

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00575 vom 26. Oktober 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-10-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00575

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00575 du 26 octobre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00575 del 26 ottobre 2011

Erwägungen

E. 2

2.1. Streitig und zu präzisieren ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung.

2.2. Die Beschwerdegegnerin machte geltend, gemäss ihren medizinischen Abklärungen sei dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als selbständiger Parkett- und Bodenleger sowie jegliche andere angepasste Tätigkeit aus medizinischer (somatischer und psychiatrischer) Sicht noch zu 70 % zumutbar. Die Erwerbseinbusse in der selbständigen Tätigkeit, welche auf rein medizinische Gründe zurückzuführen sei, betrage somit 30 %, wobei von einem Valideneinkommen von Fr. 67'096.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 46'967.-- (= 0,7 x Fr. 67'096.--) auszugehen sei (Urk. 2 und Urk. 8/56).

2.3. Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, sowohl A. ___ als auch B. ___ hätten in ihrem psychiatrischen resp. rheumatologischen Gutachten die Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder einer angepassten Tätigkeit aus ihrer jeweiligen fachärztlichen Optik evaluiert. Die Gutachten deckten indessen lediglich zwei Teilbereiche, nämlich die Rheumatologie und die Psychiatrie, ab. Die vor allem im Vordergrund stehende Diabetes-Typ-II-Problematik und das Asthma bronchiale jedoch wären im Rahmen einer internistischen Begutachtung hinsichtlich deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit noch näher abzuklären. Es könnte auch beim behandelnden Arzt nachgefragt werden. Bis die entsprechenden internistischen Abklärungen vorliegen, habe das medizinische Aktenmaterial als unvollständig und damit für einen abschliessenden Entscheid betreffend Invalidität als unzureichend zu gelten (Urk. 1 Seite 4). Auch sonst weise das rheumatologische Gutachten erhebliche Mängel auf (Urk. 1 Seiten 4 und 5). Im psychiatrischen Gutachten finde sich sodann ein - auch seitens des RAD bemerkter - Widerspruch, welcher zu klären sei (Urk. 1 Seite 5). Das Valideneinkommen von Fr. 67'096.-- werde anerkannt, nicht jedoch das Invalideneinkommen von Fr. 46'967.-- (Urk. 1 Seite 5). Es sei nicht einzusehen, weshalb die Beschwerdegegnerin nicht das tatsächlich erzielte Invalideneinkommen im Einkommensvergleich berücksichtige (Urk. 16 Seiten 2 und 3).

E. 3

3.1. Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer unter einer koronaren Herzerkrankung (KHK) leidet, weswegen er sich im April 2000 in der Klinik für Innere Medizin, Abteilung Kardiologie, des Spitals D. ___ einer Herzoperation (Rekanalisation und Stenting eines ACD-Verschlusses) unterziehen musste. Im Rahmen der im Januar 2003 durchgeführten Kontrolluntersuchung konnte eine Restenosierung oder

Progression der KHK ausgeschlossen werden (Urk. 8/9/6-7 und Urk. 8/11/6).

Am 4./5. März 2007 hielt sich der Beschwerdeführer auf der Notfallstation des Spitals D.____ auf, nachdem er seit einer Woche unter trockenem Husten und Dyspnoe gelitten hatte. Die Ärzte des Spitals D.____ etablierten eine antiobstruktive Therapie und empfahlen eine pulmonale Abklärung (Urk. 8/9/4). Ende Oktober 2007 suchte er seinen Hausarzt auf, weil er seit Wochen einen massiven Leistungseinbruch, eine deutliche Gewichtsabnahme sowie ein vermehrtes Durstgefühl beobachtet hatte (Urk. 8/11/6 und Urk. 8/9/13). Der Beschwerdeführer war deswegen vom 8. bis 11. November 2007 in der Klinik für Innere Medizin des Spitals D.____ hospitalisiert, wo ein Diabetes mellitus Typ II diagnostiziert und eine Kombinationstherapie mit Insulin sowie einem Antidiabetikum eingesetzt wurden (Urk. 8/9/8-9). Da er im Dezember 2007 unter stechenden Thoraxschmerzen litt, wie er sie bereits vor der Diagnose der koronaren Herzerkrankung im Jahr 2000 verspürt hatte, überwies ihn Z.____ am 14. Januar 2008 zur Durchführung einer Rekoronarangiographie in die Medizinische Klinik, Abteilung Kardiologie, des Spitals D.____ (Urk. 8/21/7-8). Dort wurde am 25./26. Januar 2008 eine elektive Koronarangiographie vorgenommen. Dabei stellte sich ein gutes Langzeitresultat nach PCI und RCA dar. Des Weiteren zeigten sich keine signifikanten Stenosen bei normaler LV-Funktion (Urk. 8/21/9-10).

E. 3.2

3.2.1 Der Hausarzt, Y.____, diagnostizierte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 21. Juli 2008 (1) einen Diabetes mellitus Typ II, Erstdiagnose Oktober/November 2007 im Spital D.____, seither insulinpflichtig, (2) eine koronare Herzerkrankung mit (3) Status nach Rekanalisation und Stenting eines langstreckigen proximalen ACT-Verschlusses April 2000 (Spital D.____), (4) einen Status nach möglichem/stummem Herzwandinfarkt bei nachgewiesener diskreter Hypokinese posterolateral und basal (April 2002, Z.____), (5) Plaques im mittleren RIVA (Erstdiagnose August 2008, Spital D.____), (6) einen Verdacht auf eine obstruktive Pneumopathie (Erstdiagnose Januar 2007, Differentialdiagnose Asthma bronchiale, toxisch bedingte Pneumopathie), (7) eine chronische Refluxkrankheit bei kleiner axialer Hiatushernie und erosiver Gastritis (Erstdiagnose März 2004, Spital D.____), (8) einen Verdacht auf ein chronisch persistierendes, unter Belastung exazerbierendes panvertebrales Syndrom mit chronischen, teils invalidisierenden Rückenbeschwerden sowie (9) einen Verdacht auf ein depressives Zustandsbild infolge der aufgeführten Diagnosen sowie Hinweise für eine progrediente Burn-out-Symptomatik (Urk. 8/11/6). Aus medizinischer Sicht sei der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers derzeit stabil, jedoch zeige sich phasenweise ein erheblich schwankender Verlauf. Aus seiner ganz persönlichen Sicht liesse sich der Gesundheitszustand medizinisch-theoretisch mit Sicherheit tendenziell bessern (Urk. 8/11/7). Bezüglich der angegebenen Beschwerden und der Befunde verweise er auf seinen Bericht an den Krankenversicherer vom 23. Mai 2008 (Urk. 8/9/12-14). Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seinem angestammten Beruf als Bodenleger sei durch die Stoffwechsellage einerseits, die Folgen der koronaren Herzkrankheit andererseits sowie auch durch die psychiatrische Zusatzproblematik mit einem depressiven Zustandsbild aktuell in einem derartigen Ausmass eingeschränkt, dass ihm seiner persönlichen Ansicht nach rückblickend ab 27. November 2007 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres attestiert werden müsse (Urk. 8/11/5). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei ihm medizinisch-theoretisch eine 100%ige

Arbeitsfähigkeit zuzumuten (Urk. 8/11/7).

3.2.2.1 Der Kardiologe, Z.____, führte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 22. Oktober 2008 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein panvertebrales Syndrom bei chronischen, teils invalidisierenden Beschwerden, bestehend teils schon seit 2002, sicher seit 2005, sowie eine Depression an. Bezüglich Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verwies er auf seinen Bericht an die Kardiologische Medizinische Klinik des Spitals D.____ vom 14. Januar 2008 sowie deren Austrittsbericht vom 25. Januar 2008 (Urk. 8/21/2 und Urk. 8/21/7-10). Was die koronare Herzkrankheit betreffe, so sei unter der medikamentösen Sekundärprophylaxe eine gute Prognose anzunehmen. Aus kardialer Sicht sei der Beschwerdeführer leistungsfähig. Kardial sei keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Bezüglich der rheumatologischen und psychiatrischen Problematik könne er keine Angaben machen (Urk. 8/21/3).

3.2.3.1 Die Ärzte der Klinik für Innere Medizin des Spitals D.____ erhoben in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 23. Oktober 2008 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie einen Diabetes mellitus Typ II sowie eine koronare Eingefässserkrankung an (Urk. 8/22/7). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei gut. Seine physischen und psychischen Ressourcen könnten sie nicht beurteilen. Eine berufliche Umstellung sei nicht zu prüfen (Urk. 8/22/6-7).

3.2.4.1 A.____ erhob im psychiatrischen Gutachten vom 23. März 2009 den Verdacht auf eine anankastische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5 [Urk. 8/31/19]). Insgesamt sei aus psychiatrischer Sicht, bedingt durch die vermutete Persönlichkeitsproblematik, eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wahrscheinlich. Die zumutbare Restarbeitsfähigkeit dürfte bei ca. 70 % liegen. Diese Schätzung sei aber mit Unsicherheit behaftet und könnte noch anhand der betriebswirtschaftlichen Zahlen wie auch einer Beurteilung der Arbeitsweise des Beschwerdeführers vor Ort validiert werden. Es sei naheliegend und typisch für das vermutete Krankheitsbild, dass der Beschwerdeführer bezüglich seiner psychischen Probleme dissimuliere, was die Beurteilung aber entsprechend erschwere und streckenweise spekulativ mache. Auf den ersten Blick sollte man meinen, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit eine deutlich höhere Leistung bringen könnte (Urk. 8/31/21). Die jetzige Tätigkeit sei eine mittelschwere bis schwere körperliche Arbeit, was die exakte Blutzuckereinstellung allenfalls tatsächlich erschwere. Zudem sei er alleine unterwegs und habe hier Angst vor gefährlichen Hypoglycämien. Eine leichte, manuelle sitzende Tätigkeit in einer Fabrik mit regelmässigen Pausen, mit gleichförmiger Arbeitsbelastung etc. wäre für die somatische Seite sicher günstiger. Problematisch sei hier aber die beschriebene Persönlichkeit. Der Beschwerdeführer wäre wahrscheinlich mit einem Wechsel der beruflichen Tätigkeit überfordert und könnte dann komplett dekompensieren. An einem Arbeitsplatz in einer angestellten Tätigkeit käme er - im Zusammenhang mit dem beschriebenen Autonomiebedürfnis, der Rigidität, der fehlenden Flexibilität, seinem skurrilen Verhalten, der mangelnden Fähigkeit, sich in ein Team einzugliedern etc. - nicht zurecht. Er würde zum Beispiel ständig den Blutzucker messen, zusätzlich somatisieren und Arbeitgeber und Kollegen in Käufe verärgern. Angesichts seiner früheren Erfahrungen von Ausgrenzung kämen dann noch biographische Reinszenierungen mit

entsprechend heftigen emotionalen Reaktionen dazu. Mit der Forcierung einer solchen beruflichen Veränderung riskiere man faktisch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Persönlichkeitsproblematik. Therapeutisch sehe er keine Möglichkeiten. Mangels Krankheitseinsicht und bei folglich fehlender Therapiemotivation sei psychotherapeutisch wahrscheinlich nichts zu holen. Medikamentös gebe es insofern auch keine sinnvollen Ansätze (Urk. 8/31/22).

3.2.5.5. B. fährte im rheumatologischen Gutachten vom 10. Oktober 2010 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein intermittierendes lumbovertebrales bis lumbospondylogenes Syndrom (ICD-10 M54.5) bei/mit beginnenden degenerativen Veränderungen der LWS, Verdacht auf Symptomausweitung bei psychosozialer Problemkonstellation sowie klinisch wie radiologisch nicht ausserhalb der Altersnorm liegenden Befunden und (2) eine Periarthropathia genu links bei Status nach medialer Teilmeniscektomie (anamnestisch) und weitgehend fehlendem klinischem, radiologischem und anderweitigem Korrelat. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhob er (3) einen Diabetes mellitus Typ II, Erstdiagnose Oktober 2007 (Spital D.), seither insulinpflichtig, (4) eine koronare Herzkrankheit mit Status nach Rekanalisation und Stenting eines langstreckigen proximalen ACT-Verschluss (April 2000, Spital D.), einem Status nach möglichem/stummem Hinterwandinfarkt bei nachgewiesener diskreter Hypokinese posterolateral und basal (April 2002, Z.) und Plaques im mittleren RIVA (Erstdiagnose Januar 2008, Spital D.), (5) einen Verdacht auf eine obstruktive Pneumopathie (Erstdiagnose Januar 2007, Spital D.), (6) eine chronische Refluxkrankheit bei kleiner Hiatushernie und erosiver Gastritis (Erstdiagnose März 2007, Spital D.) sowie (7) eine mögliche Persönlichkeitsstörung laut psychiatrischem Gutachten von A. (Urk. 8/46/15). Eine rentenrelevant die Arbeitsfähigkeit einschränkende Krankheit sei aus rein rheumatologischer Sicht im aktuellen Status des Beschwerdeführers nicht organisch zu objektivieren. Ein allenfalls vorübergehender vermehrter Pausenbedarf dürfte im Rahmen von 20 % liegen. Aus rein rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu mindestens 80 % arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit sei er zu 100 % arbeitsunfähig (gemeint: arbeitsfähig). Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit seien aus rheumatologischer Sicht derzeit nicht vorstellbar (Urk. 8/46/16-17).

3.3.1.1.1.1.1.1.

3.3.1.1.1.1.1.1. Vorab ist festzuhalten, dass die vorliegenden medizinischen Akten - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - durchaus eine zuverlässige Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erlauben.

3.3.2.2.2.2.2.2. Aufgrund der von Y. in seinem (der Anmeldung zum Rentenbezug beigelegten) Bericht vom 23. Mai 2008 (Urk. 8/3/5-7) gemachten Angaben holte die Beschwerdegegnerin - nebst dessen Bericht vom 21. Juli 2008 (Urk. 8/11) - zunächst die Akten des Krankenversicherers (Urk. 8/9) sowie die Berichte der Klinik für Innere Medizin, Ambulatorium für Diabetologie und Endokrinologie, des Spitals D. vom 23. Oktober 2008 (Urk. 8/22/7-8) und von Z. vom 22. Oktober 2008 (Urk. 8/21/2-6) ein.

1.1.1.1.1.1.1.1. Seitens der Klinik für Innere Medizin des Spitals D. war im Bericht vom 30. November 2007 mitunter festgehalten worden, dass anamnestisch seit

Anfang Jahr ein allergisches Asthma bronchiale bestehe, welches mit Symbicort bei Bedarf behandelt werde. Eine Lungenfunktionsprüfung habe aktuell keinen Hinweis auf eine chronisch obstruktive Pneumopathie bei persistierendem Nikotinabusus ergeben (Urk. 8/9/9). Der Beschwerdeführer selbst äusserte sich denn auch dahingehend, dass er die asthmoide Bronchitis mit dem Einsatz von Symbicort im Griff habe (Urk. 8/46/13). Im Bericht der Klinik für Innere Medizin des Spitals D., welche namentlich auch auf Diabetologie spezialisiert ist, an die Beschwerdegegnerin vom 23. Oktober 2008 wurde, wie erwähnt, nebst einer koronaren Eingefässerkrankung ein Diabetes mellitus Typ II erhoben, wobei beiden Diagnosen kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde (Urk. 8/22/7). Auch der Kardiologe Z., bei welchem der Beschwerdeführer seit März 2000 in Behandlung steht, führte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 22. Oktober 2008 die koronare Herzerkrankung sowie den Diabetes mellitus Typ II unter dem Titel "Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" an und wies ausdrücklich darauf hin, dass der Beschwerdeführer aus kardialer Sicht leistungsfähig sei (Urk. 8/21/2-3). Seinem Bericht an die Ärztliche Leitung der Kardiologie des Spitals D. vom 14. Januar 2008 ist im Weiteren zu entnehmen, dass auch anlässlich der von ihm am 30. Mai 2007 durchgeführten Untersuchung weder klinisch noch apparativ Hinweise auf eine relevante koronare residuelle Ischämie vorgelegen hatten (Urk. 8/21/7). Die am 25./26. Januar 2008 in der Abteilung für Kardiologie der Medizinischen Klinik des Spitals D. durchgeführte elektive Koronarangiographie hatte sodann, wie erwähnt, ein gutes Langzeitresultat nach PCI der RCA sowie keine signifikanten Stenosen bei normaler LV-Funktion ergeben (Urk. 8/9/10-11).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Blick auf diese fachärztlichen Beurteilungen sowie die - ebenfalls fachärztlichen - Stellungnahmen dazu von C., FMH Innere Medizin, vom RAD vom 5. Februar und 8. April 2009 (Urk. 8/35/4-5) ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bezüglich des Diabetes mellitus Typ II, der koronaren Herzerkrankung sowie einer allfälligen bronchialen Problematik keine weiteren Abklärungen getroffen hat. Sie konnte aufgrund der gegebenen medizinischen Aktenlage vielmehr ohne Weiteres davon ausgehen, dass die betreffenden somatischen Beschwerdebilder die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht massgeblich beeinträchtigen.

3.3.3 Ä Gegenstand des B. erteilten Gutachtensauftrages bildete dementsprechend ausschliesslich die Abklärung einer allfälligen rheumatologischen Problematik, namentlich einer solchen im Bereich der Wirbelsäule (Urk. 8/57/2 und Urk. 8/46/1-2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das von B. in der Folge am 10. Oktober 2009 erstattete rheumatologische Gutachten (Urk. 8/46) basiert auf einer umfassenden rheumatologischen (inklusive kursorischen neurologischen sowie radiologischen) Untersuchung und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Im Weiteren hat B. detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinandergesetzt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä B. legte dar, dass beim Beschwerdeführer im Bereich der Lendenwirbelsäule zwar beginnende degenerative Veränderungen, klinisch wie radiologisch jedoch nicht ausserhalb der Altersnorm liegende Befunde sowie keine Anhaltspunkte für eine Kompromittierung neuromeningealer Strukturen beständen. Im Weiteren erhob er eine Periarthropathia genu links bei Status nach medialer

Teilmeniskektomie (anamnestisch). Auch in diesem Zusammenhang wies er auf ein weitgehend fehlendes klinisches, radiologisches sowie anderweitiges Korrelat hin (Urk. 8/46/15-16). Diese Feststellungen stehen mit den Ergebnissen der von ihm durchgeführten klinischen und bildgebenden Abklärungen (Urk. 8/46/14-15) in Einklang. Mit seiner Einschätzung, wonach in der angestammten Tätigkeit (wegen eines allenfalls vorübergehend vermehrten Pausenbedarfes) eine mindestens 80%ige und in einer behinderungsangepassten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht, hat er den betreffenden - rheumatologischen - Diagnosen (Urk. 8/46/15 Ziffer 5.1) grosszügig Rechnung getragen.

3.3.4. Es kann deshalb ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit als Parkett- und Bodenleger zu mindestens 80 % und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Weitere Beweiserhebungen erscheinen - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - unnötig (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E. 5.2.2, mit Hinweisen).

3.3.5. Die Angaben von Y. in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 21./22 Juli 2008 (Urk. 8/11) sind nicht geeignet, diese Schlussfolgerungen in Frage zu stellen, zumal erfahrungsgemäss Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc, BGE 122 V 160 Erw. 1c, je mit Hinweisen). Es entsteht denn auch der Eindruck, dass Y. bei seiner Einschätzung, wonach in der angestammten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit besteht, massgeblich auf die Angaben des Beschwerdeführers abgestellt hat, ohne diese kritisch zu hinterfragen. Ausserdem hat er bei seiner Beurteilung explizit nebst den somatischen Beschwerden "die psychiatrische Zusatzproblematik mit einem depressiven Zustandsbild" berücksichtigt (Urk. 8/11/5). Wie sich die somatischen Beschwerden im Einzelnen auf dessen Arbeitsfähigkeit auswirken, hat er nicht dargetan. Schliesslich hat er ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich aus seiner ganz persönlichen Sicht der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers medizinisch-theoretisch mit Sicherheit tendenziell verbessern liesse (Urk. 8/11/7).

3.3.6. An dieser Stelle ist zu bemerken, dass im Gebiet der Invalidenversicherung ganz allgemein der Grundsatz "(Selbst-)Eingliederung vor Rente" gilt. Danach hat die versicherte Person von sich aus das ihr Zumutbare zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit beizutragen, in erster Linie durch Ausschöpfung sämtlicher zumutbarer medizinischer Behandlungs- und weiterer therapeutischer Möglichkeiten. Kommt sie dieser Schadenminderungspflicht nicht in genügender Weise nach, kann dies im Rahmen von Art. 21 Abs. 4 ATSG zur ganzen oder teilweisen, vorübergehenden oder dauernden Ablehnung der beruflichen Massnahme resp. Rente führen (vgl. BGE 127 V 298 E. 4.b.cc, mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 10. November 2005 in Sachen G., I 271/05, E. 2, mit Hinweisen). Dies ist vorliegend namentlich auch mit Blick auf den diagnostizierten Diabetes mellitus Typ 2 von Bedeutung, ist doch allgemein bekannt, dass bei diesem Krankheitsbild der Erhalt der Leistungsfähigkeit die richtige Einstellung des Blutzuckerspiegels voraussetzt. Diabetiker sollten sich deshalb in jedem Fall umfassend beraten bzw. betreuen lassen. Namentlich sollten sie sich einer Ernährungsberatung, einer Anleitung zu Blutzuckerselbstkontrollen sowie regelmässigen ärztlichen Kontrollen bei einem mit Diabetes vertrauten Arzt

unterziehen. Seitens des Spitals D.____ wurden denn der Ausbau der medikamentösen Therapie sowie eine Ernährungs- und Diabetesberatung auch ausdrücklich empfohlen (Urk. 8/22/8).

Es erscheint fraglich, ob der Beschwerdeführer insoweit der Schadenminderungspflicht vollumfänglich nachgekommen ist. Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung vom 19. März 2009 gab er nämlich an, dass er - lediglich - einmal pro Monat den Hausarzt aufsuche, und zwar zur Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit für die Krankentaggeldversicherung. Den (insulinpflichtigen) Diabetes habe er selber im Griff (Urk. 8/31/6). Andererseits beklagte er aber, dass er nach der Einnahme des Insulins immer müde werde (Urk. 8/31/9 und Urk. 8/46/12). Dies lässt aber nicht auf eine optimale Einstellung des Blutzuckerspiegels schliessen.

3.4.1

Das psychiatrische Gutachten von A.____ (Urk. 8/31) basiert ebenfalls auf einer eigenen psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Sodann hat A.____ detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und seinem Verhalten auseinandergesetzt.

A.____ legte nachvollziehbar (Urk. 8/31/10-15) dar, dass kein Anhalt für eine Depression oder Angststörung bestehe. Auch eine Zwangsstörung habe nicht erfasst werden können. Hingegen spreche viel für eine zwanghafte Persönlichkeit bzw. Persönlichkeitsstörung (Urk. 8/31/16).

In diesem Zusammenhang prüfte A.____ eingehend die in der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), 3., korrigierte Auflage 2004, S.149 ff. (im Zeitpunkt der Begutachtung aktuell gewesen wäre die 6., vollständig überarbeitete Auflage 2008, S. 246 ff. [vgl. 7., überarbeitete Auflage 2010. S. 246 ff.]), genannten Voraussetzungen G1 bis G6 (entsprechen im Wesentlichen den "Diagnostischen Leitlinien" in den späteren Auflagen) für die Diagnose spezifischer Persönlichkeitsstörungen (ICD-F60.0) im Einzelnen, wobei er zum Schluss kam, diese seien grundsätzlich erfüllt (Urk. 8/31/16-18). Zur Voraussetzung G1, wonach die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungswerte und Verhaltensmuster der Betroffenen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben ("Normen") abweichen, hielt er fest, dass der Umgang des Beschwerdeführers mit der Blutzuckererkrankung sehr ungewöhnlich sei, ebenso die Distanzierung von der Herkunftsfamilie, welche ihn gemäß seinen Angaben immer nur ausgesaugt habe. Im Weiteren wirke er wenig warmherzig, sei aber sehr bemüht, sich korrekt zu verhalten. Er habe als selbstdeklariertes Einzelgänger, abgesehen vom Schwager in Deutschland, anscheinend keine tieferen Beziehungen, insbesondere sei die Beziehung zur Herkunftsfamilie beeinträchtigt. Seine Angaben zur fehlenden Teamfähigkeit sprächen gegen eine gute Impulskontrolle; er könne sich dann offensichtlich nicht mehr beherrschen. Was eine allfällige Abweichung bezüglich Art des Umganges mit andern und bezüglich Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen betreffe, so passten dazu die gescheiterte Ehe, das deklarierte Einzelgängertum sowie die abgebrochene Beziehung zur Herkunftsfamilie. Zur Voraussetzung G2, wonach die Abweichung so ausgeprägt ist, dass das daraus resultierende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel,

unangepasst oder auch auf andere Weise unzuweckmässig ist, führte er an, man müsse hier von einem Nischenkonzept ausgehen. Solange der Beschwerdeführer als Selbständiger mit Rückendeckung seiner Ehefrau habe funktionieren können, sei seine Persönlichkeitsproblematik kompensiert gewesen. Jetzt, durch die veränderte Lebensnische, drohe Dekompensation. Zum persönlichen Leidensdruck (Voraussetzung G3) bemerkte er, dass bei Persönlichkeitsstörungen generell das Problem bestehe, dass die Betroffenen häufig keine Einsicht in ihre Problematik hätten. So verhalte es sich auch hier. Er würde aber die reale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowie die Trennung der Ehe hier subsumieren. Zum erforderlichen Nachweis, dass die Abweichung stabil, von langer Dauer ist und im spätesten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen hat (Voraussetzung G4), gab er an, dass der Beschwerdeführer schon als Kind ein Einzelgänger gewesen sei, was aufgrund der gemachten Mobbing-Erfahrungen und der vielen Beziehungsabbrüche durch die häufigen Umzüge gut nachvollziehbar sei. Seine Biographie weise erstaunliche Brüche auf. So habe er trotz Fachabitur mit Zugang zu den universitären Studiengängen "nur" eine Lehre als Krankenpfleger gemacht, sei dann schnell weg ins "Technische" des Operationssaales und der Anästhesie gestrebt bis hin zur selbständigen Tätigkeit als Plattenleger. Der Bruch mit der Herkunftsfamilie habe schon vor 20 Jahren stattgefunden. Hinweise für eine andere psychische Störung oder eine organische Erkrankung (Voraussetzungen G5 und G6) beständen nicht (Urk. 8/31/16-18).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anschliessend äusserte sich A.____ zum Vorliegen der Kriterien einer spezifischen Persönlichkeitsstörung vom anankastischen Typ (ICD-10 F60.5; WHO, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 3. Auflage 2004, S. 153 [entspricht im Wesentlichen der 6. Auflage 2008 sowie der 7. Auflage 2010, S. 247]). Im Einzelnen hielt er fest, dass unklar sei resp. nicht beurteilt werden könne, ob das Kriterium 1 (Gefühle von starkem Zweifel und übermässiger Vorsicht) erfüllt sei. Eine ständige Beschäftigung mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen (Kriterium 2) sei wahrscheinlich vorhanden, zum Beispiel in Bezug auf den Blutzucker. Sehr wahrscheinlich erfüllt sei auch das Kriterium 3 (Perfektionismus, der die Fertigstellung von Aufgaben behindert). Der Beschwerdeführer werde vom Hausarzt so beschrieben und lasse sich auch anlässlich der Begutachtung direkt so beobachten. Was das Kriterium 4 (übermässige Gewissenhaftigkeit und Skrupelhaftigkeit) betreffe, so sei dieses fremdanamnistisch wahrscheinlich erfüllt. Laut Hausarzt sei der Beschwerdeführer übermässig sorgfältig in der Arbeit und auch in Bezug auf die Ehefrau (keine Wut über das Verlassenwerden; er sei vor allem bemüht, in Bezug auf die Ehefrau alles richtig zu machen). Zum Kriterium 5 (unverhältnismässige Leistungsbezogenheit unter Vernachlässigung oder bis zum Verzicht auf Vergnügen und zwischenmenschliche Beziehungen) passe der vom Beschwerdeführer beschriebene Lebensstil (seit fast 20 Jahren ohne Ferien, sein seit einem Jahr sehr karges Leben im Geschäftsbetrieb, Gartenarbeit als Hobby). Die (als Kriterium 6 mitunter genannte) Pedanterie falle sofort auf, ebenso seien beim Beschwerdeführer im Gespräch auch Rigidität und Eigensinn (Kriterium 7) festzustellen. Das Kriterium 8 (unbegündetes Bestehen darauf, dass andere sich exakt den eigenen Gewohnheiten unterordnen oder unbegründete Abneigung dagegen, andere etwas machen zu lassen) sei nicht beurteilbar (Urk. 8/31/18-19).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä A.____ gelangte zum Schluss, dass insgesamt aus psychiatrischer Sicht eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung bzw. Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 F60.5 wahrscheinlich sei. Im Weiteren stellte er fest, dass die Störung nicht stark ausgeprägt und über Jahre bei guten äußeren Bedingungen (selbständige Tätigkeit, feste Beziehung) kompensiert gewesen sei, jetzt aber zum Problem werde (Urk. 8/31/19).

3.4.3Ä Ä Diese Feststellungen von A.____ stehen mit den Ergebnissen der von ihm durchgeführten Untersuchung (Urk. 8/31/10), der Anamnese (Urk. 8/31/4-6), dem aktenkundigen beruflichen Werdegang des Beschwerdeführers (Urk. 8/3 und Urk. 8/31/7-8) sowie dessen Angaben zur aktuellen Situation (Urk. 8/31/8-9) in Einklang und erscheinen grundsätzlich plausibel.

3.4.4Ä Ä Zu seiner Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer aktuell, vermutlich ab 1. Januar 2008, in der angestammten Tätigkeit zu 70 % und in angepassten Tätigkeiten zu 0 % arbeitsfähig sei, ist indessen zu bemerken, dass die alleinige Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsstörung zur Anerkennung eines dauerhaften invalidisierenden Gesundheitsschadens nicht ausreicht (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_953/2010 vom 29. April 2011 E. 5.3 mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht vermöchte die von A.____ vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ausserdem auch dann nicht zu überzeugen, wenn sich der von ihm erhobene Verdacht auf eine (anankastische) Persönlichkeitsstörung aufgrund weiterer Untersuchungsgespräche mit dem Beschwerdeführer erhärten würde. Selbst eine schlüssig diagnostizierte Persönlichkeitsstörung im Sinne von ICD-10 F60.5 stellt nämlich für sich allein nicht ohne Weiteres einen invalidisierenden Gesundheitsschaden im Rechtssinne dar (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_55/2010 vom 8. Oktober 2010 E. 2.3 und 9C_456/2007 vom 17. März 2008 E. 4.1, je mit Hinweis). Ein psychischer Gesundheitsschaden führt nach dem Gesagten vielmehr nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar. Dabei kommt der Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (vgl. Erwägung 1.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorliegend ist zum einen in Betracht zu ziehen, dass bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität mitunter dann Zurückhaltung geboten ist, wenn - wie hier - psychosoziale Faktoren das Bild prägen (Urteil des Bundesgerichtes 9C_246/2010 vom 11. Mai 2010, E. 2.2.1 mit Hinweisen). So wies A.____ ausdrücklich darauf hin, dass die Trennung des Beschwerdeführers von seiner Ehefrau zur aktuell bestehenden Überforderungssituation beigetragen hat (Urk. 8/31/20). Y.____ hatte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 21. Juli 2008 sodann ebenfalls bemerkt, dass "aktuell" das soziale Umfeld des Beschwerdeführers durch die Trennung von seiner Ehegattin, welche seit längerem im Gange sei, stark belastet sei. Zusätzlich zu dieser sozialen Belastung sei auch eine finanzielle Minderung des Einkommens eingetreten, welche im Zusammenhang mit der Minderung seiner Erwerbstätigkeit zu interpretieren sei (Urk. 8/11/7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinzu kommt, dass sich der Beschwerdeführer bislang noch keiner psychiatrischen Behandlung unterzogen hat (Urk. 8/23 und Urk. 8/31/6). Dazu wäre er aber aufgrund der ihm obliegenden Pflicht zur Schadenminderung (vgl. Erwägung 3.3.6) verpflichtet (gewesen). Dass A. ___ unter Hinweis auf die fehlende Krankheitseinsicht und die folglich fehlende Therapiemotivation keine Therapievorschläge machte (Urk. 8/31/22), ändert daran nichts. Wohl dauert eine psychotherapeutische (auch medikamentöse) Behandlung bei Persönlichkeitsstörungen oftmals lange und führt in der Regel nicht zu einer vollständigen Heilung. Es kann damit aber durchaus ein Behandlungserfolg im Sinne einer Besserung der Störung erzielt werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur von A. ___ vorgenommenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (im Anstellungsverhältnis) mit 0 % ist schliesslich zu bemerken, dass der Angebotsfcher des ausgeglichenen Arbeitsmarktes (auch ausserhalb geschtzter Werkstätten) durchaus Arbeits- und Stellenangebote umfasst, bei welchen mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers zu rechnen ist (Urteil des Bundesgerichtes 8C_119/2008 vom 22. September 2008 E. 4 mit Hinweisen). Sodann finden sich auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ausreichend Tigkeiten, in welchen soziale Kontakte grossteils vermieden werden können (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_581/2010 vom 2. September 2010 E. 6) .

3.4.5Ä Ä Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht vermag die von A. ___ vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers somit nicht zu überzeugen.

3.5Ä Ä Ä Ä Auf weitere Abklärungen kann indessen verzichtet werden. Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, resultiert nämlich auch dann kein rentenbegrndender Invaliditätsgrad, wenn zugunsten des Beschwerdeführers auf die Einschätzung von A. ___ abgestellt und dementsprechend davon ausgegangen würde, dass er aus psychischen Gründen in der bisherigen Tätigkeit als Parkett- und Bodenleger zu 30 % arbeitsunfähig ist.

E. 4

4.1Ä Ä Ä Ä

4.1.1Ä Ä Bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades bemass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen mit Fr. 67'096.--. Sie stützte sich dabei auf den Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 6. Januar 2009 (Urk. 12) sowie die Stellungnahme ihrer Berufsberatung vom 16. April 2010 (Einkommensvergleich [Urk. 8/56]).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Abklärungsbericht vom 6. Januar 2009 wurde das Valideneinkommen 2007 auf Fr. 64'237.-- festgelegt, was dem aufgrund der Abschlüsse der E. ___ AG der Geschäftsjahre 2002/2003 bis 2006/2007 ermittelten durchschnittlichen Einkommen des Beschwerdeführers von Fr. 56'491.--, indexiert per 2007, zuzüglich AHV-Beiträge von Fr. 5'573.-- (gemäss sinkender Beitragsskala 9,5 %) entsprechen soll (Urk. 12 Seite 10 und 11). Aufgerechnet auf das Jahr 2009 ergab sich das in der angefochtenen Verfügung aufgeführte Valideneinkommen von Fr. 67'096.-- (Urk. 2 und Urk. 8/56).

4.1.2Ä Ä Das Invalideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin, ausgehend von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der Tätigkeit als Parkett- und Bodenleger, ohne Weiteres auf 70 % des Valideneinkommens, mithin auf Fr. 46'976.-- (=

0,7 x Fr. 67'096.--), festgesetzt (Urk. 2 und Urk. 8/56).

E. 4.2

4.2.1.1. Der Beschwerdeführer brachte dagegen insoweit richtig vor, dass es unzulässig ist, die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit direkt mit dem die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlich bedingt verminderten Leistungsfähigkeit messenden Invaliditätsgrad gleichzusetzen (Urk. 16 Seite 2; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_100/2010 vom 23. März 2010 E. 2.2).

Das vom Beschwerdeführer seit Eintritt des Gesundheitsschadens tatsächlich erzielte Einkommen kann unter bestimmten Umständen zur Berechnung des Invalideneinkommens herangezogen werden, allerdings mitunter nur dann, wenn anzunehmen wäre, dass er die ihm verbliebene Restarbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes I 850/05 vom 21. August 2006 E. 4.2 mit Hinweisen). Weitere Ausführungen dazu erbringen sich indessen.

Es ist nämlich zu beachten, dass die somatisch (rheumatologisch) bedingte 20%ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit einzig wegen eines allenfalls vorübergehend erhobenen Pausenbedarfes besteht (Urk. 8/46/16). Stellt man auf die Feststellungen von A. ___ ab, so ist der Beschwerdeführer aufgrund der Persönlichkeitsstruktur und der damit verbundenen übermässigen Beschäftigung mit dem Blutzucker, der über sorgfältigen Durchführung der Arbeiten etc. - ebenfalls - vornehmlich in zeitlicher Hinsicht in seiner bisherigen Tätigkeit beeinträchtigt und zwar zu maximal 30 % (Urk. 8/31/21).

Der Beschwerdeführer ist somit sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht in der Lage, sämtliche in seiner Tätigkeit als Parkett- und Bodenleger bisher verrichteten Tätigkeiten weiterhin auszuführen. Eingeschränkt ist er dabei einzig aufgrund eines allenfalls vorübergehend erhobenen Pausen- resp. wegen eines vermehrten Zeitbedarfs.

Unter diesen Umständen kann ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen ungeachtet der tatsächlichen monetären Grössen den für den Anspruch auf eine (Viertels-)Rente massgebenden Grenzwert von 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) nicht übersteigen kann, weshalb auf jeden Fall ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert.

Demnach hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente im Ergebnis zu Recht verneint, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 800.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

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 Dr. Daniel Richter
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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 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.