

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01207 vom 18. März 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01207

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01207 du 18 mars 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01207 del 18 marzo 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1953, reiste 1999 aus dem damaligen Y.____ in die Schweiz ein und arbeitet e i n der Folge mit Unterbrüchen als Reinigungsmitarbeiter bei verschiedenen Firmen

(vgl. Urk. 8/7). Am 15. Januar 2014 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/3). Die IV-Stelle liess einen Auszug aus dem individuellen Konto erstellen (IK-Auszug vom 23. Januar 2014, Urk. 8/7) und holte den Bericht von Dr. med. Z.____, FMH Kardiologie und FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 27. Januar 2014 (Urk. 8/8) und den Bericht von Dr. med. A.____, FMH Innere Medizin und FMH Nephrologie, vom 31. Januar 2014 (Urk. 8/9) ein. Am 25. April 2014 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass gemäss ihren Abklärungen keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen angezeigt seien (Urk. 8/16). Daraufhin holte sie den Bericht von Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. März 2014 (Eingangsdatum: 14. Mai 2014, Urk. 8/17) ein. Nach durchgeführtem

Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 24. Juni 2014, Urk. 8/19, und Einwand vom 14. August 2014, Urk. 8/20) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 8. September 2014 einen Rentenanspruch des Versicherten (Urk.

E. 1.1

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

E. 1.2

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). Sie 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).

E. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei 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 (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.5

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 herzustellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich 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).

Nach Art. 49

Abs. 1

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode n können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führen die RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur „bei Bedarf“ selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützen sie ihre Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 2.2 mit Hinweisen; 9C_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2; 9C_622/2007 vom 9. September 2008 E. 2.2; vgl. auch BGE 127 I 54 E. 2e und f). Auch auf Stellungnahmen der RAD kann indessen nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen. Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Bezüglich dieser materiellen und formellen Anforderungen sind sie im Beschwerdefall gerichtlich überprüfbar (Urteile des Bundesgerichts 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1; I

142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3; I

362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1).

E. 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.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 1. Oktober 2014 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine Rente zuzu sprechen (Urk. 1/1; vgl. auch ergänzendes Schreiben vom 15. Oktober 2014, Urk. 1/2). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 15. Dezember 2014 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer am 17. Dezember 2014 angezeigt wurde (Urk. 9).

E. 2.1

Dr. Z.____ stellte im Bericht vom 27. Januar 2014 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/8/1) : (1)

persistierende Thorax- und Sternumschmerzen - Status nach Sternotomie anlässlich aorto-coronarer

Bypassoperation (ACBP - Operation) am 27. Juni 2013 - Status nach wiederholten Wunddebridements Ende Juli/anfangs August 2013 • aktuell reizlose Sternunnarbe , aber schmerzhafte Nachbarschaft (2) ein depressives Syndrom bei somato -psychischen Anpassungsstörungen

(Dezember 2013; Dr. B.____)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. Z.____ (Urk. 8/8/1):
(1)

eine koronare Zweigefässerkrankung und hypertensive Herzkrankheit - Status nach dreifacher ACBP -Operation (off pump) mit Implantation LIMA- RIVA , RIMA-RIVP, Vene-R. Dg . am 20. Juni 2013 - keine Angina pectoris , kein Ischämienachweis - linksventrikuläre Hypertrophie • erhaltene LV-Auswurfraction (September 2013) - leichte inferiore und distal septale

Hypokinesie (2) kardiovaskuläre Risikofaktoren: metabolisches Syndrom - Adipositas permagna - arterielle Hypertonie - Diabetes mellitus Typ 2 (insulinpflichtig) Status nach Nikotinabusus (80 – 100 PY) (3) eine ausgeprägte Verkalkung des Aortenbogens und der Aorta ascendens (Plaques Grad III)

Dr. Z.____ erklärte, dass

dem Beschwerdeführer gemäss den Befunden von September 2013 keine körperlichen Belastungen zumutbar seien , da jegliche Aktivität heftige sternale Schmerzen und Thoraxschmerzen hervorrufe. Geistige oder psychische Einschränkungen seien keine vorhanden. Im Weiteren gab Dr. Z.____

im Wesentlichen an, dass rein sitzende und wechselbelastende Tätigkeiten im Umfang von 50 % zumutbar seien. Das Konzentrations- und Auffassungsvermögen sowie die Anpassungsfähigkeit seien aufgrund der depressiven Verstimmung eingeschränkt. Die Belastbarkeit sei aus somatischen Gründen und wegen der depressiven Verstimmung eingeschränkt . Die Fahrtauglichkeit sei gegeben. Diese Angaben würden seit Juni 2013 gelten

(Urk. 8/8/4 -6).

E. 2.2

Dr. med. C.____ , Leiterin Zentrum für Schmerzmedizin des D.____ , diagnostizierte im an die Klinik für Herzchirurgie desselben Spitals gerichteten Bericht vom 27. Januar 2014 ein praesternales

Schmerzsyndrom mit Ausweitung in den Brustbereich bei Status nach ACBP x3 (BIMA) mit kompliziertem Verlauf (Wundheilungsstörung, diverse VAC Wechsel). Ausser dem führte sie unter dem Titel „Diagnose“ eine koronare Herzkrankheit, eine arterielle Hypertonie, eine Adipositas, einen Diabetes

mellitus insulinpflichtig sowie einen Status nach Nikotinabusus auf. Sie gab an, dass der Beschwerdeführer 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 8/9/5-6).

E. 2.3

Dr. A.____ erklärte im Bericht vom 31. Januar 2014, dass
der Beschwerdeführer

in der zuletzt ausgeübten Reinigungstätigkeit aufgrund der schmerzbedingten Unmöglichkeit, Lasten hochzuheben, zu 100 %

eingeschränkt sei . Im Weiteren gab Dr. A.____ im Wesentlichen an, dass dem Beschwerdeführer eine rein sitzende Tätigkeit zumutbar sei . Das Konzentrations- und Auffassungsvermögen sowie die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit seien

eingeschränkt. Die Fahrtauglichkeit sei zu verneinen. Diese Angaben würden seit 2010 gelten

(Urk. 8/9/2 -4).

E. 2.4

Dr. B. ___ hielt im Bericht vom 18. März 2014

als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine schwere depressive Episode bei schwerer Herzerkrankung (derzeit teilremittiert mit mittelgradiger depressiver Symptomatik), ICD-10 F32.2, seit Mai 2013, und (2) ein chronisches Schmerzsyndrom fest. Psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie nicht. Dr. B. ___ gab an, dass der Beschwerdeführer aktuell 100% arbeitsunfähig sei. Es sei keinerlei Tätigkeit möglich. Die langfristige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei ungünstig (Urk. 8/17/1 -5).

E. 2.5

RAD-Arzt Dr. E. ___, Facharzt für Allgemeinmedizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 23. Mai 2014 fest, dass beim Beschwerdeführer laut den aktuellen Berichten von Dr. B. ___, Dr. A. ___ und Dr. Z. ___ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Störung und eine kompensierte koronare Herzkrankheit nach Bypass-Operation bestünden. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien ein thorakales Schmerzsyndrom, ein Schlafnoesyndrom, ein COPD und ein Diabetes. Die Einschränkungen bestünden in einer Antriebsstörung, einem reduzierten Allgemeinzustand sowie in Brustschmerzen. Im Weiteren hielt er fest: „AUF angestammt: 100% seit Juni 2013; AUF angepasst: medizinisch-theoretisch nicht zu beziffern, krankheits- und altersbedingt ist jedoch kaum mehr eine Umstellungsfähigkeit vorhanden; Belastungsprofil: körperlich sehr leichte sitzende Tätigkeit, ruhig und geordnet, ohne Kundenkontakt“; Prognose: schlecht betreffend AUF angestammt; SMP: keine, da angemessen behandelt.“ (Urk. 8/18/2). 2. 6

RAD-Ärztin Dr. med. F. ___, FMH Arbeitsmedizin und FMH Allgemeinmedizin, führte in der ergänzenden Stellungnahme vom 26. Mai 2014 aus, dass die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers am 27. Juni 2013 nach der Herzoperation begonnen hätten. Dr. B. ___ postuliere, dass es sich um einen verfestigten Verlauf eines schweren komplexen Krankheitsbildes mit einem nicht mehr therapeutisch angehbaren Verlauf handle. Wegen der stark reduzierten Introspektionsfähigkeit des ungelerten Beschwerdeführers (letzte Tätigkeit: Reinigung) fruchte die Therapie trotz konsequenter Therapiemaßnahmen nicht. Entgegen dieser Argumentation von Dr. B. ___ handle es sich aber um ein reaktives Geschehen, welches noch kein Jahr dauere. Die reaktive Depression sei therapierbar und die fehlende Introspektionsfähigkeit nicht krankheitsbedingt, sondern IV-irrelevant. Es könne daher nicht von einem invalidisierenden (das heiße langandauernden) psychischen Gesundheitsschaden ausgegangen werden, der die bisherige bereits optimal leidensangepasste Tätigkeit als Reinigungshilfe dauerhaft einschränke (Urk. 8/18/3). 3.

E. 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. 3.1

Was die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht anbelangt, geht aus dem Bericht von Dr. Z.____ vom 27. Januar 2014

im Wesentlichen hervor, dass dem Beschwerdeführer nach der ACBP-Operation vom 27. Juni 2013 und den wiederholten Wunddebridements von Ende Juli/Anfangs August 2013 gemäss den Befunden vom 5. September 2013

keine körperlichen Belastungen zumutbar seien, da jegliche Aktivität heftige sternale Schmerzen und Thoraxschmerzen

hervorrufe. Dr. Z.____, der den Beschwerdeführer vom 25. September bis zum 25. November 2013 behandelte, erklärte allerdings auch, dass sich die Einschränkungen durch intensive rheumatologisch-physiotherapeutische Massnahmen und eine Schmerztherapie vermindern lassen würden. Weiter hielt Dr. Z.____ fest, dass sich mit der Schmerzabnahme die Leistungsfähigkeit verbessern und der Beschwerdeführer damit wieder arbeitsfähig werden dürfte

(Urk. 8/8/1-7). Im Bericht vom 31. Januar 2014

gab

Dr. A.____, der den Beschwerdeführer zuletzt am 27. Januar 2014 untersucht hatte, dann aber an, dass dieser - trotz der Schmerztherapie im D.____ und der

durchgeführten Physiotherapie - in der Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiter aufgrund der schmerzbedingten Unmöglichkeit, Lasten hoch zu heben, nach wie vor zu 100 % eingeschränkt

sei. In einer angepassten Tätigkeit sei keine Belastung möglich. Eine rein sitzende Tätigkeit sei zumutbar. Dr. A.____ hat diese Einschätzung

jedoch

nicht

begründet, sondern in seinem Bericht lediglich auf

weitere Arztberichte verwiesen, die er als Beilagen einreichte (vgl. Urk. 8/9/1-4 und Urk. 8/9/5-74). In diesen Beilagen enthalten ist dabei insbesondere

der Bericht der Schmerzprechstunde des D.____ vom 27. Januar 2014, worin Dr. C.____

festgehalten hatte, dass noch eine eindeutige Druckdolenz über den Sternocostalgelenken beidseits vorliege und sich der Schmerz bei tiefer Inspiration auf den gesamten Thorax ausweite (Subluxation der kleinen Gelenke). Ferner sei eine Mitreaktion (im Segment) der autochthonen Rückenmuskulatur im thorakalen Bereich festzustellen, besonders des

trapezius beidseits. Dr. C.____ (vgl. E. 2.2) hatte diverse Therapien für indiziert gehalten, den Beschwerdeführer aber offenbar ab sofort für voll arbeitsfähig erachtet. Angaben zum zumutbaren Belastungsprofil hatte sie nicht gemacht.

E. 3.2

Bei der gegebenen Aktenlage hätte die Beschwerdegegnerin einen invalidisierenden somatischen Gesundheitsschaden nicht einfach verneinen dürfen, zumal – auch – RAD-Arzt

Dr. E.____ von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit seit Juni 2013 ausging (vgl. E. 2.5). Die zumutbare Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit lässt sich sodann angesichts der stark voneinander abweichenden, letztlich nicht schlüssigen ärztlichen Angaben aus somatischer Sicht nicht zuverlässig bestimmen.

Hinsichtlich des somatischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erweist sich der medizinische Sachverhalt demnach als ergänzungsbedürftig. 4.

4.1

Was die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht betrifft, diagnostizierte Dr. B.____ in ihrem Bericht vom 18. März 2014

eine schwere depressive Episode bei schwerer Herzerkrankung (derzeit teilremittiert mit mittelgradiger depressiver Symptomatik), bestehend seit Mai 2013,

und ein chronisches Schmerzsyndrom.

Der Beschwerdeführer sei aktuell

zu 100 % arbeitsunfähig, und die Prognose sei ungünstig (Urk. 8/17/1-8). Angesichts dessen, dass

sich in den diversen Berichten des D.____ und des

G.____

aus dem Zeitraum vom 21. Juni bis zum 23. August 2013 (vgl. Urk. 8/9/17-74)

noch keine Hinweise auf eine depressive Symptomatik finden

und der Beschwerdeführer erst seit dem 1. September 2013 in ambulanter psychiatrischer Behandlung bei Dr. B.____ stand (Urk. 8/17/1), kann das Vorliegen einer bereits

seit Mai 2013 bestehenden schweren resp. mittelschweren depressiven

Symptomatik jedoch kaum

als ausgewiesen

gelten. Aufgrund der erst kurzen Behandlungsdauer

zwischen dem 1. September 2013 und dem Zeitpunkt der Berichterstattung am 18. März 2014 erscheint sodann

das schon

damals gezogene Fazit von Dr. B.____, es handle sich vorliegend um einen verfestigten Verlauf eines schweren und komplexen Krankheitsbildes, das therapeutisch nicht mehr angebar sei, wenig plausibel. 4.2

RAD-Ärztin Dr. F.____ stellte

daher die Beurteilung im Bericht von Dr. B.____ vom 18. März 2014, wonach der Beschwerdeführer seit Mai 2013 aus psychischen Gründen zu 100 % arbeitsunfähig sei, in ihrer Stellungnahme vom 26. Mai 2014 (vgl. E. 2.6) zu Recht in Frage. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass RAD-Ärztin Dr. F.____ nicht über einen Facharzttitel für Psychiatrie verfügt und deshalb an sich nicht berufen ist, den psychischen Gesundheitszustand sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit abschliessend zu beurteilen. Zudem ist für

das vorliegende Beschwerdeverfahren der bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses (8. September 2014, Urk. 2) eingetretene Sachverhalt massgebend (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). In diesem Zeitpunkt stand der Beschwerdeführer aber schon seit rund einem Jahr bei Dr. B. ___ in psychiatrischer Behandlung. Ausserdem war er zuvor offenbar bereits von einem Dr. H. ___ in der gleichen Praxis behandelt worden (Urk. 8/17/1). Zumindest für den – massgeblichen – Zeitpunkt des Verfügungserlasses kann deshalb, insbesondere auch mangels Angaben zur Intensität der psychiatrischen Behandlung, ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden ebenfalls nicht ohne Weiteres verneint werden. 5. 5.1

Es ist somit festzuhalten, dass eine zuverlässige Beurteilung des

Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgrund der vorliegenden Akten nicht möglich ist und sich der medizinische Sachverhalt

als ergänzungsbedürftig erweist. 5.2

Die Sache ist deshalb in Aufhebung der angefochtenen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese selber abklärt oder gutachterlich abklären lässt, ob beim Beschwerdeführer ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter somatischer und/oder psychischer

Gesundheitsschaden vorliegt. Danach hat sie über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu zu verfügen.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6.

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 unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 8. September 2014 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 Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Hurst
Kreyenbühl

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 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).

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