

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01129 vom 28. Februar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.01129

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01129 du 28 février 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01129 del 28 febbraio 2011

Erwägungen

E. 1

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). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). 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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.2 Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 Erw. 5a S. 299; Urteil des Bundesgerichts vom 23. März 2009, 8C_730/2008, Erw. 2).

1.3 Die seit 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 2

2.1 Der Beschwerdeführer war vom 19. März bis 13. April 2007 wegen akzentuierten linksbetonten lumbalen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung gegen das linke Bein im Spital C., Rheumaklinik und Institut für Physiotherapie mit Poliklinik, hospitalisiert. Mit Bericht vom 13. April 2007 an Dr. med. D., Facharzt FMH für Innere Medizin, wurde ein lumbospondylogenes Syndrom links (mit/bei gereizten Facettengelenken L4/5 und L5/S1 beidseits, kleiner subligamentärer Diskushernie L4/5 paramedian links und L5/S1 jeweils ohne recessale oder spinale Kompromittierung, Spondylarthrosen [MRI vom Februar 2007], Rundhohlräumen sowie muskulärer Dysbalance), ein rezidivierendes Cervicovertebralsyndrom myofaszialbetont (mit/bei cervicocephaler Komponente), eine koronare 1-Gefässerkrankung (bei Status nach Myokardinfarkt sowie rezidivierenden belastungsabhängigen peristernalen Beschwerden [Differentialdiagnose: TSS, somatoform]), ein Verdacht auf eine depressive Verstimmung, wobei eine somatoforme Störung möglich sei, eine leichte Adipositas (BMI 31) sowie eine Hepatopathie, die wahrscheinlich medikamentös bedingt sei, diagnostiziert. Der Patient sei als Giessereimitarbeiter von 19. März bis 30. April 2007 zu 100 % arbeitsunfähig, ab 1. Mai 2007 noch zu 50 %. Es solle eine schrittweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess stattfinden (Urk. 7/12/14-15). Die am 20. März 2007 aufgenommenen Röntgenbilder des Thorax und der Lendenwirbelsäule (LWS) wiesen keine grösseren degenerativen Veränderungen nach und der Herz-Lungenbefund sei altersentsprechend. Ein späteres MRI der LWS vom 3. März 2008 ergab unter Heranziehung des MRI vom 23. Februar 2007 eine leicht progrediente Darstellung der Diskushernie L4/L5 mit vorbestehender, jedoch leicht progredienter Dekonfiguration des Duralsacks von ventral. Weiterhin keine Nervenwurzelkompression. Ansonsten Status idem. (Urk. 7/12/20; Urk. 7/9/11).

2.2. Vom 11. bis 17. Dezember 2007 war X. zur kardiologischen Abklärung wegen rezidivierender thorakaler Schmerzen und Druckgefühl im Spital E. Mit Austrittsbericht vom 21. Dezember 2007 wurden die Diagnosen einer koronaren 1-Gefässerkrankung und eines lumboradikulären Schmerzsyndroms L5 links mit/bei bekannter Diskushernie L4/5 gestellt. Aktuell könne keine somatische Ursache für die Beschwerden gefunden werden, weshalb Wiedereingliederungsmassnahmen (Aufnahme einer leichten Arbeit) im Vordergrund stehen sollten (Urk. 7/9/18-19).

2.3. Am 21. Februar 2008 fand eine Untersuchung mittels Herzkatheter in der Klinik für Kardiologie am Spital F. statt, da der Patient über eine Zunahme der seit dem Infarkt bestehenden linksthorakalen drückenden Schmerzen und Dyspnoe berichtet habe. Gemäss gleichentags erstelltem Bericht leide dieser an einer koronaren 1-Gefässerkrankung mit guter linksventrikulärer Pumpfunktion, aktuell: gutes Ergebnis nach PTCA/Stent der mittleren RCA am 1. Juni 2006 und dezente inferiore Hypokinesie mit global normaler linksventrikulärer Auswurfraction von 60 %. Kardiovaskuläre Risikofaktoren seien Nikotinabusus, Adipositas, Dyslipidämie sowie positive Familienanamnese. Koronarangiographisch habe sich kein Korrelat für die Beschwerden des Patienten gefunden (Urk. 7/9/9; vgl. auch Urk. 7/9/22-24).

2.4. Dr. med. G., Oberärztin am Psychiatriezentrum ' ', ' ' (H.), erhob mit Bericht vom 17. März 2008 zuhanden der IV-Stelle unter anderem den Befund einer depressiven Grundstimmung und affektiver Schwingungsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei tagsüber müde und motivationslos, dessen Antrieb sei vermindert. Er leide unter Ein- und Durchschlafstörungen mit nächtlichen Dyspnoeattacken und Tachykardien und unter einem Druckgefühl über der Brust, vor allem nachts. Ferner habe er häufig Kopfschmerzen und Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die Beine (Urk. 7/5/8). Sie diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und ausgeprägten Ängsten (ICD-10 F32.11) bei Status nach Infero posterioem Myokardinfarkt am 1. Juni 2006 mit PCI Stent und aktuellen Rhythmusstörungen. Der Patient sei aktuell und voraussichtlich auch bis auf Weiteres 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/5/7), dies seit Behandlungsbeginn im H. am 29. November 2006 (Urk. 7/5/8) und nicht nur in angestammter sondern auch in behinderungsangepasster Tätigkeit (Urk. 7/5/11).

2.5. Der damalige Hausarzt Dr. D., der X. von September 1999 bis zu seiner Pensionierung im Jahr 2008 betreute (anschliessend begab sich der Beschwerdeführer zu Dr. med. I., Facharzt FMH für Allgemeinmedizin; vgl. Urk. 7/15), stellte am 26. März 2008 zuhanden der IV-Stelle die Diagnosen eines lumbovertebralen Syndroms bei Diskushernie L4/5, eines Status nach Myokardinfarkt und einer reaktiven Depression. Der Gesundheitszustand des Patienten sei besserungsfähig (Urk. 7/9/7). Dieser sei in der angestammten Tätigkeit seit 1. Juni 2006 zu 100 % arbeitsunfähig, in angepasster leichter Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 7/9/4).

2.6. Dr. A. führte am 18. August 2008 ein Untersuchungsgespräch mit X., telefonierte mit der behandelnden Psychiaterin Dr. J. (-G.) vom H. und erstattete am 7. März 2009 sein psychiatrisches Gutachten, mit welchem er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und ein Nikotinabhängigkeitssyndrom diagnostizierte. Die beim Versicherten vorhandene Depressivität sei geringen Ausmasses (Urk. 7/20/18) und rechtfertige keine eigene Diagnose; dasselbe gelte für die Angstsymptome. Die hysterischen

Persönlichkeitszüge gezeigten ebenfalls zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und müssten nicht eigens diagnostiziert werden, sie seien sicher abzugrenzen von einer Persönlichkeitsstörung, da beim Versicherten kein immer wieder auftretendes Scheitern in vielen Lebensbereichen seit der Kindheit oder frühen Jugend vorliege (er habe erfolgreich Schulen besucht, sich im Militär integriert, lange Jahre gearbeitet, stabile familiäre Beziehungen aufgebaut und unterhalten; Urk. 7/20/19). Trotz seiner Erkrankung könne der Beschwerdeführer - wenn auch nur ungern - Auto fahren, zeige keine Gedächtnis- oder Aufmerksamkeitseinbußen, ermüde dabei nicht übermäßig, könne sich artikulieren und verständlich machen - bei der Exploration via Dolmetscher, bei der behandelnden Psychiaterin ohne - zeige dabei eine durchaus klare Gestik und Mimik und sogar Humor, könne stolz sein und lachen. Es liege kein psychotisches Erleben oder eine schwere Depressivität (beispielsweise keine auffällige Adynamie, Emotionslosigkeit oder -verflachung, kein depressiver Wahn) vor. Der Explorand benötige zur Bewältigung seines Tagesablaufes (Spaziergänge, gelegentliche Mithilfe im Haushalt, Trainingseinheiten und Physiotherapie) nur geringe Dosen schwacher Antidepressiva (Remeron) und nur gelegentlich eine minime Dosis eines Tranquilizers (Temesta) und keine Antipsychotika (Urk. 7/20/17).

Bei X. bestehe aufgrund der anhaltenden somatoformen Störung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit; soweit rückblickend beurteilbar, habe zu keinem Zeitpunkt aus psychiatrischen Gründen eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Zur Steigerung der subjektiven Befindlichkeit und längerfristigen Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht allerdings indiziert, dass der Versicherte einer geregelten und therapeutisch wirksamen Tätigkeit nachgehe zur Ablenkung von seinen Herzängsten, zur Knüpfung und zum Unterhalt ausserfamiliärer Beziehungen, zur gesunden Ermüdung. Ferner sei es notwendig, dass der Versicherte seine tatsächlichen Konflikte (Herkunftsfamilie; interkulturelle Konflikte; Kränkung durch die Tätigkeit als einfacher Arbeiter anstatt als Wirtschaftsfachmann) überwinde (Urk. 7/20/19).

E. 3

3.1 Zwischen den Parteien ist unbestritten und aufgrund der Akten erstellt, dass der Beschwerdeführer seine angestammte schwere Tätigkeit als Giessereimitarbeiter seit dem 1. Juni 2006 nicht mehr ausüben kann (Urk. 1; Urk. 2 sowie Feststellungsblatt für den Beschluss vom 11. Februar 2009 [Urk. 7/26/3]). Uneinigkeit herrscht bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit namentlich aus psychiatrischer Hinsicht, wobei die IV-Stelle im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten von Dr. A. vom 7. März 2009 von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für leichte Tätigkeiten ausgeht (Stellungnahme des RAD vom 10. September 2008; Urk. 7/26/3), während dieser der Meinung ist, dass ihm überhaupt keine Tätigkeit mehr zumutbar sei (Urk. 1 S. 2 und 4).

3.2 Der Bericht der Klinik B. vom 8. Juni 2010 (Urk. 11) betreffend eines stationären Aufenthalts des Beschwerdeführers vom 12. April bis 1. Mai 2010 datiert nach Verfügungserlass und ist damit grundsätzlich nicht zu berücksichtigen (vgl. hierzu BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243; 121 V 362 E. 1b S. 366). Er vermöchte jedoch ohnehin nichts an der medizinischen Beurteilung zu ändern. Bezüglich der kardiologischen Problematik führte die stationäre kardiologische Rehabilitation einzig zur Empfehlung einer kardiologischen Kontrolluntersuchung in einem Jahr und zu

einer Trainingsempfehlung an den Patienten im Sinne eines angepassten regelmässigen aeroben Ausdauertrainings, ergänzt durch ein leichtes dynamisches Kraftausdauerbeziehungsweise Muskelaufbautrainings, sowie zur Weiterführung der Bewegungstherapie in einer ambulanten Herzgruppe. Das ■ bei depressivem Zustand und psychosozialen Stress ■ durchgeführte psychosomatische Konsil ergab die Diagnosen einer schweren Depression mit ausgeprägter Angststörung mit Panikattacken, wobei der Patient vor allem deswegen bis auf weiteres arbeitsunfähig sei. Weder die Diagnose noch die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeitsattestierung sind (nachvollziehbar) begründet und vermögen bereits aus diesem Grund nichts am nachfolgend aufzuzeigenden Beweiswert von Dr. A. ___s Gutachten zu ändern.

3.3 ■ ■ ■ ■ Diesem psychiatrischen Gutachten von Dr. A. ___ vom 7. März 2009 kommt voller Beweiswert zu, denn es ist schlüssig und umfassend. Der Beschwerdeführer wurde gründlich untersucht und der Gutachter holte fremdanamnestic Angaben bei der behandelnden Psychiaterin Dr. J. ___ (-G. ___) ein. Die oben in Erw. 2 auszugsweise erwähnten Vorakten (Urk. 7/20/9-12) und die persönlichen Aussagen des Versicherten (Urk. 7/20/3-6) wurden umfassend berücksichtigt sowie gewürdigt, ferner fand eine ausserst ausführliche Diskussion der medizinischen Vorakten statt (Urk. 7/20/12-16). Die Beurteilungen der medizinischen Situationen sind einleuchtend und widerspruchsfrei dargestellt und die gezogenen Schlussfolgerungen nachvollziehbar (Urk. 7/20/12-20). Damit sind die von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Grundlage erfüllt (vgl. vorstehend Erw. 1.4).

3.4 ■ ■ ■ ■ Am Beweiswert dieses Gutachtens vermögen auch die Vorbringen des Beschwerdeführers und die weiteren teilweise anderslautenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte nichts zu ändern. Es sind den medizinischen Akten keine psychiatrischen Diagnosen zu entnehmen, die im Gutachten keine Berücksichtigung gefunden hätten, ganz im Gegenteil setzte sich Dr. A. ___ sehr ausführlich mit den früher gestellten psychiatrischen Diagnosen auseinander. Die von der behandelnden Psychiaterin diagnostizierte mindestens mittelschwere depressive Episode oder die vom fachfremden früheren Hausarzt Dr. D. ___ gestellte Diagnose einer Depression stehen sodann nicht im Widerspruch zum Gutachten von Dr. A. ___, legt dieser doch ausführlich und nachvollziehbar dar, wieso es sich bei der Depression und bei der ■ Angst ■ um Begleiterscheinungen zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und nicht um einen verselbständigten Gesundheitsschaden handelt (vgl. SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, 9C_830/2007 E. 4.2). Er steht damit in Einklang mit der Rechtsprechung, gemäss welcher die mittelgradige depressive Episode keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens darstellt (Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2010, 9C_749/2010, Erw. 4.3.1, mit Hinweisen).

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ Im ■ brigen lässt sich die Diagnose einer mindestens mittelschweren Depression ohnehin nicht damit vereinbaren, wie der Beschwerdeführer gegenüber dem begutachtenden Psychiater respektive seiner behandelnden Psychiaterin seinen Alltag schilderte (wenn es möglich sei, gehe er morgens spazieren, nach dem Mittagessen gehe er wieder an die frische Luft, auch habe er beinahe nonstop Physiotherapie, abends gehe er wiederum in Begleitung spazieren, danach erhole er sich etwas und gehe dann ins Training respektive in die Physiotherapie [Urk. 7/20/3]; er tische, Räume ab, versuche allgemein im Haushalt etwas mitzuhelfen, Abstauben gefalle ihm gar

nicht, habe er aber auch schon gemacht wenn die Frau verhindert gewesen sei [Urk. 7/20/11]). Dies umso weniger als ein Patient mit einer mittelgradigen depressiven Episode nur unter erheblichen Schwierigkeiten soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortsetzen kann (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F] der Weltgesundheitsorganisation, 6. A., S. 152 f.).

Ferner räumt die behandelnde Psychiaterin Dr. J. ____ (-G. ____) anlässlich des Telefonats mit dem begutachtenden Psychiater ein, dass sie sich auch schon über den Einfluss des kulturellen Hintergrunds auf das Zustandbild des Beschwerdeführers Gedanken gemacht habe. Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C_830/2007, Erw. 4.2; vgl. auch oben Erw. 1.2). Im übrigen ist anzumerken, dass den divergierenden psychiatrischen Stellungnahmen zur Arbeitsunfähigkeit - auf der einen Seite der behandelnden Psychiaterin und auf der anderen Seite des begutachtenden Psychiaters - unterschiedliche Krankheitsbegriffe zugrunde zu liegen scheinen. Das in der praktischen medizinischen Behandlung massgebende bio-psycho-soziale Krankheitsmodell, das psychosoziale und soziokulturelle Faktoren berücksichtigt - was in einer therapeutischen Beziehung durchaus Sinn macht - ist weiter gefasst als der für die invaliditätsrechtliche Beurteilung heranzuziehende Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 11. Mai 2010, 9C_246/2010 Erw. 2.2.1, vom 30. März 2010, 8C_706/2009, Erw. 5.2, und des EVG vom 12. September 2005, I 430/05 Erw. 2.2, je mit Hinweisen).

Nach dem Gesagten ist der psychiatrische Sachverhalt gestützt auf das Gutachten von Dr. A. ____ vom 7. März 2009 als in dem Sinne erstellt zu betrachten, dass neben dem - vorliegend unbestrittenermassen nicht relevanten - Nikotinabhängigkeitssyndrom einzig eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung gegeben ist.

E. 4

4.1 Nach der Rechtsprechung begründet eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich

missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3, am Ende). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

4.2. Zu prüfen ist somit, ob bestimmte Umstände vorliegen, welche die grundsätzliche Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung behindern. Dabei steht nach dem (in Erw. 3.4) Gesagten fest, dass keine psychische Komorbidität von der erforderlichen Schwere, Dauer und Ausprägung vorliegt. Bleibt die Prüfung der praxisgemäss alternativ in Frage kommenden Kriterien in ihrer Gesamtheit. Dieses Kriterienbündel ist jedoch keine Checkliste, sondern eine Hilfestellung, um die - wertende - Antwort auf die (Rechts-) Frage der Zumutbarkeit strukturiert zu beantworten (vgl. Urteil des hiesigen Gerichts vom 17. April 2009, IV.2007.1110, Erw. 4.5).

Es bestehen keine Hinweise auf eine chronische körperliche Begleiterkrankung, welche die Überwindbarkeit der geklagten Beschwerden beeinflussen könnte. Zwar leidet der Beschwerdeführer nebst der psychischen auch an einer physischen Gesundheitsstörung (insbesondere degenerative Veränderungen der Wirbelsäule; Status nach Myokardinfarkt am 1. Juni 2006), welche jedoch nicht derart erheblich ist, dass sie ein Verharren in der somatoformen Schmerzstörung nachvollziehbar machte. Dass sie hingegen gewisse Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit sich bringt, ist sodann unbestritten und wurde von der Beschwerdegegnerin beim Belastbarkeitsprofil berücksichtigt. Es kann auch keine Rede davon sein, dass ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens erfolgt ist, zumal der Beschwerdeführer zusammen mit seiner Ehefrau und fünf von sechs Kindern plus zwei Ehefrauen von zwei seiner Söhne mit Enkelkindern in einer Doppelwohnung (zwei Wohnungen im gleichen Stockwerk) zusammenlebt (Urk. 7/20/3), regelmässig tageslang mehrmals in Begleitung spazieren geht und sich sehr regelmässig in Therapie (Physio- und Psychotherapie) begibt (Urk. 7/20/3). Hinweise auf einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) liegen nicht vor und auch das Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativem Verhalten des Beschwerdeführers ist nicht ausgewiesen, zumal Dr. A. nachvollziehbar ausführte, dass die vom Beschwerdeführer besuchte verhaltenstherapeutische/stützende Psychotherapie ungenügend ist und ein konfrontativer Ansatz nötig wäre (Urk. 7/20/13) und sich der Beschwerdeführer dem begutachtenden Psychiater zufolge den Versuchen, die Möglichkeit einer psychischen Ursache seiner Beschwerden zu diskutieren, entziehe (Urk. 7/20/18). Auch das Kriterium des mehrjährigen chronifizierten Krankheitsverlaufs mit im Wesentlichen unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung ist nicht als erfüllt zu betrachten, spricht doch auch die behandelnde Psychiaterin erst von einer Tendenz zur Chronifizierung (Urk. 7/5/9) und ist fraglich, ob nach gut drei Jahren

Überhaupt von einem mehrjährigen Verlauf gesprochen werden könnte (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juli 2006, I 75/06, Erw. 3.2, wo das Bundesgericht nach zwei Jahren und zwei Monaten dauerndem Verlauf die «Mehrjährigkeit» verneinte). Ferner würde das Vorliegen eines chronifizierten Krankheitsverlaufs alleine ohnehin nicht genügen, um aus rechtlicher Sicht von einer Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung auszugehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2009, 9C_340/2009, Erw. 3.4.4, mit Hinweis).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anzumerken ist, dass auch die behandelnde Psychiaterin während des Telefonats mit Dr. A. ___ vom 20. Februar 2009 - im Gegensatz zu ihrem schriftlichen Bericht vom 17. März 2008 und der darin attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit - einräumte, dass sich der Beschwerdeführer für gewisse Tätigkeiten «eigentlich» überwinden könnte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Falle des Beschwerdeführers ist nach dem Gesagten mit Blick auf die von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien festzustellen, dass diese im hier interessierenden Zeitraum nicht hinreichend gehäuft und ausgeprägt sind, um insgesamt den rechtlichen Schluss auf eine invalidisierende Gesundheitsschädigung zu gestatten. Mit einer zumutbaren Willensanstrengung könnte der Beschwerdeführer damit seine somatoforme Schmerzstörung überwinden, weshalb diese keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermag. Es ist zusammenfassend gestützt auf das Gutachten von Dr. A. ___ vom 7. März 2009 und der Stellungnahme des RAD vom 10. September 2008 von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit (wechselbelastend, ohne Zwangshaltungen, ohne Arbeiten über Kopfhöhe, Heben und Tragen von maximal 15 Kilogramm) auszugehen.

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 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 ausgeglichener 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die

Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die betriebliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41.9 Stunden (bis 1998), 41.8 Stunden (1999-2000), 41.7 Stunden (2001-2003), 41.6 Stunden (2004-2005), 41.7 Stunden (2006-2007), 41.6 Stunden (2008) beziehungsweise 41.7 Stunden (seit 2009; Die Volkswirtschaft 12-2010 S. 90 Tabelle B9.2; vgl. BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

E. 5.2

5.2.1 Die Berechnung des Validen- und des Invalideneinkommens durch die IV-Stelle, die auf einem Bericht der letzten Arbeitgeberin des Beschwerdeführers, der Y. AG, vom 27. März 2008 (Urk. 7/10) respektive den LSE (Zentralwert der standardisierten Bruttolöhne, Total, im privaten Sektor für einfache und repetitive Tätigkeiten für Männer gemäss LSE 2006 Tabelle TA1, Ziff. 1 - 93, Anforderungsniveau 4) beruht (vgl. Urk. 2; Urk. 7/27), blieb in der Beschwerde unbestritten.

5.2.2 Bezüglich des Valideneinkommens ist nicht mit der Verwaltung vom gemäss Arbeitgeberbericht vom 27. März 2008 vom Beschwerdeführer erzielbaren Lohn (ohne Abarbeitzeit) zur Zeit der Berichterstattung von Fr. 67'210.-- (Urk. 7/10/4), auszugehen, sondern vom - gemäss dem Auszug aus dem individuellen Konto des Versicherten vom 20. März 2008 (Urk. 7/6) wohl aufgrund von regelmässig geleisteter Abarbeitzeit höher liegenden (vgl. dazu auch Urk. 7/10/4 Ziff. 2.10) - im letzten Jahr vor dem Myocardinfarkt vom 1. Juni 2006, also im Jahr 2005 erzielten Lohn von Fr. 71'247.--, der unter Berücksichtigung der eingetretenen Nominallohnentwicklung für Männer bis zum theoretischen Rentenbeginn im Jahr 2007, einem Valideneinkommen

von Fr. 73'183.20 entspricht (2006: 1.1 %, 2007: 1.6 % [vgl. Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, Landesindex der Konsumentenpreise]).

5.2.3.4.5. Die Bestimmung des Invalideneinkommens ist vorliegend angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahr 2006 nicht mehr erwerbstätig war, ein statistischer Tabellenlohn heranzuziehen. Es kann mit der IV-Stelle auf den Lohn für Hilfsarbeitertätigkeiten (Zentralwert der standardisierten Bruttolöhne, Total, im privaten Sektor für einfache und repetitive Tätigkeiten für Männer gemäss LSE 2006 Tabelle TA1, Ziff. 1 - 93, Anforderungsniveau 4) abgestellt werden, der bei einer angepassten wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden und unter Berücksichtigung des Nominallohnindex bis ins Jahr 2007 (2007: 1.6 % [vgl. Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, Landesindex der Konsumentenpreise]) bei einem vollen Pensum ein Bruttoeinkommen von Fr. 60'144.50 ergibt.

Die IV-Stelle gestand dem Beschwerdeführer hievon einen leidensbedingten Abzug von 10 % zu, da der Beschwerdeführer keine Schwerarbeit mehr verrichten könne (Urk. 7/27). Der Beschwerdeführer möchte einen Abzug von 25 % angewendet sehen (Urk. 1 S. 7). Für die Vornahme eines höheren als eines 10%igen Abzugs sind jedoch keine triftigen Gründe ersichtlich. Im Übrigen stellt die Frage nach der Höhe des im konkreten Fall grundsätzlich angezeigten Abzuges vom Tabellenlohn eine Ermessensfrage dar, die nur im Hinblick auf die rechtsfehlerfreie Ermessensausübung zu überprüfbar ist (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C_708/2009 vom 19. Juli 2009 Erw. 2.1.1 mit Hinweisen).

Bei einem solchermassen festgelegten Invalideneinkommen von Fr. 54'130.05 resultiert im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 73'183.20 eine Erwerbseinbusse von Fr. 19'053.15, was einem Invaliditätsgrad von rund 26 % (zur Rundung: BGE 130 V 121 Erw. 3.2) entspricht. Anzumerken ist, dass selbst bei Gewährung des höchstmöglichen Abzugs von 25 % sich lediglich ein Invaliditätsgrad von rund 38 % ergeben würde, der ebenfalls keinen Rentenanspruch zu begründen vermag. Infolgedessen erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Bernhard Zollinger
 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
 - Bundesamt für Sozialversicherungensowie an:
 - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 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 15. 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).

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