

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01240 vom 22. Februar 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-02-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01240

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01240 du 22 février 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01240 del 22 febbraio 2013

Erwägungen

E. 3

3.1???? Dr. med. Z.____, Innere Medizin und Kardiologie FMH, welcher den Beschwerdeführer seit Januar 2009 behandelte, diagnostizierte in seinem Bericht vom 28. Dezember 2009 (Urk. 13/17) eine koronare Dreifessel-Erkrankung (Ziff. 1.1-1.2) und attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit seit 2. März 2009 (Ziff. 1.6). Er führte aus, dass bei diesem Langzeitarbeitslosen eine schwere psychosomatische Belastungssituation mit erheblichem Nikotin- und C2-Konsum bestehe. Aus kardiologischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %; zurzeit sei in der Gesamtsituation aber die Arbeitsunfähigkeit nicht gegeben (Ziff. 1.7). Mit der Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit sei nur im Rahmen einer sorgfältigen Wiedereingliederung unter gleichzeitiger psychiatrischer und medizinischer Betreuung zu rechnen (Ziff. 1.9). Es sei dringend eine regelmässige medizinische und psychiatrische Betreuung notwendig, allenfalls eine erneute stationäre Rehabilitation mit dem Ziel einer Verbesserung der Therapiecompliance, Nikotinabstinenz und körperlicher Leistungssteigerung (Ziff. 1.11).

3.2???? Am 1. März 2010 berichteten die Ärzte der Klinik A.____ über den Verlauf des stationären Aufenthalts des Beschwerdeführers vom 8. Januar bis zum 4. Februar 2010. Der Beschwerdeführer sei bei schwerer koronarer Dreifessel-Erkrankung mit einem Status nach inferiorem Myokardinfarkt im März 2009 mit gutem Resultat zweifach koronarangiographiert worden mit Dilatation und Stenting der betroffenen Herzkranzarterien. Am 2. Januar 2010 habe der Beschwerdeführer erneut einen akuten Infarkt erlitten und sei hospitalisiert worden, wobei eine Indikation für eine neuerliche Intervention nicht gegeben gewesen sei (Urk. 13/25 S. 1 f.). Es liege bis auf Weiteres eine volle Arbeitsunfähigkeit vor (Urk. 13/25 S. 3).

3.3???? Am 14. September 2010 wurde der Beschwerdeführer von den Ärzten des E.____ internistisch, psychiatrisch und kardiologisch untersucht. In ihrem Gutachten vom 16. November 2010 (Urk. 13/31/2-18) diagnostizierten die Gutachter (S. 13 f.) eine koronare 3-Gefessel-Erkrankung (ICD-10 I25.1) bei

- Status nach inferiorem NSTEMI inferior 1.3.2009
- Status nach Akut-PTCA Xience-Stent proximale ACD 2.3.2009
- Status nach PTCA/Stent proximaler RCX und distaler RIVA 5.3.2009
- Status nach PTCA/Stent Stent-Eingangsstenose RCX 29.7.2009
- Status nach PTCA/Stent hochgradige proximale ACD-Stenose 28.8.2009

- Status nach NSTEMI bei 50%-iger Instent-Restenose RIVA, keine Intervention 2.1.2010
- leicht eingeschränkte LVEF um 50 % bei inferiorer Hypo- bis Akinesie
- eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit
- kardiovaskuläre Risikofaktoren
- fortgesetzter Nikotinkonsum
- positive Familienanamnese
- arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt (ICD-10 I10)
- Dyslipidämie, medikamentös behandelt (ICD-10 E78.2)

Die Ärzte führten in der Gesamtbeurteilung aus, dass verschiedene Interventionen bereits durchgeführt worden seien; alle Ärzte seien deutlich befallen. Die linksventrikuläre Funktion sei leicht- bis allenfalls mäßiggradig eingeschränkt. Ergometrisch lasse sich eine eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit feststellen, welche multifaktoriell bedingt sei. Die orthostatisch angegebenen Beschwerden könnten durchaus der Grunderkrankung, auch der medikamentösen Behandlung, zugeordnet werden (S. 14).

Insgesamt resultiere aus kardiologischer Sicht eine bleibende, volle Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten, so in den zuletzt durchgeführten Hilfsarbeitertätigkeiten. Für körperlich nur leichte, überwiegend sitzend durchgeführte Tätigkeiten liege eine Leistungsfähigkeit von 75 % vor. Es bestehe ein etwas erhöhter Pausenbedarf, da beim Beschwerdeführer zwar nur eine leicht- bis mittelgradig eingeschränkte linksventrikuläre Funktion bestehe, die vaskuläre kardiale Situation jedoch bedrohlich sei. Aus internistisch und anderweitiger somatischer Sicht bestünden keine zusätzlichen, sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Diagnosen. Aus psychiatrischer Sicht liege ebenfalls keine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Diagnose vor. Eine derzeit mäßig ausgeprägte Alkoholabhängigkeit könne zur Kenntnis genommen werden, wobei weder Hinweise für irreversible geistige Schädigungen noch für eine vorbestehende psychiatrische Erkrankung bestünden, die zu einem erhöhten Alkoholkonsum geführt habe.

Zusammenfassend resultiere aus polydisziplinärer Sicht eine bleibende, volle Arbeitsunfähigkeit für nicht adaptierte, mittelschwere und schwere Tätigkeiten, so auch in den zuletzt und in vielen von ihm früher durchgeführten Hilfsarbeitertätigkeiten. Für körperlich nur leichte, überwiegend sitzend durchzuführende Tätigkeiten bestehe hingegen eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinbusse von 25 %, entsprechend einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75 % (S. 15 Ziff. 6.2).

Was den Verlauf der Arbeitsfähigkeit angehe, so sei aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente und früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit mit dem Erstereignis des inferioren Infarkts am 1. März 2009 manifest geworden. Ab jenem Zeitpunkt und wegen der rezidivierenden Eingriffe bis Ende 2009 könne die Arbeitsunfähigkeit für körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten bestätigt werden (S. 15 Ziff. 6.3). Die von Dr. Z. ___ Ende 2009 attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichte, adaptierte Tätigkeiten könne retrospektiv bestätigt werden, sodass ab Januar 2010 von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von mindestens 50 % auszugehen sei (S. 13 Ziff. 4.2.7, S. 15 Ziff. 6.5). Aufgrund der derzeit und bei der Untersuchung von Dr. Z. ___ im Juni 2010 erhobenen Befunde sei die Arbeitsfähigkeit inzwischen höher, auf 75 % einzustufen. Spätestens seit

September 2010 sei daher von einer Arbeitsfähigkeit von 75 % in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (S. 15 f. Ziff. 6.3 und 6.5).

???????? Als medizinische Massnahme stehe, auch angesichts der erheblichen familiären Belastungssituation, eindeutig der Stopp des Nikotinkonsums im Vordergrund (S. 16 Ziff. 6.6). Berufliche Massnahmen seien wahrscheinlich nicht umsetzbar, da sich der Beschwerdeführer in allen Tätigkeiten für arbeitsunfähig halte (S. 16 Ziff. 6.7).

3.4???? Dr. med. B.____, Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin, berichtete am 26. Oktober 2011 über die am 20. Oktober 2011 durchgeführte ambulante Koronarangiographie mit Gefässdilatation und Stentimplantation und nannte folgende Diagnosen (Urk. 8/2 S. 1 = Urk. 13/62 S. 1):

- koronare Herzkrankheit mit 3-Gefässerkrankung und Mehrfachinterventionen
- Status nach PCI/Stentimplantationen mit Stentverlängerungen/In-Stent-Restenose Behandlungen an RIVA/RCX sowie RCA vom 1.3.2009 bis 3.1.2010 mit
- aktuell: PCI/Ballondilatation (DEB) In-Stent-Restenose/de Novo Stenose in mittlere RCA sowie in mittleren RIVA und Stentimplantation (DES) in schwere Abgangsstenose des PLA/RCX am 20.10.2011
- chronischer Verschluss des Diagonalastes II
- strenger Verdacht auf manifeste PAVK
- Abklärungen eingeleitet
- kardiovaskuläre Risikofaktoren: anhaltendes Zigarettenrauchen (!), stark positive Familienbelastung, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie
- erhaltene linksventrikuläre Auswurffraktion (EF biplan = 70 %)

???????? Der Eingriff sei aufgrund erneuter Angina pectoris und relevanten EKG-Veränderungen indiziert gewesen (Urk. 8/2 S. 1). Nicht unerwartet sei es zu einer Progression der koronaren Veränderungen beziehungsweise der In-Stent-Restenosen gekommen. Die angehbaren Läsionen seien entweder durch den Einsatz von medikamentös beschichteten Ballonen oder durch einen medikamentös beschichteten Stent behoben worden. Die etablierte duale Blutplättchenhemmung werde demzufolge unverändert fortgesetzt (Urk. 8/2 S. 2).

3.5???? In ihrer Stellungnahme vom 17. Januar 2012 führte die Ärztin des Regionalärztlichen Dienstes, Dr. med. C.____, Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie, aus, dass sich aus dem Bericht von Dr. B.____ gesamthaft eine Progression der bekannten koronaren Herzkrankheit ergebe. Alle drei Stenosen seien jedoch erfolgreich behandelt worden und hätten anschliessend sehr gute Ergebnisse gezeigt. Aus medizinischer Sicht sei eine andauernde Änderung der Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit bei dokumentiertem sehr gutem Ergebnis nach den Katheterinterventionen nicht anzunehmen (Urk. 13/0 S. 2).

3.6???? Die weiteren, sich bei den Akten befindenden Arztberichte des Stadtspitals D.____ (Urk. 13/7, Urk. 13/14, Urk. 13/17/15-20, Urk. 13/32, Urk. 13/39), der Arztbericht der Klinik A.____ vom 3. September 2009 (Urk. 13/17/10-14) und die Berichte von Dr. Z.____ vom 11. März 2009 und vom 28. August 2009 (Urk. 13/17/21-24) nehmen keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor.

4.?????

4.1???? Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das von den Ärzten des E.____ erstellte Gutachten vom 16. November 2010 (Urk. 13/31/2-18, vgl. vorstehend E. 3.3) für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist. Es beruht auf den erforderlichen internistischen (S. 6 f. Ziff. 3.3), psychiatrischen (S. 7 ff. Ziff. 4) und kardiologischen Untersuchungen (S. 10 ff. Ziff. 4.2), berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (S. 7 f. Ziff. 4.1.1.2, S. 10 f. Ziff. 4.2.1) und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet (S. 3 ff. Ziff. 2, S. 13 Ziff. 4.2.7, S. 15 f. Ziff. 6.5). Weiter leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge, darunter auch der für die Entstehung und Progression der Herzkrankheit begünstigenden Faktoren, ein. Die von den Gutachtern vorgenommenen Schlussfolgerungen, insbesondere auch der zeitliche Verlauf der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Verbesserung des Gesundheitszustandes im September 2010, sind ausführlich und nachvollziehbar begründet.

4.2???? Was die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch andere Ärzte angeht, so stimmten die Gutachter mit Dr. Z.____ darin überein, dass der Beschwerdeführer seit dem Infarkt im März 2009 vollumfänglich arbeitsunfähig sei (vgl. vorstehend E. 3.1). Sie besttigten auch seine Einschätzung Ende 2009, wonach aus kardiologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vorliege. Seine weitere Ausföhrung, wonach jedoch in der Gesamtsituation derzeit keine Arbeitsfähigkeit bestehe, ist zu unspezifisch und, soweit sie psychosoziale Umstände einschliesst, vorliegend nicht zu berücksichtigen.

???????? Die Einschätzung der Ärzte der Klinik A.____ (vgl. vorstehend E. 3.2), wonach eine volle Arbeitsunfähigkeit vorliege, erfolgte ohne nhere Begründung und ohne die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zu beurteilen; sie vermag daher keinen Zweifel an der schlössigen gutachterlichen Beurteilung zu wecken.

???????? Was den Bericht von Dr. B.____ über die am 20. Oktober 2011 erfolgte Koronarangiographie (vgl. vorstehend E. 3.4) angeht, so ist diesem zwar eine - angesichts des bekannten Gesundheitszustandes - nicht unerwartete Progression zu entnehmen. Jedoch wurden die angehbaren Lsionen erfolgreich behoben, und nach den Eingriffen zeigten sich ein gutes Ergebnis und gute Flussverhältnisse (Urk. 8/2 S. 2). Damit ist, der überzeugenden Einschätzung der Ärztin des RAD folgend (vgl. vorstehend E. 3.5), davon auszugehen, dass die aufgetretenen Beschwerden nach adäquater Behandlung sich nicht zusätzlich auf die bestehende Arbeitsunfähigkeit auswirkten, was im übrigen auch angesichts der in diesem Bereich bereits erfolgten Mehrfachinterventionen plausibel erscheint.

???????? Soweit der Beschwerdeführer im übrigen einen erhöhten Pausenbedarf geltend macht (Urk. 5), so wurde dieser bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von den Gutachtern bereits berücksichtigt (Urk. 13/31/2-18 S. 15 Ziff. 6.2).

4.3???? Zusammenfassend genögt das Gutachten damit den an ein solches gestellten Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1.3) vollumfänglich, weshalb darauf abzustellen ist. Gestötzt darauf ist von einer vollen Arbeitsunfähigkeit für nicht adaptierte, mittelschwere und schwere Tätigkeiten seit 1. März 2009 auszugehen. Ab Januar 2010 besteht für körperlich leichte, überwiegend sitzend durchzuföhrende Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, und ab September 2010 besteht eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinbusse von 25 %, entsprechend einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75 %.

5.?????

5.1???? Was die Ermittlung des Valideneinkommens angeht, so erzielte der Beschwerdef?hrer in den letzten Jahren bei h?ufig wechselnden Arbeitgebern ein stark schwankendes Einkommen. Der gelernte Landwirt machte offenbar noch eine Anlehre bei den E. ___ als Rangierer. In der Folge war er jedoch oft tempor?r im Hilfsarbeiterbereich t?tig, hatte bis 2001 l?ngere T?tigkeiten im Bereich Elektromontage inne und war danach bei verschiedenen Sicherheitsdiensten angestellt (vgl. Urk. 13/31/2-18 S. 14 Ziff. 6.1). Zuletzt war er wieder als Hilfselektriker tempor?r angestellt (Urk. 13/24). Unter diesen Umst?nden ist das Abstellen der Beschwerdegegnerin auf den Tabellenlohn eines Hilfsarbeiters (Urk. 13/34) nicht zu beanstanden. Im ?brigen gereicht ihm die Anwendung des Hilfsarbeiterlohns von monatlich Fr. 4?806.-- im Jahre 2008 nicht zum Nachteil, zumal ein Vergleich mit dem in den letzten Jahren effektiv erzielten L?hnen (Urk. 13/12, Urk. 13/24/8-9) kein h?heres Einkommen ergibt.

???????? Angesichts der Zumutbarkeit einer behinderungsangepassten T?tigkeit im Umfang von mindestens 50 % ab Januar 2010 beziehungsweise von 75 % ab September 2010 (vgl. vorstehend E. 4.3) steht dem Beschwerdef?hrer noch eine breite Palette von T?tigkeiten offen, sodass die Beschwerdegegnerin zu Recht auch zur Bemessung des Invalideneinkommens auf den standardisierten Durchschnittslohn f?r einfache und repetitive T?tigkeiten in s?mtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abstellte.

???????? Damit entspricht der Einkommensvergleich im Ergebnis einem Prozentvergleich (vgl. vorstehend E. 1.4):

???????? F?r die Zeit vom 1. Januar bis zum 31. August 2010 resultiert unter Ber?cksichtigung einer Arbeitsf?higkeit von 50 % in leidensangepasster T?tigkeit und einem Leidensabzug von 10 % aus dem Vergleich des Valideneinkommens von 100 % mit dem Invalideneinkommen von 45 % ($50 \% \times 0.9$) eine dem Invalidit?tsgrad entsprechende Lohneinbusse von 55 % ($100 \% - 45 \%$). F?r die Zeit ab 1. September 2010 ist von einer Arbeitsf?higkeit von 75 % auszugehen, womit sich eine dem Invalidit?tsgrad entsprechende Lohneinbusse von 32.5 % ergibt ($100 \% - 75 \% \times 0.9$). Der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invalidit?tsgrad (Urk. 2, Urk. 13/34) ist damit nicht zu beanstanden.

5.2???? Der Zeitpunkt des Rentenbeginns wurde vom Beschwerdef?hrer nicht bestritten. Unter Ber?cksichtigung des Ablaufs des Wartejahres am 1. M?rz 2010 (Eintritt Gesundheitsschaden: 2. M?rz 2009) und der versp?teten, am 1. Dezember 2009 eingegangenen Anmeldung (Urk. 13/2), setzte die Beschwerdegegnerin den Rentenbeginn in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG zutreffend auf sechs Monate nach erfolgter Anmeldung fest (vgl. Urk. 13/35 S. 5). Ein Rentenanspruch besteht demnach ab dem 1. Juni 2010.

???????? Ausgehend von der Verbesserung des Gesundheitszustands am 1. September 2010 (vgl. vorstehend E. 3.3 und 4.3) befristete die Beschwerdegegnerin sodann die Ausrichtung der Rente gest?tzt auf Art. 88a Abs. 1 Satz 2 IVV zu Recht auf den 30. November 2010 (vgl. vorstehend E. 1.2).

6.????? Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verf?gung als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

7.????? Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabh?ngig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG)

und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1.???????? Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.???????? Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.???????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X.____

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4.???????? 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 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.