

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00766 vom 16. September 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-09-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00766

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00766 du 16 septembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00766 del 16 settembre 2021

Erwägungen

E. 1

Der italienische Staatsangehörige X.____, geboren 19

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. 1.2.1

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

E. 1.2.2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von

Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom

E. 1.2.3

Nach bisheriger und langjähriger höchstrichterlicher Rechtsprechung führten Suchterkrankungen als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Sie wurden im Rahmen der Invalidenversicherung erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt haben, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender, Gesundheitsschaden eingetreten war, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens waren, dem Krankheitswert zukam. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden fehlte demgegenüber, wo in der Begutachtung im Wesentlichen nur Befunde erhoben wurden, welche in der Sucht ihre hinreichende Erklärung fanden (Hinweise zur bisherigen Rechtsprechung in BGE 145 V 215 E. 4.1).

Diese bisherige Rechtsprechung änderte das Bundesgericht mit BGE 145 V 215 dahingehend, dass - fachärztlich einwandfrei diagnostizierten – Abhängigkeitsyndromen beziehungsweise Substanzkonsumstörungen nicht zum Vornherein

jede invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden kann (E. 5.3.3), sondern diese vielmehr als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden in Betracht fallen (E. 6). Gemäss BGE 143 V 418 E. 6 f. ist die Frage nach den Auswirkungen sämtlicher psychischer Erkrankungen auf das funktionelle Leistungsvermögen grundsätzlich unter Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu beantworten. Hierzu gehören nach dem oben Ausgeführten auch Abhängigkeits syndrome (E. 6.2). Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens kann und muss insbesondere der Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall Rechnung getragen werden. Diesem kommt nicht zuletzt deshalb Bedeutung zu, weil bei Abhängigkeitserkrankungen - wie auch bei anderen psychischen Störungen - oft eine Gemengelage aus krankheitswertiger Störung sowie psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vorliegt. Letztere sind selbstverständlich auch bei Abhängigkeitserkrankungen auszuklammern, wenn sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen (vgl. bezüglich der Depressionen BGE 143 V 409 E. 4.5.2). Eine krankheitswertige Störung muss umso ausgeprägter vorhanden sein, je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Beschwerdebild mitprägen (E. 6.3).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann immerhin dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder geeignet ist. Es bleibt daher etwa dann entbehrlich, wenn für eine - länger dauernde (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) - Arbeitsunfähigkeit nach bestehender Aktenlage keine Hinweise bestehen oder eine solche im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegen teiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (E. 7).

E. 1.2.4

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) -

Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.3

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit: a.

diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b.

die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind.

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Abs. 1 bis). Nach Massgabe der Art. 13 und 21 IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich (Abs. 2). Nach Massgabe von Art. 16 Abs. 2 lit. c IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig davon, ob die Eingliederungsmassnahmen notwendig sind oder nicht, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, zu erhalten oder zu verbessern (Abs. 2 bis).

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Abs. 3 in medizinischen Massnahmen (lit. a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit. a bis), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit. b) und in der Abgabe von Hilfsmitteln (lit. d).

E. 1.4

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

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

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

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

E. 1.5

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung oder des Einspracheentscheides ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). 1. 6

1. 6 .1

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). 1. 6 .2

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen). 1. 6 .3

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruches zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung

(IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruches. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.3.2).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei

widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würden die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen). 1. 7

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). 2.

2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 2. Oktober 2020 führte die Beschwerdegegnerin zum Einwand des Beschwerdeführers gegen den Vorbescheid aus, dass er

mit seinem Einwand verschiedene medizinische Berichte eingereicht

habe. Er habe dazu beantragt, dass ihm Integrationsmassnahmen sowie - nach durchgeführten Abklärungen - eine Invalidenrente zuzusprechen seien. Aufgrund des Gutachten der Y. AG vom 10. Februar 2020 werde seit 2017 eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten bestätigt. Er sei somit

in jeglichen Tätigkeiten zu 80 % arbeitsfähig. Im Bewerbungsprozess im ersten Arbeitsmarkt bestehe keine Einschränkung. Somit bestehe weder Anspruch auf berufliche Massnahmen noch Anspruch auf Rentenleistungen (Urk. 2 S. 2). 2.2

Dazu brachte der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, dass er der Beschwerdegegnerin mit seinem Einwand gegen den Vorbescheid vom 8. Juni 2020 neue medizinische Unterlagen eingereicht habe. In seiner Begründung habe er ausgeführt, dass seine verbliebene Arbeitsfähigkeit - entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin im Vorbescheid - weit unter 80

% liege (Urk. 1 S. 12). Die Beschwerdegegnerin sei in der angefochtenen Verfügung vom 2. Oktober 2020 aber mit keinem Wort auf seine Einwände eingegangen (Urk. 1 S. 13). Des Weiteren hätten ihm seine behandelnden Ärztinnen und Ärzte mehrfach mündlich mitgeteilt, dass sie die Einschätzung der Gutachter der Y. AG nicht teilen würden. Insbesondere sei bei der schweren Schlafapnoe (mit allen sich daraus ergebenden Einschränkungen) viel zu wenig Beachtung geschenkt worden. Eine Person, welche nicht in der Lage sei, pro Nacht mehr als zwei Stunden zu schlafen, sei nie und nimmer in einem Umfang von 80 % im ersten Arbeitsmarkt arbeitsfähig (Urk. 1 S. 15). Zu berücksichtigen sei sodann, dass er mehrfach stationär und teilstationär in psychiatrischer Behandlung gewesen sei. Die Ärzte hätten dabei jeweils unabhängig voneinander unter anderem eine mittelschwere Depression diagnostiziert. Einzig der Gutachter der Y. AG, welcher ihn nur einmal für rund eine Stunde gesehen habe, sei zum Schluss gekommen, dass die Depression bloss leichtgradig sei und auch in der Vergangenheit keinen relevanten Einfluss auf seine Arbeitsfähigkeit gehabt habe (Urk. 1 S.

16). Und schliesslich brachte der Beschwerdeführer vor, dass es nicht bloss um einen Rentenanspruch, sondern auch um seinen Anspruch auf berufliche Massnahmen gehe (Urk. 1 S. 16). Er brauche neben der medizinischen Intervention auch gezielt die Unterstützung der Beschwerdegegnerin bei der Reintegration im ersten Arbeitsmarkt (Urk. 1 S. 16-17). Ohne diese Hilfe werde er nicht in der Lage sein, wieder erfolgreich erwerbstätig zu sein (Urk. 1 S. 17). 3. 3.1

Die bis zum 17. Juli 2019 aufgelegten entscheidungsrelevanten Arztberichte werden im Gutachten der Y.____ AG vom 2. Februar

2020 zusammengefasst (Urk. 8/91/25-29, Urk. 8/91/114-117), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal aufgeführt werden. 3.2

3.2.1

Am Gutachten der Y.____

AG vom 2. Februar 20

E. 6

7, absolvierte

von 1984 bis 1987 eine Lehre zum Hochbauzeichner

(Urk. 8/5/1, Urk. 8/5/5). Nach Tätigkeiten in verschiedenen Berufszweigen arbeitete er ab dem Jahr 1999 hauptsächlich als technischer Verkäufer für Küchen und Küchen designer und danach

vom 1. Februar bis 31. Juli 2017 als Eventplaner für die Vermarktung von E-Zigaretten (Urk. 8/13, Urk. 8/14/13, Urk. 8/14/17, Urk. 8/76/10-13, Urk. 8/91/35).

Am 18. Oktober 2017 (Eingangsdatum) meldete er sich bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf seit ca. Juni 2016 bestehende psychische Beschwerden

zum Leistungsbezug an (Urk. 8/5, Urk. 8/

E. 6.3

Damit wird das Gesuch des Beschwerdeführers vom 2. November 2020 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters (Urk. 1 S. 2) gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 2. Oktober 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Zimmermann - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 1

5. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 8

). Die IV-Stelle tätigte Abklärungen in beruflich-erwerblicher (Urk. 8/13) und medizinischer (Urk. 8/14 , Urk. 8/18) Hinsicht . Danach teilte sie dem Versicherten am 19. März 2018 mit, dass aufgrund seines Gesundheitszustandes zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 8/37).

In der Folge prüfte die IV-Stelle, ob der Versicherte Anspruch auf eine Invalidenrente habe. Im Zuge ihrer Abklärungen holte sie zunächst weitere Arztberichte (Urk. 8/39 , Urk. 8/49 , Urk. 8/52, Urk. 8/60-61) ein.

Alsdann veranlasste sie

eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung (Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Psychiatrie, Neurologie und Pneumologie; Urk. 8/68, Urk. 8/83). Der Gutachtersauftrag wurde per Zufallsprinzip der Y.____ AG zugeteilt (Urk. 8/70). Am 10. Februar 2020 erstattete die Y.____ AG ihr Gutachten (Urk. 8/91). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der IV-Stelle nahm

am 29. Februar und 11. März 2020 Stellung (Urk. 8/94/7-

E. 10

).

Im Vorbescheid vom 22. April 2020 hielt die IV-Stelle fest, dass dem Versicherten gemäss ihren Abklärungen die angestammte Tätigkeit als technischer Zeichner im Küchenbau unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Einschränkungen weiterhin zu 80 % zumutbar sei. Dies entspreche einem IV-Grad von 20 % , womit kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (vgl. Aktenverzeichnis zu Urk. 8/1-124 , Urk. 8/96). In der Folge meldete sich der Versicherte am 4. Juni 2020 per Telefon bei der IV-Stelle, um sich nach dem Verfahrensstand zu erkundigen. Angesprochen auf den Vorbescheid vom 22. April 2020, erklärte der Versicherte, dass er diesen nicht erhalten habe (Urk. 8/102).

Alsdann reichte der Versicherte der IV-Stelle

mit Eingabe vom 5. Juni 2020 den Austrittsbericht der Klinik Z.____

vom 20. März 2020 zur stationären psychiatrisch-psycho somatischen Behandlung vom 10. Januar bis 6. März 2020 (Urk. 8/105/1-10) und weitere Arztberichte (Urk. 8/105/11-27) ein . Mit E-Mail-Nachricht vom 8. Juni 2020 beantragte er überdies Akteneinsicht und führte weiter aus, dass er mit seiner Anmeldung zum Leistungsbezug nicht nur die Zusprache einer Invalidenrente, sondern auch Eingliederungsmassnahmen beantragt habe (Urk. 8/103) . In der Folge stellte die

Sachbearbeiterin der IV-Stelle fest, dass der Vorbescheid vom 22. April 2020 sowohl dem Versicherten als auch der Gemeinde A.____, welcher der Versicherte die IV-Leistungen nach der Gewährung wirtschaftlicher Hilfe abgetreten hatte (Urk. 8/107), nicht zugestellt worden war (Urk. 8/108). Deshalb versandte sie den Vorbescheid (noch einmal) mit Datum vom 8. Juni 2020

(Urk. 8/96, Urk. 8/108). Gegen diesen Vorbescheid erhob der Versicherte am 17. August 2020 Einwand. Er beantragte, dass die Abklärungen bezüglich seines Anspruchs auf eine Invalidenrente weiterzuführen seien und er mit Integrationsmassnahmen beruflicher Art zu unterstützen sei (Urk. 8/114).

Die IV-Stelle wies das Leistungsbegehren des Versicherten mit Verfügung vom 2. Oktober 2020 ab (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob X.____ am 2. November 2020 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 2. Oktober 2020 seien ihm die gesetzlich geschuldeten Leistungen, insbesondere berufliche Massnahmen sowie eine Invalidenrente, zu sprechen. Eventualiter sei die Sache zur ordnungsgemässen

Abklärung des medizinischen Sachverhalts

an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte er, dass ihm die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren und in der Person von Rechtsanwält

Marius Zimmermann, Baden, ein unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen sei (Urk. 1 S. 2).

Die Beschwerdegegnerin beantwortete mit Beschwerdeantwort vom 14. Dezember 2020 Abweisung der Beschwerde (Urk. 7, unter Beilage der IV-Akten, Urk. 8/1-124).

Der Beschwerdeführer reichte mit Eingabe vom 14. Dezember 2020 (Urk. 9) das ausgefüllte und unterzeichnete Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit (Urk. 10), die Unterstützungsbestätigung des Sozialdienstes der Gemeinde A.____ vom 18. November 2020 (Urk. 11/4) sowie weitere Unterlagen zur Substantiierung seines Gesuchs um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 11/1-3, Urk. 11/5-7) ein.

Mit Verfügung vom 16. Dezember 2020 wurde dem Beschwerdeführer eine Kopie der Beschwerdeantwort vom

14. Dezember 2020 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk.

E. 12

). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 15

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren

schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegen der Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

E. 20

waren Dr. med. B.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, PD Dr. med. C.____, FMH Neurologie, Dr. med. D.____, FMH Allgemeine Innere Medizin sowie FMH Pneumologie, PD Dr. med. E.____, FMH Kardiologie sowie FMH Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, beteiligt (Urk. 8/ 91/

E. 24

). Die Gutachter untersuchten den Beschwerdeführer am 13. August (Dr. B.____), 19. September (Dr. C.____), 14. und 15. Oktober (PD Dr. E.____ und Dr. F.____) sowie am 10. Dezember

2019 (Dr. D.____, Urk. 8/91/15). 3.2.2

Sie stellten die folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/ 91 /18): - Schwere kombinierte Schlafapnoe; AHI 71,1/h (ICD-10: G47.38) - unter Therapie mit adaptiver Servoventilation - Hypertensive Herzkrankheit mit leicht eingeschränkter systolischer Pumpfunktion, ohne Herzinsuffizienz (ICD-10 :

I 11.90) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwertig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10: F33.00/F33.10) Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (Urk. 8/ 91 / 18): - Regrediente Sensibilitätsstörung im Versorgungsgebiet des Nervus

cutaneus

femoralis

lateralis linksseitig (ICD-10: G57.1) - Status nach Lungenembolien am 9. Dezember 2018 (ICD-10: I26.9) - Status nach Sepsis bei nosokomialer Pneumonie am 2. Dezember 2018 (ICD-10: A41.2) - Intermittierender AV-Block II° (ICD-10: I44.1) - Ektasie der Aorta ascendens (ICD-10: I41.9) - Metabolisches Syndrom - Arterielle Hypertonie (ICD-10: I10.0) - Adipositas WHO-Grad II (ICD-10: E66.01) - Dyslipidämie (ICD-10: E78.2) - Hyperglykämische Stoffwechsellage (ICD-10: E11.9) - Obstruktives Schlafapnoesyndrom (ICD-10: G47.31) - Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F19.20) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F17.2) 3.2.3

In ihrer integrativen medizinischen Beurteilung haben die Gutachter die Diagnosen wie folgt hergeleitet beziehungsweise begründet: Aktenanamnestisch finde sich beim Beschwerdeführer seit 2017 eine Kardiopathie, deren Ursache nicht abschliessend habe geklärt werden können. Konsistent und über alle Abklärungen hindurch zeige sich eine leicht eingeschränkte systolische Pumpfunktion mit einer gemessenen Ejektionsfraktion von 40 bis 45 %. Die Ursache für die leicht eingeschränkte systolische Pumpfunktion sei ausführlich abgeklärt worden. Eine koronare Herzkrankheit sei anlässlich einer invasiven Abklärung im Juni 2017 ausgeschlossen worden. Eine rhythmogene Komponente habe ebenfalls nicht nachgewiesen werden können. Die in der Myokardbiopsie vom Mai 2018

postulierte alkoholische Kardiopathie sei auch nicht bestätigt. Widersprüchlich dazu seien die Angaben des Beschwerdeführers, welcher einen chronischen Alkoholmissbrauch bestreiten würde. Somit sei zusammenfassend die wahrscheinlichste Ursache für die leichte eingeschränkte linksventrikuläre Pumpfunktion eine hypertensive Kardiopathie auf dem Boden einer arteriellen Hypertonie (Urk. 8/91/19) .

Die pneumologische Diagnose der schweren kombinierten Schlafapnoe mit einem Apnoe-Hypopnoe-Index von 71,1/h könne aktenanamnestisch und anamnestisch bestätigt werden (Urk. 8/91/19). Warum der Beschwerdeführer die CPAP-Maskentherapie in der Nacht sehr schlecht toleriere und nur wenige Stunden hiermit schlafen könne, lasse sich aus pneumologischer Sicht nicht nachvollziehen (Urk. 8/91/19-20). Spezifische pneumologische Berichte bezüglich dieses Problems würden nicht vorliegen (Urk. 8/91/20).

Von psychischer Seite finde sich eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichter bis mittelgradiger Episode sowie eine Störung durch multiplen Substanzkonsum, gegenwärtig abstinente. Die depressive Episode sei gekennzeichnet durch eine erhöhte Ermüdbarkeit, verminderte Freude, Schlafstörungen, Insoffizienzgedanken und Konzentrationsstörungen. Diagnostisch handle es sich dabei um eine rezidivierende depressive Störung, der Beschwerdeführer zeige sonst je doch eine normale Sozialisation und sei auch voll leistungsfähig geblieben, bis es zur Dekompensation und anhaltenden Arbeitsunfähigkeit gekommen sei (Urk. 8/91/20).

Es habe sodann eine regrediente Sensibilitätsstörung im Versorgungsgebiet des Nervus cutaneus femoralis

lateralis linksseitig diagnostiziert werden können. Es handle sich dabei um eine Meralgia paraesthetica , welche jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe (Urk. 8/91/20).

Des Weiteren finde sich ein metabolisches Syndrom , bestehend aus einer arteriellen Hypertonie, einer Adipositas WHO-Grad II, einer Dyslipidämie sowie einer hyperglykämischen Stoffwechsellage (Urk. 8/91/20). 3.2.4

Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hielten die Gutachter fest, dass ihm aufgrund der kardiologischen und internistischen Diagnosen grundsätzlich alle durchgehend körperlich schweren beruflichen Tätigkeiten nicht möglich seien. Für alle leichten oder intermittierend mittelschweren beruflichen Tätigkeiten, welche ohne Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeführt werden könnten und keine Anforderungen an das Arbeiten auf Leitern oder das Arbeiten verbunden mit längeren Autofahrten stellen würden, bestehe aus polydisziplinärer Sicht eine Gesamtarbeitsfähigkeit von 80 % . Die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als technischer Zeichner könne bereits als eine optimal adaptierte Verweisungstätigkeit angesehen werden (Urk. 8/91/22). Eine retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gestalte sich aus polydisziplinärer Sicht schwierig. Es könne davon ausgegangen werden, dass die zum Zeitpunkt der Begutachtung festgestellte Arbeitsfähigkeit seit ca. Mitte 2017 bestehe. Zu diesem Zeitpunkt sei dem Beschwerdeführer wiederholt eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (Urk. 8/91/23). 3.3
3.3.1

Der Beschwerdeführer reichte mit Eingabe vom 5. Juni 2020 (Urk. 8/105) und seinem Einwand vom 17. August 2020 (Urk. 8/114) gegen den Vorbescheid vom 8. Juni 2020 (Urk. 8/96) unter anderem

die folgenden Arztberichte ein: 3.3.2

Im Austrittsbericht der G.____ AG vom 17. Oktober 2019 zur stationären Behandlung des Beschwerdeführers vom 1. bis 9. Oktober 2019 wurde die Diagnose rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) gestellt

(Urk. 8/113/61). Der Beschwerdeführer sei freiwillig auf die Kriseninterventionsstation eingetreten. Er habe über mehrere chronische psychosoziale Belastungssituationen bezüglich der vielfältigen somatischen Erkrankungen mit konsekutiv fehlender Erwerbsfähigkeit, finanzieller Probleme und Probleme mit der Ex-Frau

berichtet. Zur Exazerbation habe geführt, dass die Frau, die derzeit bei ihm wohne, vor dem Hintergrund einer Alkoholabhängigkeitserkrankung wieder rückfällig geworden sei (Urk. 8/113/61). Dem Bericht ist sodann zu entnehmen, dass durch die stationäre Behandlung die Krise entaktualisiert worden sei. Mithilfe der medikamentösen Einstellung habe ein besserer Schlaf erzielt werden können. Dies habe es dem Beschwerdeführer ermöglicht, die gemachten Pläne um die Wohnform, die berufliche Situation und auf die Beziehung zur Lebenspartnerin wieder aufzunehmen und in seinem Sinne fortzusetzen (Urk. 8/113/63). 3.3.3

Im Bericht vom 25. Oktober 2019 zur somnologischen Erstvorstellung des Beschwerdeführers in der Schlafmedizin der Klinik Z.____ AG vom 22. bis 25. Oktober 2019 wurde in der Beurteilung festgehalten, dass die Überweisung in die Klinik Z.____ bei seit Jahrzehnten bekannter Durchschlafstörung mit Apnoen und Schnarchen sowie massiver Tagesmüdigkeit erfolgt sei. Diese seien mit dem Alter nicht mehr kompensierbar und aktuell zeige sich eine zunehmende psychosoziale Dekompensation und Überforderung mit der Situation. Der Beschwerdeführer vermute als Auslöser ein Schlafapnoesyndrom. Seit 2013 sei der Beschwerdeführer unter CPAP-Therapie, im Jahr 2016 sei die Umstellung auf ASV-Therapie erfolgt. Anamnestisch hätten sich darüber hinaus keine Hinweise auf andere schlafmedizinische Erkrankungen ergeben. In der respiratorischen Polygraphie habe sich unter ASV-Therapie ein nicht kontrolliertes obstruktives Schlafapnoesyndrom mit einem AHI von 39/h gezeigt. In Rücklage habe sich ein schwerwiegender Befund gezeigt mit einem AHI von 59/h unter ASV-Therapie, weshalb die Beatmungstherapie auf eine CPAP-Therapie mit 7-20 cmH₂O umgestellt worden sei, unter welcher sich ein leicht verbesserter, jedoch weiterhin pathologischer AHI von 33/h gezeigt habe (Urk. 8/105/9). Bei fehlender Verbesserung nach Umstellung auf eine CPAP-Therapie mit einem mittleren CPAP-Druck von 15 cmH₂O sei wieder die Umstellung auf eine ASV-Therapie mit EPAP

15 cmH₂O erfolgt (Urk. 8/105/9-10). Darunter habe sich ein leicht verbesserter AHI von 20/h gezeigt. Der Anteil Apnoen sei 31 % (obstruktive 31 %, zentrale 0 %) und der Anteil Hypopnoen 69% und knapp ungenügender Oxygenation mit einer Hypoxämiezeit von 36 % gewesen. Im Verlauf der Hospitalisation habe der Beschwerdeführer Erkältungssymptome mit Rhinitis und Husten gezeigt, weshalb die Messresultate nur bedingt beurteilbar seien. Es sei jedoch davon auszugehen, dass die Durchschlafstörung am ehesten durch die obstruktive Schlafapnoe getriggert worden sei. Bei komplexem und schwer einstellbarem Schlafapnoesyndrom, das am ehesten im Rahmen einer Adipositas interpretiert werde, und

der Tatsache, dass der Beschwerdeführer trotz Wunsch noch keine Gewichtsabnahme habe realisieren können, werde eine bariatrische Operation als beste Option gesehen, um seine Beatmungstherapie einstellen zu können (Urk. 8/105/10). 3.3.4

Im Bericht der Kantonsspital H. ___ AG, Interdisziplinäres Notfallzentrum, vom 29. Oktober 2019 zur ambulanten Behandlung auf der Notfallstation vom Vortag wurden die folgenden Diagnosen angeführt (Urk. 8/105/22): - Neu diagnostiziertes Vorhofflimmern - Am ehesten Infektgetriggert bei viralem Infekt - Intermittierender suprahisärer AV-Block Typ Wenkebach mit/bei Brady-EPS Mai 2018: Ausschluss eines intra- oder infrahisären Blockes - Viraler Infekt der oberen Atemwege - Klinik: Schnupfen, Husten, Hämoptoe, Hämaturie mit weisslichem Auswurf, Umgebungsanamnese positiv - Respi-Panel: Rhino-/Enterovirus positiv - Kardiopathie, am ehesten toxisch bei Alkoholabusus (Erstdiagnose Juni 2017) - Koronarangiographie Juni 2017: Koronarsklerose ohne signifikante Stenosen - Herz-MRI Juni 2017: Leichte globale Motilitätsstörungen des linken Ventrikels mit leicht eingeschränkter LVEF (44 %), keine Myokardnarben - TTE April 2018: LVEF 42 %, leichte diffuse Hypokinesie - Myokardbiopsie Mai/2018: Am ehesten toxische Kardiomyopathie bei Alkoholabusus - cvRF: Art. Hypertonie, Dyslipidämie, Adipositas, persistierender Nikotinkonsum, OSAS, Kokainabusus 3.3.5

Bei der von med. pract. I. ___ befundeten CT Thorax-Angio vom 28. Oktober 2019 fand sich kein Nachweis für eine Lungenembolie, keine pneumonischen Infiltrate, keine Pleuraergüsse, aber zahlenvermehrte und grenzwertig vergrösserte Lymphknoten mediastinal sowie ältere teilweise konsolidierte Rippenfrakturen beidseits (Urk. 8/113/55). 3.3.6

Zur Abklärung einer möglichen anaphylaktischen Reaktion mit Atemnot und Problemen in den oberen Atemwegen wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. J. ___, Facharzt für Dermatologie und Venerologie, speziell Allergologie und klinische Immunologie, untersucht. In seinem Nachtragsbericht zuhanden der Hausärztin des Beschwerdeführers vom 6. November 2019 hielt Dr. J. ___ fest, dass er aufgrund der nachträglich erhobenen Anamnese keine Soforttypensensibilisierung in der Ernährung des Beschwerdeführers, die die Situation erklären könnte, nachweisen könne. Es sei einzig eine periphere Eosinophilie nachweisbar gewesen. Allerdings sei diese nicht verantwortlich für eine allfällige anaphylaktische Reaktion. Er würde auf jeden Fall versuchen, auf ACE-Hemmer zu verzichten. Der Beschwerdeführer habe offenbar erneut einen ACE-Hemmer bekommen (Listril). Hier sei mindestens auf eine AT zwei-Blocker ausweichen, falls dies möglich sei. Damit werde die allergologische Situation etwas entschärft. Der Beschwerdeführer werde mit einem Notfallset ausgerüstet (Urk. 8/105/27). 3.3.7

Dem Austrittsbericht der Klinik Z. ___ AG vom 20. März 2020 zur stationären psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung vom 10. Januar bis 6. März 2020 sind die folgenden Diagnosen zu entnehmen (Urk. 8/105/1): - Rezidivierende Depression, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) - Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak-Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F17.2) - Multiple Substanzkonsumstörung - Abhängigkeitssyndrom gegenwärtig abstinent (ICD-10: F19.20) bei Status nach suizidaler Mischintoxikation mit Alkohol, Benzodiazepinen, Kokain und Opiaten (ICD-10: X84, Erst diagnose Januar 2018) - Chronische Insomnie mit Hyperventilation am ehesten bei Cheyne-Stokes Atmung, Erstdiagnose Februar bei Vorhofflimmern, Differentialdiagnose: Herzinsuffizienz - Kardiopathie unklarer Ätiologie (Erstdiagnose Juni 2017) - Schweres gemischtes

Schlafapnoe-/Hypopnoe-Syndrom - unter ASV-Beatmung - Adipositas WHO-Grad II - Hyperglykämische Stoffwechsellage - Steatosis hepatis Grad III - am ehesten äthyltoxisch - Vitamin D-Mangel - Status nach peripheren Lungenembolien beiderseits (Erstdiagnose Dezember 2018) - Status nach Sepsis bei nosokomialer Pneumonie (Erstdiagnose Dezember 2018) 3.3.8

Im Austrittsbericht der Kantonsspital H.____ AG, Departement Chirurgie, vom 22. Juni 2020 wurden folgende Diagnosen aufgeführt (Urk. 8/113/23): - Febrile Epididymoorchitis rechts - Distale Urethrastrikturen - Rhinogenes und am ehesten äthyltoxisches Karzinom - Schwere gemischtes Schlafapnoe/Hypopnoesyndrom - Status nach peripheren Lungenembolien beidseits Dezember 2018 3.3.9

Im Arztbericht der Kantonsspital K.____ AG, Medizinische Uniklinik, Kardiologie, vom 29. Juli

2020 wurden die folgenden Hauptdiagnosen aufgeführt (Urk. 8/113/9): - Persistierendes Vorhofflimmern - Kardiopathie unklarer Ätiologie (Erstdiagnose Juni 2017) - Intermittierendes

suprahisäres AV-Block II° Typ Wenckebach (Erstdiagnose Februar 2018) 3.3.10

Im Austrittsbericht ambulant vom 31. Juli 2020 (provisorisch) der Kantonsspital K.____ AG, Medizinische Uniklinik, Medizinische Intensivstation, wurde die Diagnose Hypertensive Kardiopathie aktuell: 31. Juli 2020 erfolglose elektive Elektrokonzersion mit persistierendem normokardem Vorhofflimmern und intermittierendem

suprahisärem AV-Block II° Typ Wenckebach gestellt (Urk. 8/113/5). 4.

4.1

4.1.1

Wie der angefochtenen Verfügung vom 2. Oktober 2020 (Urk. 2) in Verbindung mit dem «Feststellungsblatt Einwand» vom selben Tag (Urk.

8/116) entnommen werden kann, ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass sie bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf die Feststellungen im Gutachten der Y.____ AG vom 2. Februar 2020 (Urk. 8/91) abstellen könne, weil der Beschwerdeführer mit seinem Einwand vom 17. August 2020 (Urk. 8/114) gegen den Vorbescheid vom 8. Juni 2020 (Urk. 8/96) und den damit eingereichten Arztberichten keine neuen Tatsachen dargelegt habe (Urk.

8/116/2). 4.1.2

Der vorliegend massgebende Sachverhalt bestimmt sich ab dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (hier: 1. April 2018 bzw. ab dem 1. des Monats in welchem die Frist von sechs Monaten ab der Anmeldung zum Leistungsbezug vom 18. Oktober 2017 abgelaufen ist, vgl. Urk. 8/5, Urk. 8/8 und Art.

E. 29

Abs. 1 und 3 IVG) bis zum Zeitpunkt der Verfügung der Beschwerdegegnerin (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_736/2020 vom 17. Februar 2021 E. 4.1 und 8C_101/2018 vom 31. August 2018 E. 4.1; E. 1.5 vorstehend). Daraus folgt, dass vorliegend der medizinische Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. Oktober 2020 (Urk. 2) zu

beurteilen ist. Es stellt sich die Frage, ob die Beschwerdeführerin für diesen

Beurteilung hier einzig auf das Gutachten der Y.____ AG vom 2. Februar 2020 (Urk. 8/91) abstellen durfte. Die Untersuchungen in der Y.____ AG fanden im Zeitraum vom 13. August bis 10. Dezember 2019 statt (Urk. 8/91/15).

Den Gutachtern standen die IV-Akten zur Verfügung, diese enthielten die Arztberichte bis zum 17. Juli 2019 (Urk. 8/91/25-29, Urk. 8/91/114-117). Der Beschwerdeführer reichte mit seinem Einwand vom 17. August 2020 (Urk. 8/114) - wie schon zuvor mit Eingabe vom 5. Juni 2020 (Urk. 8/105) - aber mehrere Arztberichte ein, welche den Gutachtern der Y.____ AG nicht vorlagen.

Der psychiatrische Gutachter Dr. F.____ unter suchte den Beschwerdeführer am 15. Oktober 2019 (Urk. 8/91/15) und da mit einige Tage nach der stationären Behandlung des Beschwerdeführers vom 1. bis 9. Oktober 2019 im Kriseninterventions- und Triagezentrum der G.____ AG (Urk. 8/113/61, s. a.

die diesbezüglichen Ausführungen des Beschwerdeführers bei der Untersuchung durch Dr. F.____, Urk. 8/91/98). Im Austrittsbericht der G.____ AG

zur stationären Behandlung bis 9. Oktober 2019 wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), leide (Urk. 8/113/61). Dr. F.____ diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10: F33.0/F33.10, Urk. 8/91/108). Der Grund für die Abweichung zum Bericht der G.____ AG vom 17. Oktober 2019 (Urk. 8/113/64) ist unklar, weil die Beschwerdeführerin diesen Bericht Dr. F.____ bislang noch nicht zur Stellungnahme zugestellt hat.

Die vom Beschwerdeführer eingereichten Arztberichte enthalten zudem konkrete Hinweise dafür, dass sich sein psychischer Gesundheitszustand nach der Untersuchung durch

Dr. F.____

vom 15. Oktober

2019 (Urk. 8/91/15) - aber noch vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. Oktober 2020 (Urk. 2) - wieder verschlechtert haben könnte. Nach der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 17. Dezember 2019 (Urk. 8/113/35) führte PD Dr. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (D), Oberarzt Klinik Z.____ AG, aus, angesichts der Schwere des depressiven Rezidivs einschliesslich der begleitenden somatischen Komorbiditäten bestehe eine Indikation für eine stationäre multimodale psychiatrisch-psychosomatische wie auch eine adäquate psychopharmakologische Behandlung (Urk. 8/113/37).

Dem Austrittsbericht vom 20. März 2020 zur stationären psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung vom 10. Januar bis 6. März 2020 in der Klinik Z.____ AG ist unter anderem die Diagnose

rezidivierende Depression, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) zu entnehmen (Urk. 8/105/1). Der Vergleich mit der Beurteilung von Dr. F.____ lässt eine nach der Untersuchung

Dr. F.____ vom 15. Oktober 2019 eingetretene Verschlechterung der psychischen Erkrankung des Beschwerdeführers zumindest als möglich erscheinen (Urk. 8/91/15). Die

nicht gestützt auf eine RAD-Stellungnahme getroffene Feststellung der Beschwerdeführerin, wonach der Beschwerdeführer mit den von ihm eingereichten Arztberichten keine neuen Tatsachen vorgebracht habe (Urk.

8/116/2), erweist sich als unrichtig. In psychischer Hinsicht hätte Anlass zu weiteren Abklärungen zum medizinischen Sachverhalt bestanden. 4.1.3

In somatischer Hinsicht ist festzuhalten, dass der pneumologische Gutachter

Dr. D.____, welcher den Beschwerdeführer am 10. Dezember 2019 untersucht hat (Urk. 8/91/60), in seinem Gutachten vom 2. Januar 2020 ausführte, dass keine pneumologisch-somnologische Berichte vorliegen würden (Urk. 9/91/66).

Der Bericht vom 25. Oktober 2019 zur somnologischen Erstvorstellung des Beschwerdeführers in der Schlafmedizin der Klinik Z.____ vom 22. bis 25. Oktober 2019 (Urk. 8/105/7 - 10) wurde vom Gutachter nicht beigezogen, obwohl der Beschwerdeführer ihm gegenüber bei der Untersuchung vom 10. Dezember 2019 erwähnt hatte, dass er vor ca. 1-2 Monaten in der Klinik Z.____ gewesen sei (Urk. 8/91/62-63).

In den oben wiedergegebenen Berichten der Kantonsspital K.____ AG, insbesondere deren Bericht vom 29. Juli 2020, ist sodann von einem seit ca. Oktober bis November 2019 persistierenden Vorhofflimmern die Rede (Urk. 8/113/10). Ein Vorhofflimmern wurde vom kardiologischen Gutachter, welcher

den Beschwerdeführer am 14. Oktober 2019, mithin etwa im diesem Zeitraum, untersuchte (Urk. 8/91/71, Urk. 8/91/81), nicht festgestellt (vgl. dessen Herleitung der Diagnosen, Urk. 8/91/85-86). Die Auswirkungen dieses neuen Befundes auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind ebenfalls unklar und die kardiologische Beurteilung ist somit noch nicht vollständig. Auch zu den vom Beschwerdeführer eingereichten neuen Berichten mit somatischen Befunden äusserten sich bislang weder die Gutachter der Y.____ AG noch der RAD. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist das Gericht aber auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind,

angewiesen. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_286/2020 vom 6. August 2021 E. 4).

Es fehlt hier an ärztlichen Feststellungen, welche schlüssig darlegen, dass die zeitgleich mit der Begutachtung sowie im Anschluss daran festgestellten Gesundheitsstörungen des Beschwerdeführers (E. 3.3.2 ff.) tatsächlich ohne zusätzliche Auswirkung auf dessen Arbeitsfähigkeit geblieben sind. Die Beschwerdegegnerin hat diese Abklärungen durchzuführen. Über das weitere Vorgehen wird der RAD zu entscheiden haben. 4.2

Der Beschwerdeführer hat zudem Anspruch darauf, dass die Beschwerdegegnerin - nach der rechtskonformen Abklärung des Sachverhalts und noch vor der Rentenprüfung - seinen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen prüft. Zwar lehnte die Beschwerdegegnerin die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen bereits am 19. März 2018 mit einer formlosen Mitteilung ab (Urk. 8/37) und diese Abweisung des Gesuchs um Gewährung von Eingliederungsmassnahmen wurde rechtlich wirksam, weil der Beschwerdeführer nach Lage der Akten nicht innerhalb eines Jahres eine anfechtbare Verfügung verlangt

hatte (vgl. zur Zulässigkeit der formlosen Erledigung und deren fristgerechten Anfechtung: BGE 134 V 145 E. 4 f. ; Urteil des Bundesgerichts 9C_682/2017 vom 6. September 2018 E. 4.1.3, s. a. Urteil des Bundesgerichts 9C_642/2015 vom 29. Juni 2016 E.

4.3). Seine Vorbringen vom 17. August 2020 sind aber als ein neues Gesuch um Eingliederungsmassnahmen zu verstehen. In dieser Eingabe stellte einen entsprechenden Antrag, begründete sein Begehren und reichte Arztberichte ein (Urk. 8/113-114). Den IV-Akten (Urk. 8/116) und der angefochtenen Verfügung vom 2. Oktober 2020 (Urk. 2 S. 2) ist sodann zu entnehmen, dass die Beschwerde gegnerin auf das neue Begehren des Beschwerdeführers eingetreten ist.

Daher hat sie den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen hinreichend abzuklären, zumal auch im psychiatrischen Teilgutachten berufliche Massnahmen als zumutbar und zu empfehlen bezeichnet wurden (Urk. 8/91/110). 5.

Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen, dass die Sache in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 2. Oktober 2020 (Urk. 2) an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese nach durchgeführten Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers (Eingliederungsmassnahmen und Invalidenrente) neu verfüge. 6.

6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das vorliegende Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem

Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 b iS IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen, gilt eine Rückweisung an die Verwaltung doch nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2).

6.2

Der obsiegende Beschwerdeführer hat überdies Anspruch auf den Ersatz der Parteikosten (§

E. 34

Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer, in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers machte von der Möglichkeit, eine Honorarnote einzureichen (Urk. 12 S. 2), keinen Gebrauch.

Die Prozessentschädigung ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und des vollständigen Obsiegens des Beschwerdeführers ermessensweise auf Fr. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzulegen.

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