

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00481 vom 31. Oktober 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00481

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00481 du 31 octobre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00481 del 31 ottobre 2016

Erwägungen

E. 1

Der 1964 geborene X.____ absolvierte in Mazedonien eine Schneiderlehre (Urk. 8/25/1) , arbeitete seit 1988 in der Schweiz und war zuletzt mit einem Pensum von 100 % als Bauarbeiter B bei der Y.____ tätig (Urk. 8/14 /1-4) . Am 25. November 2011 meldete er sich unter Hinweis auf Herz- und Lungenbeschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/7) . Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse des Versicherten ab und zog insbesondere die Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 8/8) .

Am 14. Mai 2012 informierte sie ihn darüber , dass aufgrund seines Gesundheitszustandes aktuell keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 8/ 20). Mit Mitteilungen vom 3. April

2013 (Urk. 8/34) und 16. August 2013 (Urk. 8/49 -50) erteilte die IV Stelle Kostengutsprache für eine Abklärung vom 8. bis zum 19. April 2013 durch die

Z.____

(Schlussbericht vom 4.

Juni 2013 , Urk. 8/46)

sowie für die Betreuung durch die A.____

während der Dauer des Arbeitstrainings beim Verein B.____ vom 12. August 2013 bis zum 11. Februar 2014. Das Arbeitstraining wurde

unter Hinweis auf die tiefe und kaum steigerbare Leistungsfähigkeit des Versicherten per 31. Dezember 2013 vorzeitig beendet (Urk. 8/63).

Die IV-Stelle veranlasste in der Folge eine polydisziplinäre (Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie und Pneumologie) Begutachtung

durch die C.____

(Urk. 8/70 und Urk. 8/73; Expertise vom 2. September 2014, Urk. 8/76). Am 30. Oktober 2014 auferlegte

die IV Stelle dem Versicherten

eine

Schadenminderungspflicht

(Nikotinstopp , regel mässige CPAP [„ Continuous Positive Airway

Pressure “] -Therapie

und Gewichtsreduktion ;

Urk. 8/79) unter dem Hinweis, dass eine diesbezügliche Überprüfung im Rahmen der amtlichen Revision per 1. Oktober 2016 vorgesehen sei .

Mit Vorbescheid vom gleichen Tag (Urk. 8/81) stellte die IV Stelle unter Hinweis auf einen Invaliditätsgrad von 44 % die Zusprechung einer

Viertelrente mit Wirkung ab 1. Juli 2012 in Aussicht. Als Ersatz für diesen Vorbescheid erliess die IV-Stelle am 17. Dezember 2014 einen neuen Vorbescheid (Urk. 8/88), wobei sie bei einem unverändertem Invaliditätsgrad (44 %) eine Viertelrente ab 1. Januar 2014 in Aussicht stellte. Mit Verfügung vom 16. März 2015 (Urk. 2) sprach die IV-Stelle dem Versicherten

eine

Viertelrente

mit Wirkung ab 1. Januar 2014 zu.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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. 1.2

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

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

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

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 4. Mai 2015 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung vom 16. März 2015 (Urk. 2) sei aufzuheben und es sei ihm mit Wirkung ab 1. Juli 2012 eine halbe Rente zuzusprechen; eventuell sei die Sache zwecks weiterer Abklärungen und neuer Entscheidung über den Rentenanspruch an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 11. Juni 2015 (Urk. 7) schloss die Beschwerdegegnerin

auf Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführer reichte am 23. September 2015 die Replik (Urk. 12) ein, worauf die Beschwerdegegnerin am 27. Oktober 2015 auf das Einreichen einer Duplik verzichtete (Urk. 15).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung vom 16. März 2015 (Urk. 2) damit, dass der Beschwerdeführer gemäss Gutachten der C.____ vom 2. September 2014 in einer angepassten Tätigkeit zu 70% arbeitsfähig sei. Aus dem

Ein Kommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 44%, weshalb der

Beschwerdeführer Anspruch auf eine Viertelsrente

habe. Da er vom 8. April bis 31. Dezember 2013 IV-Taggelder bezogen habe, sei die Rente mit Wirkung ab 1. Januar 2014 auszurichten (S. 2). In der Beschwerdeantwort vom 11. Juni 2015 (Urk. 7) führte die Beschwerdegegnerin weiter aus, beim Beschwerdeführer habe durchgehend eine mindestens 70%ige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten bestanden, weshalb von einer durchgehenden

Eingliederungsfähigkeit

auszugehen sei und eine Rente vor Abschluss der Eingliederungsmassnahmen am 31. Dezember 2013 nicht in Frage komme (S. 1).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber (Urk. 1) auf den Standpunkt, der Rentenanspruch sei bereits am 1. Juli 2012 entstanden. An diesem Datum sei die sechsmonatige Wartefrist im Sinne von Art. 29 IVG abgelaufen. Er habe sodann nicht durchgehend vom 8. April bis 31. Dezember 2013 IV-Taggelder bezogen, sondern lediglich für die Zeit vom 8. bis 19. April 2013 und vom 12.

August bis 31. Dezember 2013. Da er zudem nicht einmal beim Verein B.____

reüssiert habe, sei seine Eingliederungsfähigkeit fraglich (S. 4-5, Urk. 12 S. 2). Im Weiteren vermöge das C.____-Gutachten betreffend die Arbeitsfähigkeit nicht zu überzeugen, weshalb nicht darauf abgestellt werden dürfe und die Sache zu weiteren medizinischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei. Schliesslich sei der von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Einkommensvergleichs vorgenommene

von 5% zu tief ausgefallen. Aufgrund des eingeschränkten Belastungsprofils, des Teilzeitpensums und der Fähigkeiten des Beschwerdeführers sei ein Abzug von 15% zu gewähren, woraus ein Invaliditätsgrad von 57% respektive der Anspruch auf eine halbe Rente resultiere (Urk. 1)

S. 9-10). 3.

3.1

Die Ärzte der Klinik für Kardiologie des

D. ___ stellten in ihrem Bericht vom 11. Mai 2012 (Urk. 8/ 24 /5-10) folgende Diagnosen (S. 1): - Belastungsdyspnoe NYHA III - aktuell: Koronarangiographie am 10.5.2012 - Ausschluss von Koronarstenosen - normale LV-Funktion - cardiac

index

E. 2.6

$l/(min \cdot m^2)$ - pulmonale Drucksteigerung (mPAP = 30 mmHg) - transpulmonaler Gradient

= 16 mmHg - transthorakale Echokardiographie 03/2012 Uster: normal grosser, septumhypertrophierter linker Ventrikel, LV EF 55-60 %, dilatierte Vorhöfe, diastolische Dysfunktion - CvRF : arterielle Hypertonie, Nikotinabusus , Diabetes mellitus Typ II, OSAS - chronische Bronchitis - relative Lungenüberblähung und erhöhte Atemwegswiderstände, formal keine obstruktive Ventilationsstörung - Nikotinabusus , kumuliert 30 py - Diabetes mellitus Typ 2 - OAD-Therapie - arterielle Hypertonie ED 2004 - Adipositas permagna (BMI 42 kg/m²) - obstruktives Schlafapnoe-Syndrom ED 04/2011 - Auto-CPAP-Therapie seit 08/2011 - aktuell nicht angewendet - chronisch-venöse Insuffizienz beidseitig - Erythrozytose , 10.5.2012 - aktuell sekundär, hypoxisch bedingt

Es wurde festgehalten , dass koronarangiografisch relevante Koronarstenosen als Ursache der Beschwerden ausgeschlossen seien. Die linksventrikuläre Pumpfunktion sei normal, es sei aber eine leichte pulmonale Drucksteigerung und eine tiefe arterielle Sättigung von 86 % eruiert. Für die Belastungsdyspnoe scheine vorwiegend die Adipositas permagna ursächlich zu sein (S. 1). 3.2

In seinem Bericht vom 16. Juni 2013 (Urk. 8/47/2) führte der damalige Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med.

E. ___ , FMH Allgemeine Innere Medizin, folgende Diagnosen auf: - hypertensive Herzkrankheit - Diabetes mellitus Typus II - Hypertonie - Hypercholesterinämie - Adipositas - Schlafapnoe-Syndrom

Der Arzt hielt fest, der Beschwerdeführer sei unter adäquater Medikation „am Rande der Kompensation“ und der kleinsten Anstrengung nicht gewachsen. Für eine Tätigkeit auf dem Bau sei er untauglich, für eine leichte, teilweise sitzende Arbeit bestehe indessen eine 50 % ige Arbeitsfähigkeit . Entsprechend sei von einer „AUF [Arbeits un fähigkeit] (seit langem) und bis auf weiteres von 50 66 % “ auszugehen. 3. 3

Dr. med. F. ___ , Assistenzärztin an der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und klinische Ernährung des

D. ___ , nannte in ihrem Bericht vom 1. Juli 2013 (Urk. 8/48) folgende Diagnosen: - Diabetes mellitus Typ 2 - unter OAD - Hb A 1c 6,5 % (10.12.2012) - Verdacht auf beginnende Polyneuropathie - arterielle Hypertonie ED 2004 - Adipositas permagna (BMI 42 kg/m²) - obstruktives Schlafapnoe-Syndrom ED 04/2011 - im Rahmen der Adipositas-Diagnose - Auto-CPAP-Therapie seit 08/2011, aktuell nicht angewendet - Belastungsdyspnoe NYHA III - wahrscheinlich multifaktoriell - chronische Bronchitis

(relative Lungenüberblähung und erhöhte Atemwegs widerstände, formal keine obstruktive Ventilationsstörung), Nikotinabusus, kum. 30 J - pulmonale Drucksteigerung (mPAP = 30 mmHG) ED 05/2012 - Dekonditionierung im Rahmen der Adipositas - Erythrozytose, 10.5.2012 - wahrscheinlich sekundär, hypoxisch im Rahmen des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms - chronisch-venöse Insuffizienz beidseitig

Die Ärztin wies darauf hin, dass aus endokrinologischer Sicht kein Grund für eine IV-Berentung bestehe. Das Hauptproblem des Beschwerdeführers sei dessen Adipositas, wobei sich eine deutliche Gewichtsreduktion auf sämtliche Diagnosen und die Arbeitsfähigkeit positiv auswirken würde. 3. 4

Die Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. G.____, FMH für Innere Medizin, hielt in ihrem undatierten Bericht (Urk. 8/66) fest, der Beschwerdeführer sei für leichte Arbeiten zu 50 % arbeitsfähig. 3. 5

3.5.1

Die Gutachter Dr. med. H.____, FMH für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. I.____, FMH für Kardiologie, und Dr. med. J.____, FMH für Lungenkrankheiten, nannten in ihrem von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen C.____ - Gutachten vom 2. September 2014 (Urk. 8/76/1-29) folgende Diagnosen (S. 24): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Verdacht auf chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) - Nikotinabusus - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - hypertensive Herzerkrankung - langjährige arterielle Hypertonie - konzentrische, septumbetonte linksventrikuläre Hypertrophie, EF 65 %, normale diastolische Funktion, leicht dilatierter linker Vorhof, grenzwertige grosse Aorta ascendens (40 mm) - obstruktives Schlafapnoe-Syndrom - Diabetes mellitus Typ II - Adipositas permagna - positive Familienanamnese für koronare Herzkrankheit - Apnoehypopnoesyndrom

Dr. I.____ hielt fest, dass als einziges kardiales Problem eine arterielle Hypertonie bestehe, die nicht immer optimal, aktuell unter regelmässiger medikamentöser Therapie jedoch befriedigend eingestellt sei. Es zeige sich als einziges eine septumbetonte konzentrische linksventrikuläre Hypertrophie, wobei relevante Begleiterkrankungen ausgeschlossen werden könnten. Die durchgeführte Ergometrie weise eine massiv eingeschränkte Belastbarkeit von 39 % der Soll-Leistung aus, wobei der Beschwerdeführer weder von Seiten der Herzfrequenz noch der Leistungsfähigkeit annähernd an seine Leistungsgrenze gestossen sei. Symptomatisch stünden eine Anstrengungsdyspnoe sowie

Thoraxschmerzen im Vordergrund, die teilweise belastungs- und lagerungsabhängig und deshalb nicht typisch für eine koronare Herzkrankheit seien, zumal sie bis zu einer Stunde andauern könnten. Besagte Beschwerden seien am ehesten im Rahmen der Adipositas permagna zu interpretieren.

Bei der Ergometrie sei ein Giemen pulmonal

aufgefallen, welches sich bei Belastung verstärkt habe (S. 17). Die kardiovaskulären Risikofaktoren erschienen betreffend den Blutzucker und den Blutdruck nicht optimal eingestellt, der Beschwerdeführer rauche weiterhin 6-7 Zigaretten pro Tag und die Adipositas sei unverändert deutlich vorhanden. Die limitierenden Beinbeschwerden seien bei normalen rechtsventrikulären Funktionen sicherlich nicht kardial zu erklären. Entsprechend bestehe eine knapp eingestellte arterielle Hypertonie ohne relevante Begleiterkrankung als einziges kardiales Problem. Aus kardiologischer Sicht sei der

Beschwerdeführer für jegliche Arbeiten, insbesondere auch für schwere körperliche Tätigkeiten, zu 100 % arbeitsfähig. Eine kardial begründete Arbeitsunfähigkeit habe auch in der Vergangenheit nie bestanden.

„Formal gesehen“ seien jedoch schwere körperliche Arbeiten bei entsprechender Adipositas permagna nur schwer vorstellbar. Die Prognose sei als ungünstig einzustufen, zumal die kardiovaskulären Risikofaktoren (Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Adipositas und Nikotinabusus) nur ungenügend behandelbar seien und das Schlafapnoe-Syndrom offenbar nicht konsequent behandelt werde. Entsprechend könnte sich die arterielle Hypertonie künftig weiter verschlechtern und es könnte sich ein Vorhofflimmern einstellen (S. 18). 3.5.2

Der Pneumologe

Dr. J. ___ führte aus, es bestünde

formal eine schwergradige Ventilationsstörung sowie ein rückenschlagabhängiges vorwiegend Hypopnoe-basiertes obstruktives Apnoehypopnoesyndrom. Die ausgeprägte nächtliche Sauerstoffdesaturation sei im Zusammenhang mit der durch die Adipositas bedingten respiratorischen Störung zu sehen. In der Vergangenheit könne

von einer Therapie des besagten Syndroms, insbesondere durch eine apparative Drucktherapie, nicht gesprochen werden

(S. 19 und S. 21 f.). Weiter hielt Dr. J. ___ fest, die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei

schwergradig eingeschränkt, wobei man das Ausmass bis heute nicht aussagekräftig objektivieren könne. Die Leistungseinschränkung sei wohl vorwiegend auf die durch die Adipositas bedingten Veränderungen sowie partiell auf eine COPD bedingte oder auch kardiale chronotrope Insuffizienz zurückzuführen. Die Spiroergometrie aus dem Jahre 2012 wies massive Mängel auf, weshalb eine wegweisende Beurteilung der Differentialdiagnose COPD/Adipositas nicht möglich sei (S. 22). Entsprechend empfahl Dr. J. ___ die Durchführung weiterer Untersuchungen, namentlich einer Spiroergometrie zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Des Weiteren seien künftig die Möglichkeiten einer verbesserten „Compliance“ betreffend Nikotinstopp, CPAP-Therapie und Gewichtsreduktion anzugehen. Der Gutachter empfahl eine erneute Beurteilung mit Fragestellung der Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit in einem Jahr. Er führte weiter aus, die Untersuchungsergebnisse deuteten auf eine deutlich eingeschränkte Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Adipositas hin. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe zeitlich nicht, ansonsten seien seit dem 8. Juli 2011 schwere körperliche Arbeiten und Tätigkeiten mit atemwegsreizenden Stoffen und andauernder Kälte und Nässe zu vermeiden (S. 23). Die Prognose hänge von der „Therapiecompliance“ des Beschwerdeführers ab (S. 24). 3.5.3

Aus gesamtmedizinischer Sicht hielten die Gutachter zusammenfassend fest, dass dem Beschwerdeführer schwere körperliche Tätigkeiten mit atemwegsreizenden Stoffen nicht mehr zumutbar seien und die Arbeitsfähigkeit für konstant mittelschwere Tätigkeiten aktuell nicht abschliessend beurteilt werden könne. Für leichte bis intermittierend mittelschwere Arbeiten bestehe sicherlich eine verwertbare „vollschichtige“ Arbeitsfähigkeit mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von ungefähr 30 % (erhöhter Pausenbedarf), wobei Schichtarbeiten aufgrund des Diabetes mellitus zu

vermeiden seien (S. 27 f.). 4. 4.1

Das polydisziplinäre Gutachten der C.____ vom 2. September 2014 (vgl. E. 3.5 hievorig) ist

umfassend und beruht auf den erforderlichen Untersuchungen. Es wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben (Urk. 8/76 S. 7-8 und S. 30-31) und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation und Zusammenhänge ein. Die Schlussfolgerungen der Gutachter sind in einer Weise begründet, dass sie nachvollzogen werden können. Der Gutachter Dr. I.____

legte schlüssig dar, dass einzig die Hypertonie auf eine kardiale Ursache zurückzuführen, diese jedoch unter regelmässiger medikamentöser Therapie befriedigend eingestellt sei. Die übrigen Beschwerden seien kardial nicht zu erklären, weshalb der Beschwerdeführer aus kardiologischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 8/76 S. 17-18).

Aus

pneumologischer Sicht beschrieb Dr. J.____, dass die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Rahmen der Adipositas seit dem 8. Juli 2011 schwergradig eingeschränkt sei beziehungsweise schwere körperliche Arbeiten und Tätigkeiten mit atemwegsreizenden Stoffen und andauernder Kälte und Nässe zu vermeiden seien (S. 23). In gesamtmedizinischer Hinsicht legen die Gutachter schliesslich nachvollziehbar dar, dass für leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten eine 70%ige Arbeitsfähigkeit vorliege (S. 27 f.). Das Gutachten erfüllt demnach die praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c), weshalb namentlich auch bezüglich der Arbeitsfähigkeit darauf abzustellen ist. 4.2

An dieser Beurteilung vermögen die Berichte des D.____ vom 11. Mai 2012 und vom 1. Juli 2013 (vgl. E. 3.1 und E. 3.3

hievorig) nichts zu ändern. Die darin gestellten Diagnosen stimmen mit jenen der C.____-Gutachter überein (vgl. E. 3.5

hievorig); davon abgesehen äusserten sich die Ärzte des D.____ nicht zur Arbeitsfähigkeit.

Der Hausarzt Dr. E.____ machte in seinem Bericht vom 16. Juni 2013 (vgl. E. 3.2

hievorig) unklare Angaben betreffend

das Leistungsvermögen; für leichte, im Sitzen auszuführende Arbeiten ging er einerseits von einem 50%igen Pensum aus und postulierte andererseits eine Arbeitsunfähigkeit von 50 bis 66%. Dr. G.____ belieess es bei einem pauschalen und nicht weiter begründeten Hinweis auf eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (vgl. E. 3.4 hievorig). Insoweit darf der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE

135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Der Arzt der Z.____, Dr. med. K.____, FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumatologie, hielt in seiner Stellungnahme vom 4. Juni 2013 (Urk. 8/46) zur

medizinischen Situation fest, dass internistische Erkrankungen „berufsbezogen einschränkend im Vordergrund“ sind und verwies dabei auf den Bericht des D.____ vom 11. Mai 2012 (vgl. E. 3.1 hievore) respektive auf die darin genannten Befunde, namentlich die Belastungsdyspnoe NYHA III sowie die chronische Bronchitis, was indes nichts daran ändert, dass auf das C.____-Gutachten abzustellen ist, welchem insbesondere die fachärztlichen Untersuchungen des Kardiologen Dr. I.____ sowie des Pneumologen Dr. J.____

und eine medizinische Gesamtbeurteilung zugrunde liegen. 4.3

Der Beschwerdeführer wies darauf hin, dass

die wie

von den C.____-Ärzten attestierte 70%ige Arbeitsfähigkeit keine Invalidität begründe, was den Gutachtern bekannt sein dürfte (Urk. 1 S. 7). Soweit er damit

sinngemäss zum Ausdruck bringen

wollte, die Gutachter seien nur deshalb von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen, weil sie einen Rentenanspruch verneinen wollten, geht dieser Einwand fehl. Sowohl der Kardiologe Dr. I.____ wie auch der Pneumologe Dr. J.____

legten nachvollziehbar dar, weshalb der Beschwerdeführer namentlich gestützt auf die von ihnen erhobenen Befunde in einer angepassten Tätigkeit zu 100% respektive zu 70% arbeitsfähig ist (Urk. 8/76 S. 16-18 und S. 20-23).

Entsprechend überzeugt auch der Hinweis nicht, die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei nicht nachvollziehbar begründet (Urk. 1 S. 8), zumal es der Beschwerdeführer beim pauschalen Einwand belässt

und er

nicht näher ausführt, weshalb die Beurteilung der Gutachter nicht plausibel

sein soll. Der blosse Umstand, dass im Z.____-Bericht von einer geringeren Arbeitsfähigkeit ausgegangen wird als im C.____-Gutachten reicht für sich allein nicht aus, um die in sich schlüssige umfassende gutachterliche Einschätzung umzuwerfen. Dies insbesondere auch im Hinblick auf den genannten Umstand, dass der Z.____-Arzt nicht in Kardio- und Pneumologie spezialisiert ist (vgl. E. 4.2 hievore). Gleiches gilt betreffend die Behauptung des Beschwerdeführers, die Gutachter hätten namentlich den Bericht der Z.____ und des Vereins B.____ vom 28. Oktober 2013 (Urk. 8/59) nur ungenau studiert und zitiert (Urk. 1 S. 8). Der Bericht des Vereins B.____ lässt zudem keine Rückschlüsse auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu, zumal er nicht von einer Arztperson (sondern vom Leiter Lager und Transport des Vereins) verfasst wurde und die darin erwähnten Defizite des Beschwerdeführers nicht im Zusammenhang mit dessen körperlichen Beschwerden stehen (vgl. beispielsweise die Bemerkungen betreffend Selbständigkeit-, Zuverlässigkeit- und Lernfähigkeit sowie Arbeitsqualität [Urk. 8/59 S. 1 und Urk. 8/57/2]; vgl. auch Urk. 1 S. 6). Dies gilt gleichermassen für

die Hinweise der zuständigen Person vom

A.____ betreffend die gesundheitlichen Einschränkungen

des Beschwerdeführers (Urk. 8/62 S. 8, vgl. auch Urk. 1 S. 6). Bei dieser Sachlage besteht kein Anlass für weitere

medizinische Abklärungen (Urk. 1 S. 9, antizipierte Beweiswürdigung ; BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 157 E. 1d). 4.4

Nach dem Gesagten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig ist ; dies bei vermehrtem Pausenbedarf vollschichtig umsetzbar. 5. 5.1

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 ausgleichender 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). 5. 2

Bei der

Festlegung des Valideneinkommens ging die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 16. März 2015 (Urk. 2) vom zuletzt bei der Y.____ erzielten und auf das Jahr 2011 hochgerechneten Verdienst von Fr. 72' 871 . 50 aus (S. 3; vgl. auch Urk. 8/14/1-3 S. 2 Ziff. 2.10). Bezüglich des Invalideneinkommens gelangte sie ausgehend von der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Jahres 2010

und angepasst an die Lohnentwicklung bis ins Jahr 2011 zu einem Wert von Fr. 61'311.50. Unter Berücksichtigung eines Arbeitspensums von 70 % sowie eines Tabellenlohnabzugs von 5 % aufgrund des Teilzeitpensums ermittelte die Beschwerdegegnerin ein Invalideneinkommen von Fr. 40'772.15, was einem Invaliditätsgrad von 44 % entspricht (Urk. 2 S. 4). 5. 3

5.3.1

Was die Ermittlung des Valideneinkommens anbelangt, ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten (nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten) Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre . Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1) . 5. 3.2

Dem Kündigungsschreiben der Y.____ vom 26. Mai 2011 (Urk. 8/14/8) lässt sich entnehmen, dass das Arbeitsverhältnis mit dem Beschwerdeführer aus wirtschaftlichen Gründen respektive infolge einer Umstrukturierung und Neuausrichtung des Betriebs aufgelöst wurde .

Die Kündigung wurde zudem mehr als sechs Wochen vor der erstmaligen ärztlichen Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers am 13. Juli 2011 (Urk. 8/20) ausgesprochen. Bei dieser Sachlage ist davon auszugehen, dass die Kündigung unabhängig vom Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung erfolgte und die bisherige Tätigkeit auch ohne Gesundheitsschaden nicht fortgesetzt worden wäre. Entsprechend ist bei der Ermittlung des Validen Lohns nicht auf den bei der Y.____ erzielten Verdienst abzustellen, sondern es

sind

die Tabellenlöhne der LSE heranzuziehen.

Nachdem die angefochtene Verfügung (Urk. 2) am 16. März 2015, und damit nach dem 2. Oktober 2014 (Stichtag für die Anwendung der LSE 2012)

organisiert ist, ist auf die LSE des Jahres 2012 abzustellen (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und IV-Rundschreiben Nr. 328 vom 22. Oktober 2014). Der Beschwerdeführer war seit seinem Lehrabschluss im Jahre 1981 bis August 2011 als Bauarbeiter tätig (Urk. 8/44 S. 1), weshalb bei der Ermittlung des Valideneinkommens auf den monatlichen Bruttolohn männlicher Arbeitskräfte in einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art im Baugewerbe in der Höhe von Fr. 5'430.-- (LSE 2012, TA1, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Ziff. 41-43 Baugewerbe, Kompetenzniveau 1, Männer) abzustellen ist. Bereinigt um die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7

Stunden im Jahr 2012 (BFS, T 03.02.03.01.04.01

Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche)

resultiert ein

Validenlohn von Fr. 67'929.-- (Fr. 5'430.-- / 40 x 41.7 x 12) . 5. 4

5. 4 .1

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes 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 der LSE herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/ aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1; ferner BGE 142 V 178 zur LSE 2012 und deren Unterschiede zur LSE 2010). 5. 4 .2

Der Beschwerdeführer hat seit der Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch die

Y.____

per Ende August 2011 (Urk. 8/14/8)

keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen

(Urk. 8/82 S. 1). Das Invalideneinkommen ist demzufolge gestützt auf die Tabellenlöhne der LSE 2012 (vgl. E. 5.3.2 hievore)

zu ermitteln.

Unter Berücksichtigung des Umstands, dass dem Beschwerdeführer gemäss dem C.____-Gutachten nur noch leichte bis intermittierend mittel schwere Arbeiten zu 70 % zumutbar sind (vgl. E. 3.5 und E. 4.1

hievore), ist zur Bestimmung des Invaliden einkommens auf den monatlichen Bruttolohn für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art männlicher Angestellter (LSE 2012, TA1, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenz niveau und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Kompetenz niveau 1, Männer) im Umfang von Fr. 5'210.-- abzustellen.

Bereinigt um die betriebsüblichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2012 (BFS, T 03.02.03.01.04.01

Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche)

resultiert ein Wert von Fr. 65'177.-- (Fr. 5'210.-- / 40 x 41.7 x 12), was bei

einer 70 % igen Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 4.4 hievore) ein em

Betrag von Fr. 45'624.--

entspricht . 5. 4 .3

Zum behinderungsbedingten Abzug vom Tabellenlohn hielt das Bundesgericht fest, dass die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohnes führt, weil der Tabellenlohn im tiefsten Niveau bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung geht mit Blick auf den allein massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG; BGE 134 V 64 E. 4.2.1) davon aus, dass dieser auch Stellen umfasst, welcher Versicherten mit eingeschränkten Belastungsprofilen beziehungsweise spezifischen Anforderungen an einen Arbeitsplatz gerecht werden, weshalb solche Einschränkungen grundsätzlich nicht abzugsrelevant sind (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_176/2012 vom 3. September 2012 E. 8). Dem Beschwerdeführer sind jedenfalls leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten ohne atemwegsreizende Stoffe und ohne andauernde Kälte respektive Nässe vollschichtig zumutbar, dies mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von ungefähr 30 % zufolge erhöhten Pausenbedarfs, wobei Schichtarbeiten aufgrund des Diabetes Mellitus zu vermeiden sind. Damit kann entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (und auch unter Mitberücksichtigung dessen, dass er offenbar weder über feinmanuelle Fertigkeiten noch über Computerkenntnisse verfügt) nicht gesagt werden, der als ausgeglichen unterstellte allgemeine Arbeitsmarkt halte keine genügende Anzahl an entsprechenden Arbeitsmöglichkeiten offen.

Praxisgemäss ist unter dem Titel „Beschäftigungsgrad“ kein Abzug gerechtfertigt, weil die 70%ige Arbeitsfähigkeit hier vollschichtig umsetzbar (E. 3.5.3 und E. 4.4 hievore) ist (vgl. dazu etwa Bundesgerichtsurteile 8C_740/2014 vom 11. Februar 2015 E. 4.5 und 8C_7/2015 vom 7. April 2015 E. 5.2.3). Sodann wurde der geltend gemachte vermehrte Pausenbedarf bereits bei der Reduktion der Arbeitsfähigkeit (auf 70 %) berücksichtigt. Da Hilfsarbeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt werden, wirkt sich der Faktor Alter nicht (zwingend) lohnsenkend aus, und ausserdem erfordern einfache Tätigkeiten auch kein besonderes (Aus-)Bildungsniveau (vgl. etwa Bundes

gerichtsurteil 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.2 und E. 3.4.3).

5.5

Ein Abzug, der über den von der Verwaltung angenommenen 5 % (zu den Voraussetzungen des Eingreifens in das diesbezügliche Ermessen der Verwaltung BGE 137 V 71 E. 5.1) läge (d.h. maximal 10 %), würde zu einem Invalideneinkommen von Fr. 41'062.-- führen, woraus verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 67'929.-- eine Lohneinbusse von Fr. 26'867.-- und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 40 % (BGE 130 V 121) resultierte. Ein Abzug von 5 % ergäbe gar einen Invaliditätsgrad von unter 40 % (zum Grundsatz, wonach von der Möglichkeit einer reformatio in peius nur zurückhaltend Gebrauch zu machen ist vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_953/2010 vom 29. April 2011 E. 7.1).

Jedenfalls besteht kein Anspruch auf eine höhere als die verfügte Viertelsrente . 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Was schliesslich die strittige Frage eines Rentenanspruchs bereits ab 1. Juli 2012 (Ablauf des Wartejahrs) bis 31. Dezember 2013 (vgl. E. 2 hievore) betrifft, ist Folgendes zu bemerken:

E. 6.2

Der in der Invalidenversicherung geltende Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ bewirkt, dass die Rente grundsätzlich hinter einer Eingliederungsmassnahme beziehungsweise hinter dem damit verbundenen Taggeld zurücktreten muss und ein Rentenanspruch erst nach Beendigung der Eingliederungsmassnahmen entstehen kann (Art. 29 Abs. 2 IVG; BGE 126 V 243 E. 5). Vor der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen kann eine Rente nur dann gewährt werden, wenn die versicherte Person wegen ihres Gesundheitszustands (noch) nicht eingliederungsfähig ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_186/2009 vom 29. Juni 2009 E. 3.2 und BGE 121 V 190 E. 4 a und 4b).

Nachdem der Beschwerdeführer vom 8. bis 21. April 2013 und vom 12. August bis 31. Dezember 2013 IV-Taggelder bezogen hat (Urk. 8/39 und Urk. 8/51), die beruflichen Eingliederungsmassnahmen - insbesondere das Arbeitstraining beim Verein B.____ -

wegen der geringen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers vorzeitig beendet wurde (Urk. 8/63) und die C.____-Gutachter eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit dem 8. Juli 2011 attestierten (Urk. 8/76 S. 23), war der Beschwerdeführer seit dem genannten Zeitpunkt nicht eingliederungsfähig. Entsprechend steht ihm - mit Ausnahme der Perioden, in welchen er IV-Taggelder bezogen hat - mit Wirkung ab 1. Juli 2012 ein Anspruch auf eine Viertelsrente zu. 6.3

Zusammenfassend steht fest, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht eine Viertelsrente zugesprochen hat, diese jedoch ab 1. Juli 2012 (ausgenommen Perioden mit Taggeldbezug) auszurichten ist. In diesem Sinn ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen.

7.

7.1

Nachdem es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und sind die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen.

In der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) wurde der Beginn der Viertelsrente auf den 1. Januar 2014 angesetzt. Nachdem die Viertelsrente bereits

ab 1. Juli 2012 auszurichten ist (vgl. E. 6.3 hievor), obsiegt der Beschwerdeführer im hiesigen Verfahren teilweise und es sind die Gerichtskosten zu vier Fünfteln dem Beschwerdeführer und zu einem Fünftel der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Unter Berücksichtigung seines weitgehenden Unterliegens steht dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) von Fr. 300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt

des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 16. März 2015 insofern abgeändert, als festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer im Sinne der Erwägungen ab 1. Juli 2012 Anspruch auf eine Viertelsrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden zu vier Fünfteln

dem Beschwerdeführer und zu einem Fünftel der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Stephan Kübler -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - FUNDAMENTA
BVG-Gemeinschaftsstiftung Personalvorsorge AG - Bundesamt für Sozialversicherungen
sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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 Dreiviertels rente 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.