möglich gewesen, welche jedoch spätestens nach der Trennung wieder abgeklungen seien (Urk. 7/133/25). Hinweise für eine posttraumatische Belastungsstörung würden nicht vorliegen. Bedeutsame psychische Beschwerden habe der Beschwerdeführer nicht geschildert, auch wenn er sich durch seine Stimmungsschwankungen zeitweilig beeinträchtigt fühle. Der Beschwerdeführer habe über eine verminderte psychische Belastbarkeit geklagt, welche er jedoch vor allem auf seine Herzbeschwerden zurückführe. Weiter habe er Zukunftsängste und Sorgen beschrieben, Hinweise für phobische oder generalisierte Ängste, Panikattacken, Depersonalisationszustände, ein selbstdestruktives Verhalten oder eine Somatisierung hätten sich nicht ergeben. Gegenwärtig würden auch keine psychotischen Phänomene oder Suizidgedanken beim Beschwerdeführer bestehen. Die HDRS17 Skala mit 17 Items habe mit 6 Punkten keinen Hinweis auf eine Depression geliefert und erweise sich als klinisch unauffällig oder remittiert. Aktuell liege aus psychiatrischer Sicht keine versicherungspsychiatrisch relevante Störung vor (Urk. 7/133/26). 3.2

Der RAD-Arzt Dr. Z.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, führte in der Stellungnahme vom 22. Januar 2018 (Urk. 7/147) aus, das psychiatrische Gutachten erfülle alle Qualitätsanforderungen: Es beruhe auf eingehender Kenntnis der Vorakten und einer ausführlichen Untersuchung, die Schlussfolgerungen seien nachvollziehbar und plausibel begründet. Das Diktat des Gutachtens sei im Beisein des Beschwerdeführers erfolgt und er habe somit Korrekturen anbringen können. Deshalb sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer mit dem psychiatrischen Gutachten einverstanden gewesen sei (Urk. 7/147/1). Aus dem Gutachten und dem gesamten Dossier gehe hervor, dass der Beschwerdeführer unter keiner massgeblichen psychischen Störung leide. Es würden nur geringfügige Hinweise auf passagere Stimmungsschwankungen und bis auf nachvollziehbare Zukunftssorgen keine Ängste im psychiatrischen Sinn bestehen. Es liessen sich einzig akzentuierte Persönlichkeitszüge feststellen, eine eigentliche Persönlichkeitsstörung bestehe aber nicht. Die Jugend des Beschwerdeführers sei glücklich und nicht traumatisch gewesen und sein beruflicher Werdegang regelmässig und nicht durch Unterbrüche gekennzeichnet. Der Beschwerdeführer verfüge über eine Persönlichkeit, die es ihm ermögliche, auf die allgemeinen Schwierigkeiten im Leben adäquat zu reagieren (Urk. 7/147/2). 3.3

Aus dem Kurzbericht des Stadtspitals A.____ vom 23. Oktober

2018 (Urk. 7/170/4 f.) geht hervor, nach notfallmässiger Überweisung vom Spital B.____ bei Verdacht auf Vorderwandinfarkt habe sich gezeigt, dass die EKG Veränderungen im Vergleich zum notfallmässigen Aufenthalt anfangs Oktober 2018 mehr oder weniger vorbestehend gewesen seien. Anlässlich der kardiologischen Abklärung im August 2018 habe sich eine hypertensive Herzkrankheit mit noch normaler Pumpfunktion gezeigt. In mehreren Arztberichten sei eine komplette Noncompliance des Beschwerdeführers bezüglich Hypertonie und Diabetestherapie dokumentiert. Die Koronarangiographie zeige eine Koronarsklerose ohne akuten Gefässverschluss. Die Ventrikulographie zeige nun eine schwer eingeschränkte LV Funktion (EF 30 %) mit deutlich erhöhtem LVEDP (Wedgedruck), wobei die nach wie vor unbehandelte schwere Hypertonie Ursache sein dürfte. Die vom Beschwerdeführer geklagten Oberbauchbeschwerden und das Unwohlsein könnten auch durch die vorliegende Herzinsuffizienz bedingt sein. Formal sei eine dringliche antihypertensive, respektive Herzinsuffizienztherapie indiziert. Eine Blutzuckereinstellung sei ebenfalls dringlich. 3.4

Im Bericht des Stadtspitals A.____ vom 4. Februar 2019 (Urk. 7/182) wurden folgende Diagnosen festgehalten: - Schwere, hypertensive Herzkrankheit bei unbehandelter arterieller Hypertonie - DD dilatative Kardiomyopathie - Aktuell biventrikuläre kardiale Dekompensation mit Pleuragüssen beidseits und Aszites - Aszitespunktion

am 21.02.2019: Transsudat, Zytologie: kein Nachweis maligner Zellen (SAAG: 12, der Ritis 0.82) - TTE 22.01.2019: schwer eingeschränkte LV Funktion (EF 25 %) bei diffuser Hypo- bis Akinésie. Im linksventrikulären Apex Thrombus (1.1 x 1.1 cm). Diastolische Dysfunktion Grad III. Rechter Ventrikel dilatiert und mit schwer eingeschränkter Funktion. Leichte Mitral- und Trikuspidalinsuffizienz bei Anulusdilatation. - Koronarsklerose ohne signifikante Stenose - kvRF: Diabetes mellitus, Hypertonie, Status nach Nikotinabusus (kumulativ ca. 30py) - Kardialer Thrombus linker Ventrikel mit/bei: - Unklare Ursache, konservativ behandelt - TTE 22.01.2019 - Milzinfarkt (CT Abdomen 23.01.2019) - Thrombozytopenie DD HIT - DD bei Milzinfarkt - Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2, ED unklar - Malcompliance, leichte Hyponatriämie (Pseudo hyponatriämie, resp. renaler Verlust i.R. osmotischer Diurese), Verdacht auf Stauungsgastropathie/Enteropathie - HbA1c 10/2018:11.5 % - Mikro-/makrovaskuläre Komplikationen: diabetische Nephropathie (Albuminurie 1g/24h im Spoturin), Koronare Herzkrankheit - Harnverhalt - Solide Raumforderung rechter Nierenunterpol, ED 1.10.2018 - Erosive Gastritis, ED 2.11.2018 - Verdacht auf leichte Kognitionsstörung DD vaskulär/degenerativ bei Leukenzephalopathie - Akzentuierte Persönlichkeit - Fehlende Krankheitseinsicht und Medikamenteneinnahme, Insulinverweigerung - MRI Schädel 5.12.2018: beginnende chronische mikroangiopathische Veränderungen Fazekas Grad I/II - Intermittierend symptomatische Leistenhernie links 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei ihrer Beurteilung, wonach in angepasster Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % gegeben sei, vorwiegend auf das MEDAS-Gutachten (vgl. Verfügung vom 4. Juni 2019, Urk. 2 und Feststellungsblatt vom 4. Juni 2019, Urk. 7/195). Das MEDAS-Gutachten wurde unter Einbezug aller relevanten medizinischen Disziplinen (Kardiologie, Ophthalmologie, Orthopädie, Psychiatrie und allgemeine innere Medizin) erstellt, erging unter Berücksichtigung der Vorakten, der Anamnese sowie der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (Urk. 7/133/6-11 und 21 f.).

Die Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach dem Gutachten der MEDAS mangels Vollständigkeit die Beweiswertigkeit abzuerkennen sei (E. 2.2), stossen ins Leere. So legte

der psychiatrische Gutachter unter Bezugnahme auf die dokumentierten Belastungsfaktoren sowie unter Hinweis auf die Biographie des Beschwerdeführers dar, weshalb gegenwärtig eine psychische Störung mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit nicht festzustellen gewesen sei (vgl. E. 3.1.5). Es trifft zudem nicht zu, dass sich der Beschwerdeführer seit 2001 in regelmässiger psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. C.____ befindet. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers wurde er im Jahre 2002 von Dr. C.____ behandelt und nahm danach erst rund einen Monat vor der psychiatrischen Begutachtung durch die MEDAS erneut die Behandlung bei Dr. C.____ auf (Urk. 7/133/13 und 17). Es ist darauf hinzuweisen, dass die Anamneseerstellung im Diktat und im Beisein des Beschwerdeführers erfolgte und der Beschwerdeführer somit die Möglichkeit hatte, jederzeit Korrekturen anzubringen (Urk. 7/133/11). Dem psychiatrischen Gutachter lagen zudem vier Atteste von Dr. C.____ vor

(Urk. 7/133/19). Im Attest aus dem Jahr 2006 hielt Dr. C.____

zwar die Codierung einer Diagnose – Anpassungsstörungen (ICD-10: F43.22) - fest, begründete indessen nicht, weshalb diese psychische Störung vorliege und machte auch keine anderweitigen diesbezüglichen Ausführungen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass der Gutachter angesichts der aktuell erhobenen Befunde und Untersuchungsergebnisse die von Dr. C.____

aus dem Jahr 2006 festgehaltene Diagnose nicht bestätigen konnte, zu mal auch psychosoziale Faktoren (Alter, körperliche Leiden, niedriger beruflicher Bildungsstand) von Bedeutung sind (Urk. 7/133/18)

beziehungsweise waren (schwierige Partnerbeziehung). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers vermag er auch aus der blossen Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsstörung, welche im provisorischen Austrittsbericht vom 11. Dezember 2017 des Stadspitals

A.____, Klinik für Urologie,

festgehalten wurde, nichts an der vorliegenden Ausgangslage zu ändern. Zunächst einmal handelte es sich dabei lediglich um einen Verdacht und um keine gesicherte Diagnose und stammt diese Verdachtsdiagnose nicht von einem psychiatrischen Facharzt (vgl. Urk. 3/3).

Auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer kurz nach der Begutachtung notfallmässig behandelt werden musste, vermag die Beweiskraft des Gutachtens nicht in Zweifel zu ziehen. So hielten die Gutachter denn auch fest, dass beim Krankheitsbild des Beschwerdeführers und insbesondere auch bei mangelhafter Compliance jederzeit wieder mit einer intermittierenden schweren Dekompensation gerechnet werden müsse (vgl. E. 3.1.2 hiervor).

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers erweist sich das Gutachten der MEDAS als beweiskräftig. 4.2

Seit der Begutachtung durch die MEDAS lässt sich anhand der Akten eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers feststellen. Anlässlich einer Hospitalisation im Stadtpital A.____ vom 21. Januar bis 4. Februar 2019 wurde eine schwer eingeschränkte Funktion des linken Ventrikels mit einer Ejektionsfraktion von 25 % bei diffuser Hypo- bis Akinesie festgestellt (Urk. 7/182/1). Danach wäre gemäss dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 13. Oktober 2016, C-3143/2015, welches sich in

diesem Zusammenhang auf die (deutschen) Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung der Leistungsfähigkeit bei koronarer Herzkrankheit stützt e , von einer massiven Einschränkung auszugehen (vgl. Urk. 7/77/16). Inwieweit sich diese Verschlechterung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt, ist indessen unklar. Aus dem Bericht des Stadtsitals A.____ gehen keine diesbezüglichen Ausführungen her vor. Es wurde lediglich festgehalten, dass der Bes chwerdeführer selbständig mobil mit Spitexunterstützung nach Hause entlassen worden sei. Im Bericht wurde weiter festgehalten, dass in drei Monaten eine Kontrolle im kardiologischen Am bulatorium erfolge und falls sich dabei erneut eine Ejektionsfraktion von weniger als 35 % zeige , eine ICD-Implantation in Erwägung gezogen werden müsse (Urk. 7/182/4). Ein solch tiefer Ejektionsfraktionswert von 30 % lässt sich bereits dem Kurzbericht des Stadtsitals A.____ vom 23. Oktober

2018 (Urk. 7/170/5) sowie dem Bericht des Spitals B.____ vom 7. November

2018 (Urk. 7/170/11) entnehmen . Der RAD hielt in seiner Stellungnahme vom 25. April 2019 fest, es

sei keine massgebliche dauerhafte Veränderung ausgewiesen, allerdings könne auf grund der zunehmenden Häufigkeit der notwendigen stationären Behand lungen wegen der Malcompli ance des Beschwerdeführers von einer Verschlech terung gesprochen werden (Urk. 7/195/6). Zu diesen deutlich tieferen Ejektions frak tions werte

seit der

MEDAS- Begutachtung (im Gutachten war ein Ejektions frak tions wert von 70 % ermittelt wo rden , vgl. E. 3.1.2 hiervor)

machte der RAD indessen k eine konkreten Ausführungen.

V or diesem Hintergrund ist fraglich , ob nach wie vor von einer 100%igen Ar beitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit a uszugehen ist und ob beziehungsweise inwieweit sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers mittels zumutbarer Behandlung verbessern lässt. Damit erweist sich der medizinische Sachverhalt vorliegend als nicht hinreichend abgeklärt, weshalb d ie angefochtene Verfügung vom 4. Juni 2019 aufzuheben und die Sache zur ergänzenden Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzu weisen ist.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5. 5.1

Die Kosten des Verfahrens sind gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG auf Fr. 7 00.--festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen 5.2

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person An spruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streit wert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). 5.3

Dem obsiegenden und anwaltlic h vertretenen Beschwerdeführer steht damit eine Prozessentschädigung zu, die beim praxi sgemässen Stundenansatz von Fr. 220. - (zuzüglich Mehrwer t steuer) ermessensweise auf Fr. 1'8 00 .-- (inklusive Baraus lagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerle gen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 4. Juni 2019 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfähre und hernach über den Rentenanspruch neu befinde. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Vogel
Peter

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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

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