

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00279 vom 2. April 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-04-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00279

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00279 du 2 avril 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00279 del 2 aprile 2021

Erwägungen

E. 1

Der 1969 geborene X.____, Elektromonteur und Bäcker mit Fähigkeitsausweis (Urk. 7/40 Ziff. 5.3), meldete sich am 19. August 2003 unter Hinweis auf starke Störungen nach Erkrankung am Guillain-Barré-Syndrom bei der Invalidenversicherung zwecks Umschulung an (Urk. 7/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, wies am 29. Oktober 2003 das Leistungsbegehren des Versicherten ab (Urk. 7/8). Am 14. Juli 2014 meldete sich der Versicherte mit Verweis auf eine gebrochene Schulter erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 7/19). Die IV-Stelle teilte dem Versicherten am 30. Oktober 2014 mit, dass der Arbeitsplatzerhalt erfolgreich abgeschlossen sei und er als rentenausschliessend eingliedert gelte (Urk. 7/32).

Am 10. August 2017 erfolgte unter Hinweis auf einen Shone-Komplex eine erneute Anmeldung bei der Invalidenversicherung (Urk. 7/40). In der Folge tätigte die IV-Stelle erwerbliche und medizinische Abklärungen und veranlasste bei der MEDAS Y.____

(MEDAS) eine polydisziplinäre Begutachtung (Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie und Neurologie; Expertise vom 10. Januar 2019 [Urk. 7/76]). Mit Vorbescheid vom 15. April 2019 (Urk. 7/82) stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Ausrichtung einer halben Rente ab April 2018 in Aussicht, wogegen letzterer am 23. Mai und 16. September 2019 Einwände (Urk. 7/86, Urk. 7/98) erhob. Am 17. März 20

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

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

Dagegen erhob der Versicherte am 4. Mai 2020 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, dass die Verfügung vom 17. März 2020 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten sei, ihm die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine ganze Invalidenrente, auszurichten und ihm berufliche Eingliederungsmassnahmen zu gewähren (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 10. Juni 2020 (Urk. 6) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Am 21. Oktober 2020 erstattete der Beschwerdeführer unter Auflage des Berichts des Universitätsspitals Z.____ vom 24. Juni 2020 (Urk. 13) Replik (Urk. 12), wobei er seine ursprünglichen Anträge insofern anpasste, als dass er im Sinne eines Eventualantrags die Ausrichtung einer Dreiviertelrente und die Gewährung beruflicher Massnahmen verlangte (S. 2). Die Beschwerdegegnerin reichte am 1. Dezember 2020 ihre Duplik ein

(Urk. 16), welche dem Beschwerdeführer am 2. Dezember 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung vom 17. März 2020 (Urk. 2) damit, dass der kardiale Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stabil sei, was auch seitens des Z.____ am 23. Dezember 2019 bestätigt worden sei.

Im Weiteren sei die medizinische Infrastruktur bei einem Notfall in der Schweiz ausreichend, weshalb die Nähe (des Arbeitsplatzes) zu einer kardiologischen Klinik nicht nötig sei. Da die geplante bariatrische Operation noch nicht durchgeführt werden können, sei der Gesundheitszustand weiterhin unverändert. In seiner bisherigen Tätigkeit als Instandhaltungsfachmann sei der Beschwerdeführer voll arbeitsunfähig, eine den gesundheitlichen Beeinträchtigungen angepasste Tätigkeit sei ihm indes zu 70 % zumutbar. Aufgrund des Einkommensvergleichs resultiere unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % ein Invaliditätsgrad von 57 %, weshalb dem Beschwerdeführer eine halbe Rente zu stehe (S. 5 f.).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), es bestehe ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Die von den MEDAS-Experten postulierte angepasste Tätigkeit gebe es auf dem (ausgeglichenen) Arbeitsmarkt nicht, da

diese in der Nähe zur betreuenden kardiologischen Klinik verortet werden sollte und einen Arbeitgeber voraussetze, der im Verlauf der nächsten Jahre mit ein- oder mehrmaligen zumindest vorübergehenden 100% igen Ausfällen seines Arbeitnehmers rechnen müsse (S. 6 f. Ziff. 17). Abgesehen davon habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit den MEDAS-Untersuchungen verschlechtert (S. 9 f. Ziff. 18). Im Zusammenhang mit dem Einkommensvergleich wies der Beschwerdeführer im Wesentlichen darauf hin, dass vorliegend ein maximaler Tabellenlohnabzug von 25 % gerechtfertigt sei (S. 11 f. Ziff. 19.2).

E. 2.3

In der Beschwerdeantwort (Urk. 6) präzisierte die Beschwerdegegnerin, dass sich das Z.____ - Herzzentrum mitten in Zürich befinde und deshalb in der Nähe ohne Weiteres genügend passende Arbeitsstellen vorhanden seien. Die Aussage der MEDAS-Gutachter betreffend Arbeitsort habe sich sodann auf den Ausschluss von Aussendienst-Tätigkeiten bezogen. Im Übrigen befinde sich der Wohnort des Beschwerdeführers mindestens 35 Autominuten vom Z.____ entfernt (S. 1 f.).

E. 2.4

Der Beschwerdeführer machte in der Replik (Urk. 12) geltend, es könne nicht auf die Stellungnahme der Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) abgestellt werden . Letztere sei nicht im Fachbereich Kardiologie spezialisiert , sie habe sich nicht mit den vorgelegten Arztberichten auseinandergesetzt und ihre Einschätzung

sei nicht nachvollziehbar

(S. 2 ff. Ziff. 1). Im Übrigen sei die Beschwerdegegnerin von einem zu tiefen Valideneinkommen ausgegangen (S. 5 f. Ziff. 3) .

E. 2.5

In der Duplik (Urk. 16) führte die Beschwerdegegnerin aus, dass der im Z.____ -Bericht vom 24. Juni 2020 erwähnte Leistungseinbruch seit Ende März 2020 bestehe und somit nach dem Verfügungserlass erfolgt sei . 3.

Unbestritten und aufgrund der Akten erstellt ist vorliegend, dass der Beschwerdeführer aufgrund kardialer Beschwerden in seiner angestammten Tätigkeit als Instandhaltungsfachmann seit April 2017 voll arbeitsunfähig ist und im Zeitpunkt der MEDAS-Untersuchungen in einer angepassten Verrichtung eine 70%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Strittig ist demgegenüber , ob die von den MEDAS- Experten attestierte Restarbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt verwertbar

ist und ob

sich der kardiale Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der MEDAS-Begutachtung wesentlich verschlechtert hat .

4. - 4.1 Im Rahmen ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 10. Januar 2019 (Urk. 7/76/1-12) stellten die MEDAS-Gutachter

Dr. med. A.____ , Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin,

Dr. med. B.____ , Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. C.____ , FMH Kardiologie/ Allgemeine Innere Medizin , und Dr.

med. D.____, ehemaliger Chefarzt Neurologie Spital E.____,

folgende Diagnosen (S. 7): - Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Shone Komplex als angeborene Herzerkrankung bei - Zustand nach Dacron -Patch- Plastik (1973) - Zustand nach Extended Resection mit End-zu-End

Anastomose (1977) - schwergradiger Dilatation des linken Vorhofes - Kardiomyopathie unklarer Genese mit dilatiertem linken Ventrikel und Auswurf fraktion im unteren Normbereich - rezidivierendem Vorhofflimmern und atypischem Vorhofflattern (ED 2011) - Zustand nach zahlreichen Elektrokonversionen, circumferenzieller

Pulmonalvenenisolation (2012) und rechts atrialer Radiofrequenzablation (2017) - aktuell Sinusrhythmus - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Adipositas WHO Grad III, BMI = 43 kg/m² - obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (ED 02/2018) - Zustand nach AC-Gelenksluxation Tossy III der rechten Schulter - Zustand nach AC-Gelenksresektion und AC-Ligamenttransfer (10/2013) - Zustand nach Guillain-Barré-Syndrom (2002) mit residuell diskreter peripherer Fazialisparese rechts und residuell

und/oder der neu sehr diskreter sensibler Polyneuropathie. Differenzialdiagnose Polyneuropathie im Rahmen eines subklinischen Diabetes - Faktor IX-Mutation, Einnahme von Vitamin K-Antagonisten nicht möglich

Die MEDAS-Gutachter führten aus, dass die körperliche Leistungsfähigkeit anamnestisch und objektiv gemäss der durchgeführten Fahrradergometrie nur leicht eingeschränkt sei. Es fänden sich im Rahmen der Therapie eine Sinusbradykardie und eine chronotrope Inkompetenz, welche Beschwerden wie Leistungseinschränkung, Konzentrationsstörungen und rasche Ermüdbarkeit nachvollziehbar machten. Im Weiteren sei eine adrenerge Triggering der Tachyarrhythmien durchaus plausibel, weshalb körperlich schwere oder psychisch stressige Arbeiten nicht zumutbar seien. Es sei mit dem weiteren Auftreten von symptomatischen Tachyarrhythmien, der Notwendigkeit von Hospitalisationen, gegebenenfalls rhythmologischen Untersuchungen/Eingriffen sowie unvorhersehbaren Unterbrechungen der reduzierten Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Mittelfristig sei eine Zunahme der Subaortenstenose und gegebenenfalls die Entwicklung einer relevanten Aortenklappenstenose mit nötiger Herzoperation wahrscheinlich. Die Entstehung einer erneuten behandlungsbedürftigen Aortenisthmusstenose im Verlauf der nächsten Jahre sei denkbar. Die Arrhythmie-Situation scheine sich seit Mitte Juni 2018 zwar recht gut stabilisiert zu haben, im weiteren Verlauf sei indes jederzeit mit erneuten hospitalisationspflichtigen Arrhythmien zu rechnen. Entsprechend schwierig gestaltete sich die Einschätzung einer absehbar konstanten Arbeitsfähigkeit (S. 7 f.).

Die bisherige Tätigkeit als Instandhaltungsfachmann im Aussendienst sei aus internistischer und kardiologischer Sicht seit Frühjahr 2017 nicht mehr zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit sei zu 60 bis maximal 80 % (sechs Stunden pro Tag) ohne zusätzliche Leistungseinschränkung möglich, wobei es sich um eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne häufige Überkopparbeiten, ohne das Besteigen von Leitern/Gerüsten und ohne feinmanuelle Verrichtungen handeln sollte. Die Tätigkeit sollte in einem geografisch limitierten Umkreis stattfinden. Die Nähe zur betreuenden kardiologischen Klinik sei wichtig, weshalb Aussendienst-Tätigkeiten wegfielen. Wesentlich sei zudem eine jederzeitige Pausenmöglichkeit beim Auftreten von Herzrhythmusstörungen. Sobald jedoch eine erneute

anhaltende hospitalisationsbedürftige Tachyarrhythmie aufträte, sei der Beschwerde führer zumindest vorübergehend zu 100 % arbeitsunfähig. Es könne als wahrscheinlich beurteilt werden, dass dieser Fall im Verlauf der nächsten Jahre ein- oder mehrmals auftreten werde. Entsprechend verständnis- und rücksichtsvoll müsse ein zukünftiger Arbeitgeber sein respektive entsprechend schwierig werde sich die Suche nach einer geeigneten Arbeitsstelle gestalten (S. 9). 4.2

Prof. Dr. med. F.____, Klinikdirektor Gefässchirurgie am
Z.____, und Assistentin G.____

berichten am 16. Juli 2019 von einer im Vergleich zur Voruntersuchung CT-Herz vom 14. Juni

2018 minimal grössenprogredivente n

aneurysmatische n Aussackung am Abgang der linken A. subclavia, aktuell 26 mm. Die Vor-CT vom Juni 2018 respektive Mai 2017 hätten eine Aussackung von 24 mm und 22 mm gezeigt. Es bestehe eine progrediente Ektasie der Aorta ascendens, aktuell maximal 4.7 cm (im Juni 2018 4.5 cm), auf der Höhe der rechten Pulmonalarterie (Urk. 7/97 S. 2). Als geplanten Eingriff nannten die Z.____-Ärzte ein zweizeitiges Vorgehen mit initialer perkutaner Implantation einer thorakalen Stentprothese und einem carotis-axiliären Bypass sowie mit anschliessender Plug-Okklusion (S. 3). 4.3

PD Dr. med. H.____, Leitender Arzt Angeborene Herzfehler am

Z.____, führte in seinem Bericht vom 5. September 2019 (Urk. 7/96) aus, dass es im Juni 2019 trotz Dauertherapie mit Amiodarone erneut zu einer anhaltenden intraatrialen

Reentry-Tachykardie (IART, atypisches Vorhofflattern) gekommen sei. Nach erneuter Elektrokonversion am 14. Juni 2019 sei es bereits am 19. Juni 2019 zu einem IART-Rezidiv gekommen, wobei seither eine Frequenzkontrollstrategie erfolgt sei. Dies habe zu einer deutlichen Verschlechterung der Leistungsfähigkeit geführt.

Im Vergleich zur Vor-Untersuchung vom 6. Juni 2019 habe die maximale Sauerstoffaufnahme bei Spiroergometrie von 17.5ml/kg/min auf 14.4ml/kg/min abgenommen, das Frequenzprofil sei relativ starr und unter Belastung komme es zu einem ungenügenden Blutdruckanstieg (maximal 120/80mmHg). Echokardiografisch zeige sich tendenziell eine leichte Abnahme der linksventrikulären Auswurfraction (LVEF 45 %) und in der IART sei auch der NT-proBNP-Wert von zuletzt 378ng/l im Sinusrhythmus auf 637 ng/l angestiegen.

Zusammenfassend könne aus

kardiologischer Sicht aufgrund der komplexen Kardiopathie mit schwieriger rhythmologischer Situation eine klare Verschlechterung seit der im MEDAS-Gutachten beschriebenen Untersuchung vom 25. Oktober 2018 dokumentiert werden, welche mittels Spiroergometrie objektivierbar sei. 4.4

Am 23. Dezember 2019 berichtete Prof. Dr. H.____ unter anderem von einem seit 7. Juni 2019 anhaltenden IART-Rezidiv sowie einer am 14. Juni 2019 erfolgten Elektrokonversion mit einem bereits am 19. Juni 2019 aufgetretenen Rezidiv des atypischen Vorhofflatterns. In der Folge habe eine Diskussion der Befunde betreffend Pseudoaneurysma an der linken A. subclavia mit Prof. Dr. F.____ stattgefunden, wobei zumindest eine relative Indikation

zur Intervention (allenfalls Hybrid – Bypass Carotis – Subclavia, endovasculärer Stentgraf t) bestehe. Anlässlich der Verlaufskontrolle am 2. Juli 2019 sei ein atypisches Vorhofflattern mit einer guten Frequenzkontrolle in Ruhe und einer ausgeprägten chronotropen Inkompetenz zu beobachten gewesen. Es liege eine deutliche Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit vor, welche mittels Spiroergometrie objektivierbar gewesen sei. Gemäss dem Gespräch mit Prof. Dr. F.____ vom 27. August 2019 sei eine Sanierung des Pseudoaneurysmas an der linken A. subclavia indiziert, wobei der Eingriff bis zu einer Gewichtsreduktion nach Magenbypass-Operation verschoben werden sollte, da

da durch das perioperative Risiko markant gesenkt werden könne (Urk. 7/105 S. 9 f.).

Im Weiteren hielt Prof. Dr. H.____ fest, dass klinisch recht stabile Befunde vorlägen. Unter der aktuellen Therapie fänden sich tiefe systemische Blutdruckwerte. Echokardiographisch finde sich in etwa eine unveränderte Funktion der dysplastischen Mitralklappe und in etwa ein unveränderter systolischer Druckgradient über dem linksventrikulären Ausflusstrakt. Die biventrikuläre systolische Funktion sei – im Vergleich zur Voruntersuchung – tendenziell etwas vermindert, aufgrund der Adipositas und der atrialen Herzrhythmusstörung sei aber die Beurteilbarkeit insgesamt nicht einfach. Der NT-proBNP-Wert liege im Bereich der Vorwerte, werde aber wahrscheinlich aufgrund der Adipositas eher unterschätzt. Aufgrund des relativ stabilen Verlaufs werde aktuell an einem konservativen Vorgehen festgehalten, da aufgrund der Klappenfunktion noch keine zwingende Indikation für einen Eingriff bestehe. Dies wäre aktuell, aufgrund der Komorbiditäten, sicherlich mit einem erheblichen Risiko behaftet. Insgesamt bleibe die medizinische Situation des Beschwerdeführers schwierig, wobei die nicht beherrschte Adipositas im Vordergrund stehe (S. 11 f.). 4.5

In ihrer Stellungnahme vom 3. Februar 2020 (Urk. 7/110/4-5) führte die RAD-Ärztin Dr. med. I.____, Fachärztin für Innere Medizin, aus, dass im aktuellen kardiologischen Z.____-Bericht vom 23. Dezember 2019 anhand der objektiven Untersuchungen (klinische Untersuchung, Echokardiogramm) in der Zusammenfassung ein stabiler Verlauf beschrieben werde. Der Beschwerdeführer spüre nur noch selten Palpitationen, könne mehrere 100 m ohne Pause gehen, könne wieder besser schlafen und habe keine Ödeme, keinen Schwindel oder Synkopen. Im Vordergrund stehe die Adipositas. Die für den 28. November 2019 geplante bariatrische Operation sei zunächst wegen weiterer Untersuchungen (Psychiatrie, Gastroenterologie, Endokrinologie) abgesagt worden, wobei aus kardiologischer Sicht keine Kontraindikation vorliege.

Die RAD-Ärztin bemerkte weiter, dass der kardiale Gesundheitszustand

– analog dem genannten Arztbericht – gesamthaft stabil sei. Die bariatrische Operation zur Gewichtsreduktion habe noch nicht durchgeführt werden können. Damit liege eine unveränderte gesundheitliche Situation vor und es lasse sich keine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableiten. 4.6

Gemäss Aktennotiz der zuständigen Kundenberaterin der Beschwerdegegnerin betreffend das Telefongespräch mit RAD-Ärztin Dr. I.____ vom 20. Februar 2020 (Urk. 7/110/5) wurde gemäss dem Z.____-Bericht vom 23. Dezember 2019 eine gute Frequenzkontrolle erreicht, wobei jährliche Kontrollen nötig seien. Der Beschwerdeführer sei damit gut therapiert und die Nähe zu einem Arzt ausreichend. Kardial zeige sich der Kunde stabilisiert

und die Arztbesuche würden weniger häufig. Sofern notfallmässig erforderlich, sei die medizinische Infrastruktur in der Schweiz ausreichend. 5. 5.1 1.%2.%3 Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln (Art. 16 ATSG; BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweis). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot von und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf. Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S. 320 f. E. 3b; Urteil des Bundesgerichts 9C_830/2007 vom 29. Juli 2008 E. 5.1).

Dabei ist nicht von realitätsfremden Ein satzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch rechtsprechungsgemäss keine übermässige n Anforderungen zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_910/2011 vom 30. März 2012 E. 3.1 mit Hinweis; vgl. BGE 138 V 457 E. 3.1). Eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist erst anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit nur noch in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichtes 8C_434/2017 vom 3. Januar 2018 E. 7.2.1 und 9C_253/2017 vom 6. Juli 2017 E. 2.2.1, je mit weiteren Hinweisen).

Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgebend, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitsplätzen bestünde (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 4.3.2 mit Hinweis; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, R n 132 zu Art. 28a). 2.%2.%3 Dem Beschwerdeführer sind körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne häufige Überkopfarbeiten, ohne Besteigen von Leitern/Gerüsten und ohne fein manuelle Verrichtungen und mit jederzeitiger Pausenmöglichkeit beim Auftreten von Herzrhythmusstörungen sowie mit einem geografisch limitierten Umkreis respektive in der Nähe zur betreuenden kardiologischen Klinik zumutbar (vgl. E. 4.1). Rechtsprechungsgemäss sind körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt durchaus vorhanden (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 6.3). Obwohl der Beschwerdeführer zusätzlich durch eine jederzeitige Pausenmöglichkeit eingeschränkt ist, ist durchaus mit einer gewissen Rücksichtnahme seitens des Arbeitgebers zu rechnen, weshalb aus diesem Grund nicht von einer Unverwertbarkeit auszugehen ist. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch Nischen arbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seitens des Arbeitgebers rechnen können (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichtes 8C_434/2017 vom 3. Januar 2018 E. 7.2.1 und 9C_253/2017 vom 6. Juli 2017 E. 2.2.1, je mit weiteren Hinweisen). Gleiches gilt mit Bezug auf die möglicherweise in den nächsten Jahren ein- oder mehrmalig auftretenden Hospitalisationen

und die damit einhergehenden vorübergehenden Arbeitsunfähigkeiten aufgrund des Auftretens von Tachyarrhythmien. Von einer Unverwertbarkeit

ist sodann auch nicht aufgrund der von den MEDAS-Experten postulierten Nähe zur betreuenden kardiologischen Klinik auszugehen. Die Gutachter machten keine spezifischen Angaben betreffend die maximale Distanz zwischen dem Arbeitsort und Z.____. Wäre eine geringe Entfernung zum Z.____ insofern medizinisch

indiziert gewesen, als dass eine ausreichende kardiologische Behandlung innerhalb kürzester Zeit nach dem Auftreten kardialer Beschwerden einzig durch das Z.____ erfolgen könnte, so wäre dies seitens der Experten so festgehalten worden. In diesem Zusammenhang ist so dann zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer in J.____ (AG) und somit nicht in unmittelbarer Nähe zum Z.____ wohnhaft ist.

Nach dem Gesagten ist die Verwertung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt durchaus noch als möglich und zumutbar zu erachten. 5.2. 5.2.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). 5.2.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 144 I 103 E. 5.3, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Die Beschwerdegegnerin setzte das Valideneinkommen gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin (Urk. 7/78/15) auf Fr. 97'500.-- fest (Urk. 7/109 S. 1). Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, die Beschwerdegegnerin habe nicht sämtliche weiteren Lohnbestandteile berücksichtigt und ging für das Jahr 2016 unter Hinweis auf den IK-Auszug vom 18. März 2019 (Urk. 7/79) von einem Validenlohn von Fr. 99'244.-- aus (Urk. 12 S. 5 f. Ziff. 3).

Ob auf das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Valideneinkommen oder auf jenes des Beschwerdeführers abgestellt wird, hat - wie nachfolgend aufgezeigt wird (vgl. E. 5.2.5) - keine Auswirkungen auf die Höhe der Invalidenrente. 5.2.3

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). 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). 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).

Die Beschwerdegegnerin stellte bei der Ermittlung des Invalideneinkommens auf die LSE 2016, TA1 , monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Kompetenzniveau 1 ,

Total, Männer ab. Dies blieb zu Recht unbestritten (Urk. 12 S. 6 Ziff. 3.1). Im Zeitpunkt des Rentenbeginns im April 2018 (Urk. 7/92 S. 8) betrug der massgebliche

Invalidenlohn

damit Fr. 46'650. -- für das dem Beschwerdeführer zumutbare Arbeitspensum von 70 % (ohne Aufrechnung der Nominallohnentwicklung entsprechend dem Valideneinkommen) . 5.2.4

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 pflichtgemäsem 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 -cc). 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 leistungsbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

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 (BG E

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 Bundesgerichts 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2).

Die Beschwerdegegnerin gewährte dem Beschwerdeführer unter Hinweis auf den Ausfall feinmanueller Tätigkeiten einen Abzug vom Tabellenlohn von 10 % (Urk. 2 S. 6, Urk. 7/109 S. 1). Dies erscheint unter der Berücksichtigung des Umstandes, dass die Zumutbarkeit von nur noch leichten Tätigkeiten kein Grund für einen leidensbedingten Abzug darstellt (Urteil des Bundesgerichts 9C_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2), als angemessen. Gleiches gilt mit Bezug auf

das Risiko von vermehrten gesundheitlichen Absenzen (Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2017 vom 29. Mai 2017).

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Was die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der MEDAS-Begutachtung angeht (Urk. 1 S. 9 f. Ziff. 18, Urk. 12 S. 3 ff. Ziff. 1.2), ist Folgendes zu bemerken: Der behandelnde Z.____-Kardiologe Dr. H.____

bestätigte am 5. September 2019 eine deutliche Verschlechterung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der MEDAS-Untersuchung vom 25. Oktober 2018, welche durch die Ergebnisse der Spiroergometrie objektivierbar sei. Er berichtete von einer im Juni 2019 erneut anhaltenden IART sowie einem – trotz Elektrokonversion

vom 14. Juni 2019 – bereits am 19. Juni 2019 aufgetretenen IART-Rezidiv (vgl. E. 4.3).

Ebenso wurde im Bericht der Z.____-Kardiologen vom 23. Dezember 2019 (vgl. E. 4.4) im Zusammenhang mit der Verlaufskontrolle vom 2. Juli 2019 auf eine mittels Spiroergometrie objektivierbare deutliche Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit hingewiesen. Prof. Dr. F.____

berichtete am 16. Juli 2019 von einer im Vergleich zum Juni 2018 minimal grössenprogre-diente n

aneurysmatische Ausbuchtung am Abgang des linken A. subclavia von 26 mm

und fasste ein zweizeitiges operatives Vorgehen mit initialer perkutaner Implantation einer thorakalen Stentprothese und einem carotis-axillären Bypass sowie einer anschliessenden Plug-Okklusion ins Auge (vgl. E. 4.2).

Nach dem Gesagten liegen (bereits) gestützt auf die vorgenannten

Z.____-Berichte klare Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit Juli 2019 vor.

Die Frage, ob der nach Verfügungserlass verfasste Z.____ -Bericht vom 24. Juni 2020 (Urk. 13) im vorliegenden Beschwerdeverfahren zu berücksichtigen ist (vgl. Urk. 16) , kann deshalb offenbleiben.

E. 6.2

Die von der RAD-Ärztin am 3. Februar 2020 aufgeführte Begründung für die Verneinung einer gesundheitlichen Verschlechterung des Beschwerdeführers seit der MEDAS-Begutachtung (vgl. E. 4. 5) ist nicht nachvollziehbar. Dr. I.____

nahm einzig Bezug auf die Z.____ -Berichte vom 5 . November (Urk. 7/106 und 23. Dezember 2019 (vgl. E. 4.4) und setzt e sich mit den übrigen Berichten der Z.____ -Ärzte vom 16. Juli und 5. September 2019 (vgl. E. 4.2-3) nicht auseinander . Aus dem Umstand, dass die für den 28. November 2019 ursprünglich geplante bariatrische Operation aufgrund unvollständiger präoperativer Abklärungen ver schoben werden musste respektive aus kardiologischer Sicht keine entsprechende Kontraindikation vorlag (Urk. 7/106 S. 2) , kann nicht automatisch auf einen unveränderten Gesundh eitszustand geschlossen werden.

Der im Bericht vom 23. Dezember 2019 erwähnte recht s tabile kardiologische Verlauf (Urk. 7/105 S. 10) kann - entgegen der Auffassung der RAD-Ärztin - nicht auf die (gesamte) Zeit seit der MEDAS-Untersuchung erstreckt werden.

S owohl im genannten Bericht als auch in jenem vom 5. September 2019 ist von einer deutlichen Verschlechterung der Leistungsfähigkeit seit der MEDAS-Untersuchung die Rede, so dass es sich beim erwähnten stabilen Verlauf offenkundig um den sich nach dem Eintritt der Verschlechterung im Sommer 2019 zwischenzeitlich

stabilisierten Gesundheitszustand

(auf verschlechtertem Niveau) handelt. I m Übrigen ist darau f hinzuweisen, dass RAD-Ärztin D r. I.____ über k einen Facharzttitel in Kardiologie verfügt.

6. 3

Im Lichte der obigen Erwägungen ist fraglich, ob für die Zeit ab Ju n i 2019 nach wie vor von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen ist. Damit erweist sich der medizinische Sachverhalt

ab Ju n i 2019 als nicht hinreichend abgeklärt. 7.

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer vom April 2018 bis August 2019 (Ju n i 2019 plus drei Monate, Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung) bei einem Invaliditätsgrad von 58 % Ans pru ch auf eine halbe Rente hat und f ür die Zeit ab J un i 2019 weitere medizinische Abklä rungen erforderlich sind.

Die Beschwerde ist damit in

dem Sinne gutzuheissen , dass die angefochtene Verfügung vom 17. März 2020 insoweit aufzuheben ist, als sie den Anspruch auf eine die halbe Rente übersteigende Invalidenrente ab 1. September 2019 verneint und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen , damit diese, nach erfolg ter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leis

tungsanspruch des

Beschwerdeführers neu verfüge.

Was den Eventualantrag des Beschwerdeführers betreffend berufliche Massnahmen angeht (Urk. 12 S. 2), ist anzumerken, dass sowohl der Vorbescheid vom 15. April 2019 (Urk. 7/82) als auch die angefochtene Verfügung vom 17. März 2020 (Urk. 2) allein den Rentenanspruch beschlagen, weshalb die Frage nach einem Anspruch auf berufliche Massnahmen nicht Anfechtungsgegenstand ist und insoweit nicht auf die Beschwerde einzutreten ist. Es bleibt dem Beschwerdeführer indes unbenommen, bei der Beschwerdegegnerin ein entsprechendes Gesuch zu stellen.

In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen, sofern darauf einzutreten ist.

E. 8

.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57). Der überwiegend obsiegende vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzenden Ersatz der Parteikosten (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVerG). Entsprechend steht ihm eine Prozessentschädigung von Fr. 3'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu. Das Gericht erkennt: 1. Die Beschwerde wird, soweit darauf eingetreten wird, in dem Sinne gutgeheissen, dass

die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 17. März 2020 insoweit aufgehoben wird, als sie den Anspruch auf eine die halbe Rente übersteigende Invalidenrente ab 1. September 2019 verneint, und es wird die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers ab 1. September 2019 neu verfüge. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 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. 3'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Adrian Zogg - 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 dem 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
Gräub
Schleiffer
Marais

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