

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00643 vom 30. August 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-08-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00643

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00643 du 30 août 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00643 del 30 agosto 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1972, ist seit 1. Januar 2004 als Sachbearbeiter Polizeilicher Assistenzdienst bei der Y.____ tätig (Urk. 7/15 Ziff. 2.1 und 2.7). Am 26. September 2012 meldete er sich bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte im Zuge ihrer medizinischen Abklärungen unter anderem das polydisziplinäre Gutachten des Z.____ vom 13. Mai 2014 (Urk. 7/66) ein und stellte mit Vorbescheid vom 11. Juli 2014 in Aussicht, das Leistungsbegehren abzuweisen (Urk. 7/76). Nach dem der Beschwerdeführer am 11. September 2014 hiergegen Einwände erhob (Urk. 7/88; Einwanderergänzungen vom 29. September 2014, Urk. 7/92, und 9. Dezember 2014, Urk. 7/106) und weitere medizinische Berichte, insbesondere den Bericht

über die funktionsorientierte medizinische Abklärung (FOMA) des A.____ vom 5. Dezember 2014 (Urk. 7/105), eingereicht hatte, verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 8. Mai 2015 den Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 7/116

=

Urk. 2).

E. 1.1

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs.

E. 1.2

Der Beschwerdeführer machte geltend, er habe der Beschwerdegegnerin einen Bericht des behandelnden Psychiaters

vom 31. Oktober 2014 sowie das Gutachten des A.____

vom 5. Dezember 2014 eingereicht, auf welche die Beschwerdegegnerin nicht näher eingegangen sei (Urk. 1 Ziff. 18 S. 7).

E. 1.3

Die Beschwerdegegnerin hielt in der Verfügung vom 8. Mai 2015

(Urk. 2) zu den

Vorbringen des Beschwerdeführers, der Stellungnahme des ihn behandelnden Psychiaters vom 31. Oktober 2014 (Urk. 7/99) und des Berichts über die funktionsorientierte medizinische Abklärung (FOMA) durch das A.____ vom 5. Dezember 2014 (Urk. 7/105) fest, die vom Beschwerdeführer eingereichten ärztlichen Berichte sowie auch der Bericht der Vertrauensärztin der Pensionskasse seien geprüft worden, und es hätten diesen keine neuen medizinischen Aspekte entnommen werden können. Das Gutachten (des Z.____) sei umfassend und nachvollziehbar. Weitere Abklärungen seien nicht sinnvoll, da keine neuen Erkenntnisse zu erwarten seien. Die Befundlage sei deckungsgleich, dies werde auch im A.____-Gutachten bestätigt. Es seien aber vom A.____ kein Medikamentenspiegel gemessen und keine Testung auf Alkohol und Opiate durchgeführt worden. Damit sei die Compliance des Beschwerdeführers unverändert unklar. Auch wenn es sich um eine sekundäre Alkoholproblematik handeln sollte, stehe dieses Thema im Vordergrund. Aus diesem Grund werde der Beschwerdeführer auf die Schadenminderungspflicht vom 11. Juli 2014 aufmerksam gemacht.

E. 1.4

In der Begründung setzte sich die Beschwerdegegnerin zwar lediglich mit den vom Beschwerdeführer eingereichten Berichten auseinander und nahm keine Stellung zu seinen Einwänden. Allerdings geht aus der Begründung klar hervor, dass die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt als genügend abgeklärt erachtet und an ihrer Einschätzung festhält. Die Verfügung vom 8. Mai 2015 ist daher hinreichend begründet. 2.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 8. Mai 2015 erhob der Versicherte am 10. Juni 2015 Beschwerde und beantragte, es sei ihm mit Wirkung ab 1. Januar 2015 eine halbe Rente zuzusprechen, eventuell sei die Sache zur neurologischen und psychiatrischen Begutachtung an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 13. August 2015 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 24. August 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

Am 11. März 2016 reichte der Beschwerdeführer Arzt- und Laborberichte (Urk. 10/1-4) ein (Urk. 9). Die Beschwerdegegnerin verzichtete, nachdem sie am 14. März 2016 hierzu aufgefordert worden war (Urk. 11), am 15. April 2016 auf eine Stellungnahme (Urk. 12).

Am 25. Juli 2016 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht über Drogentests (Urk. 15) ein (Urk. 14), welcher der Beschwerdegegnerin am 26. Juli 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 16). Am 12. August 2016 reichte der Beschwerdeführer erneut Bericht über Drogen-, Alkohol- und Medikamententests (Urk. 18/1-2) ein (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 2.2

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. 2.3

Die im Bericht der A.____ (E. 4.7) gestellten Diagnosen und Befunde sind weitgehend identisch mit denjenigen im neurologischen Teilgutachten (E. 4.4.2). Die im Rahmen der EFL beobachtete Verminderung der Feinmotorik beider Hände, das verminderte Gleichgewicht und der intensiv verstärkte Tremor rechtsbetont stimmen mit den Schilderungen im neurologischen Teilgutachten überein. Auch der Z.____-Gutachter war der Ansicht, dass der sich unter emotionaler Belastung (zum Beispiel beim Kundenkontakt) verstärkende Tremor psychisch belastend sein könne, so dass entsprechende Expositionen zumindest problematisch seien. Die EFL ergab, dass die funktionelle Leistungsfähigkeit konsistent war und der Beschwerdeführer eine gute Leistungsbereitschaft zeigte, wobei allerdings dem Beschwerdeführer auch im Z.____-Gutachten keine Inkonsistenzen oder gar Aggravation vorgeworfen wurden.

Die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Z.____-Teilgutachten und im A.____-Bericht gründet darauf, dass sich die Experten

der A.____

den Arbeitsalltag und die Tätigkeit als Hilfspolizist vom Beschwerdeführer beschreiben liessen. Obwohl die Experten versichern, dass die Arbeitsanamnese durch ihre persönliche Erfahrung im Zusammenhang mit der arbeitsmedizinischen Betreuung von Polizeidiensten in mehreren Kantonen gestützt werde (Urk. 7/105 S. 7 oben), ist nicht ersichtlich, dass die Gutachter Auskünfte über die konkrete Arbeit des Beschwerdeführers bei der Arbeitgeberin eingeholt haben, weshalb der Eindruck entsteht, dass in der Beschreibung der Anforderungen an die Tätigkeit des Beschwerdeführers doch subjektive Elemente enthalten sind. Dieser Eindruck wird insbesondere durch die Aussage untermauert, dass bezüglich beruflicher Eingliederung der gleiche Arbeitsplatz, aber in reduziertem Pensum empfohlen wird, obwohl aufgrund der Arbeitsanamnese 2/3 des Dienstes aus „Aussendienst“ mit Fusspatrouillen, Streifendienst, Verkehrskontrollen und –regelung besteht, worin die A.____ Experten

den Beschwerdeführer als zu 70 % eingeschränkt erachteten, ihm aber in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestierten (Urk. 7/105 S. 4). Der Hinweis, dass eine Eingliederung in eine andere (zu 100 % auszuübende) Arbeitstätigkeit ohne die positiven Effekte der Teamunterstützung, welche der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit erfährt, schwierig sein dürfte, wenn nicht sogar ganz unmöglich (Urk. 7/105 S. 5 unten), dürfte auf der Grundlage des Wunsches des Beschwerdeführers an

der bisherigen Stelle zu bleiben, ergangen sein.

Indessen kann offen bleiben, inwieweit der Beschwerdeführer in der ange stammten Tätigkeit in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, ergaben doch die durch das A.____ durchgeführten Tests, dass in Tätigkeit en mit seltenen Gewichts belastungen bis 40 kg, ohne hohe Anforderungen an das Gleichgewicht und an die Feinmotorik ,

k eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit besteht . Wie im Folgenden zu zeigen sein wird, könnte der Beschwerdeführer in einer ange passten Tätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen.

Von weitergehenden medizinischen Abklärungen kann, da davon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind, abgesehen werden. 6.

E. 2.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gege benenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person no ch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 2.5

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfü g baren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander wider sprechen den medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztbe richtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfas send 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 Schluss folgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grund sätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gut achten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 3.

E. 3

Satz 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betrof ene Person ihn gegebenen falls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbe

ständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinander setzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 75 E.

5b/ d d mit Hinweis, 118 V 56 E. 5b).

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Verneinung des Rentenanspruchs zusammengefasst damit, der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit bei der Y.____ zu 30 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Da die bisherige Tätigkeit optimal angepasst sei, entspreche die Arbeitsunfähigkeit auch dem Invaliditätsgrad. Bei einem Invaliditätsgrad von lediglich 30 % bestehe kein Rentenanspruch (Urk. 2 S. 2).

E. 3.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein (Urk. 1), das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten des Z.____ sei aus näher dargelegten Gründen nicht nachvollziehbar (S.

E. 3.3

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer derart in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, dass er Anspruch auf eine Rente hat. 4.

4. 1 4.1.1

Laut Arztbericht von Dr. med. B.____, Facharzt für Neurologie, vom 6. Dezember 2012 (Urk. 7/22/1-5) liegen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (Ziff. 1.1): - Krampf- Faszikulations -Syndrom - Aktionstremor gemischter Ätiologie, enhanced physiologisch und essen tiell - ADHD

Vor drei bis vier Jahren sei langsam ein Zittern aufgetreten, zuerst der rechten, dann der linken Hand und sich ausdehnend zu den Armen . Im Verlauf sei auch die Stimme betroffen worden . Zusätzlich seien sich intensivierende Krämpfe im Bereich der Waden, der Oberschenkel , der ganzen Beine mit Beeinträchtigung der Schlafqualität, muskulärer Ermüdung und vermehrter Transpiration aufgetreten. Im Alltag bestehe eine Behinderung durch die zunehmende muskuläre Ermüdung, im Tragen der schweren Polizeiausrüstung , durch das Zittern der Stimme vor allem im Umgang mit den Kollegen und den Klienten, durch das Zittern der Hand, durch die Ermüdbarkeit als Nebenwirkung der Medikamente und durch einen erhöhten Erholungsbedarf . Durch die aktuelle Therapie mit Revo tr il habe eine gewisse Stabilisierung der Symptome erreicht werden können. Es sei nicht wahrscheinlich, dass durch medikamentöse Massnahmen eine relevante Verbesserung der Beschwerden erreicht werden könne (Ziff. 1.4) . In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % . Der Beschwerdeführer sei in der Lage, ein 8 1/2stündiges Arbeitspensum am Stück auszu üben, benötige aber danach eine entsprechende Erholungszeit. Eine Beschäftigung im Polizeischichtbetrieb sei weiterhin möglich (Ziff. 1.7) . 4.1.2

Im Bericht vom 29. Mai 2013 (Urk. 7/40) nannte Dr. B.____ neben den bereits gestellten Diagnosen zusätzlich eine Depression (S. 1) . Auch unter Topiramate habe nur eine minimale Besserung der Faszikulationen erreicht werden können. Von Seiten des essentiellen Tremors habe man über die letzten vier Jahre den Eindruck gewonnen, dass es zu einer Progredienz gekommen sei. Eine höhere Dosierung des Topiramate pro Tag werde

vom Beschwerdeführer aufgrund einer zunehmenden Müdigkeit nicht vertragen. Im aktuellen Verlauf und angesichts der aktuellen Befunde sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit als Hilfspolizist auf ein Pensum von über 50 % nicht realistisch und dürfte auch im Rahmen einer anderen ähnlichen Tätigkeit nicht realisierbar sein. Mittelfristig werde bei der dokumentierten Krankheitsprogredienz sowohl des Tremors als auch der invalidisierenden Faszikulationen eine weitere Reduktion des Arbeitspensums auf 30 % zu diskutieren sein (S. 2) . 4. 2

Dr. med. C.____, Fachärztin für Kardiologie und Innere Medizin, stellte im vertrauensärztlichen Bericht zuhanden der Pensionskasse vom 5. Dezember 2012 (Urk. 7/23) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2): - Cramp fasciculation

syndrome - progredienter essenzieller Tremor

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie folgende Diagnosen (S. 2): - adultes ADHD mit gutem Ansprechen auf Ritalin - gastrointestinale Refluxerkrankung - Status nach Ritalin-Behandlung wegen ADHD in der Kindheit Aufgrund der starken Unruhe mit Bewegungsdrang, dem Zittern, der Faszikulationen und der starken Einschlafstörungen habe der Beschwerdeführer vermehrt Alkohol konsumiert, welcher die Symptomatik gedämpft habe. Von Oktober bis November 2010 sei eine psychiatrische Betreuung durch die D.____ zwecks Alkoholentzugs erfolgt. Der Beschwerdeführer habe mit einer Verbesserung des Allgemeinbefindens, jedoch nicht der Faszikulationen reagiert (S. 4). Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in der bisherigen Tätigkeit. Mit einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne nicht gerechnet werden (S. 8). Der Beschwerdeführer möchte die Tätigkeit als Hilfspolizist unbedingt weiterführen. Eine „angepasste“ Tätigkeit führte eher zu einer Destabilisierung des aktuellen Gesundheitszustandes (S. 9). 4. 3

Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Bericht vom 6./7. Mai 2013 (Urk. 7/37) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Tremor, essentiell - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (Ziff. 1.1): - Hyperaktivitätsstörung mit Defizit, Aufmerksamkeit (F90.0) - gastrointestinal Refluxerkrankung

Es bestünden keine kognitiven Störungen, keine formale oder inhaltliche Denkstörungen und keine Wahnsymptomatik. Die Stimmung sei gedrückt. Der Beschwerdeführer habe Zukunftsängste in Bezug auf seinen Beruf als Polizist (Ziff. 1.4). Die Arbeitsfähigkeit betrage seit September 2012 50 % (Ziff. 1.6). 4. 4 4 .1

Im

polydisziplinären Gutachten des Z.____

vom 13. Mai 2014 (Urk. 7/66) stellten Dr. F.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Dr. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. H.____, Facharzt für Neurologie,

folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 7 S. 47): - Halte- und Aktionstremor beider Hände, wahrscheinlich gemischt essentiell und verstärkt physiologisch - sonstige somatoforme Störung

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (Ziff. 8 S. 47 f.): - akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich-unsicheren und leistungs orientierten Anteilen - DD kombinierte Persönlichkeitsstörung - Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Alkohol; Status nach Alkoholabhängigkeitssyndrom - gefährlicher Gebrauch von Benzodiazepinen - gefährlicher Gebrauch von Opioiden - Krampf- Faszikulations-Syndrom - Hinweise auf einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung - Übergewicht (BMI 26.3) - Refluxkrankheit - ED anamnestisch im Kindesalter - Status nach Endoskopien von Oesophagus und Magen 1995 und 2010 - anamnestisch Status nach Nikotinabusus (circa 3 pack years) - anamnestisch Status nach Lithotripsie rechts 2010/2011 - Status nach Tonsillektomie im Kindesalter 4. 4 .2

Im neurologischen Teilgutachten erwog Dr. H.____ (Ziff. 4.2.5-7), dass laut Eigenangaben und Aktenlage seit der zweiten Hälfte 2009 ein Zittern im Bereich beider Hände, welches sich im Laufe der Zeit akzentuiert habe, bestehe. Der Beschwerdeführer beschreibe dieses Zittern als beim Halten und Bewegen, aber nicht in Ruhe manifest, verstärkt bei Stress und nach körperlichen Anstrengungen, gebessert nach Alkoholkonsum und Ruhe. Bei der klinischen Untersuchung bestätige sich ein feinschlägiger Halte- und Aktionstremor beider Hände. Es bestehe nur eine diskrete Intentionskomponente im Finger-Nasen-Versuch. Auffallend sei auch eine Unsicherheit bei erschwerten Stand- und Gangversuchen, ungerichtet, wobei die diesbezügliche Beurteilung wegen schmerzhaften Warzen an der Planta

pedis beidseits zum Untersuchungszeitpunkt erschwert gewesen sei. Die Kombination eines Halte- und Aktionszitterns mit einem leichten cerebellären Syndrom spreche für das Vorliegen eines essenziellen Tremors. Erwähnenswert sei die ausgeprägte vegetative Dystonie im Sinne einer Hyperhidrosis am ganzen Körper, was dafür spreche, dass auch ein verstärkter physiologischer Tremor vorliegen könnte. Insgesamt sei von einem gemischten Halte- und Aktionstremor auszugehen, mit einer verstärkten physiologischen und einer essentiellen Komponente (S. 25 f.) .

Etwas im Anschluss an den Tremor seien auch unwillkürliche Muskelzuckungen vor allem in den Waden aufgetreten, später gefolgt von Krämpfen. Auch aktuell liessen sich klinisch kontinuierlich Faszikulationen vor allem in der Waden- und etwas weniger in der dorsalen Oberschenkelmuskulatur beobachten. Diesbezüglich erwähnenswert sei, dass mehrere ausgedehnte elektrodagnostische Untersuchungen keine Hinweise in Richtung einer akuten oder chronischen Denervation ergeben hätten, so dass diese Faszikulationen formal als „benigne“ zu beurteilen seien. Die Kombination mit häufigen Krämpfen mache es plausibel, dass ein sogenanntes Krampf- Faszikulations-Syndrom (cramp

fasciculation

syndrome) vorliege, wobei dieses wie der Name sage, aus Faszikulationen und Krämpfen bestehe und auch häufig mit Schmerzen und Müdigkeit respektive einer Muskelsteife verbunden sei. Hinweise auf ein anderweitiges Hyperexzitabilitäts-Syndrom des peripheren Nervensystems hätten sich keine ergeben, weder elektrodagnostisch noch labormässig (insbesondere liege offenbar keine Neuroomyotonie vor; S. 26).

Der Halte- und Aktionstremor führe zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, bei feinmotorischen Tätigkeiten bestehe eine Behinderung. Die emotionale Komponente (zum Beispiel beim Kundenkontakt) verstärke den Tremor und könne auch psychisch belastend sein, so dass entsprechende Expositionen zumindest problematisch seien. Aus dem

Vorliegen einer vegetativen Dystonie per se könne aber aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Bezüglich des Krampf-Faszikulations-Syndroms seien die gehäuften Krämpfe zu nennen und auch eine gewisse Irritation in Ruhe auf Grund der konstant vorhandenen Faszikulationen. Eine eigentliche Arbeitsunfähigkeit resultiere daraus aber nicht

(S. 27) . 4. 4 .3

Laut Dr. G.____ (Ziff. 4.3.5), erreiche die Persönlichkeitsakzentuierung, differentialdiagnostisch kombinierte Persönlichkeitsstörung, nicht ein Ausmass, welches dem Beschwerdeführer nicht ermöglicht habe, sich sowohl beruflich wie auch privat und beziehungs-mässig adäquat zu positionieren. Ohne Kenntnisse der anderntags begutachtenden Internistin gegenüber gemachten Angaben wäre die Differentialdiagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung nicht möglich gewesen. Es stehe eine Persönlichkeitsakzentuierung, und nicht die Differential diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Vordergrund (S. 40) .

Vor familiärem Hintergrund mit vermehrtem Alkoholkonsum bestehe eine zunehmende Entwicklung einer zirka 1996 einsetzenden Alkoholproblematik, die mit einem einmaligen ambulanten Alkoholentzug mit sechsmonatigem Einsatz von Antabus behandelt worden sei. Aktuell lasse sich das Ausmass der Alkoholproblematik nur schwer bestimmen. Entsprechend sei die Diagnose eines Status nach Alkoholabhängigkeit (F10.2) und die Verdachtsdiagnose eines schädlichen Gebrauchs von Alkohol (F10.1) gestellt worden. Anlässlich der Begutachtung sei der Gamma-GT-Wert deutlich erhöht gewesen, der CD-Transferrin-Wert habe sich im Normbereich befunden (S. 41) .

Bei einer selbst gewünschten Rivotril-Medikation sei im Zusammenhang mit der allgemeinen Suchtgefährdung die Diagnose eines gefährlichen Gebrauchs von Benzodiazepinen (Rivotril, Xanax,

Temesta) zu stellen. So wohl im Urin als auch im Blut seien die Benzodiazepin-Werte negativ gewesen (S. 41) .

Komplex zu begründen seien der Tremor und die Zeichen der vegetativen Dystonie. Einerseits dürften diese Beschwerden aus psychiatrischer Sicht in Zusammenhang mit dem Suchtverhalten und Entzug, andererseits in Zusammenhang mit den traumatisierenden Erfahrungen am Arbeitsplatz sowie den Problemen mit dem Kauf der Eigentumswohnung stehen. Diesbezüglich sei die Diagnose einer sonstigen somatoformen Störung zu stellen (F45.8 ; S. 41 f.).

Der Beschwerdeführer zeige ein deutliches Ausmass an Somatisierung und sei nur begrenzt in der Lage, einerseits Bezüge zur Suchtanamnese im Hinblick auf die Tremor/Dystonie-Beschwerden beziehungsweise zu den traumatisierenden Umstände am Arbeitsplatz und andererseits zu IV-fremden Faktoren wie der Problematik mit der Eigentumswohnung herzustellen. Er habe sich bei insgesamt eher ängstlich-unsicher leistungsorientierter Gesamthaltung vor allem zu Beginn der Exploration in einer gewissen Bedrücktheit befunden, eine depressive Verstimmung könne jedoch nicht nachgewiesen werden. Der Beschwerdeführer zeige eine weiche Emotionalität mit einer adäquaten Stimmungsmodulation mit auch lächelnder Aufhellung zum Beispiel bei der Prüfung der Mnestik. Er zeige einen spontanen Antrieb, eine vorerst etwas reservierte Psychomotorik, die sich aber im Verlauf der Exploration gut verflüssige und aufhelle, und aus geprägte Kratzspuren am

linken Oberarm und an den Beinen. Er zeige phasenweise einen Gesichtstremor, weiter beobachtbar sei ein Handtremor und Schweißflecken unter den Achseln. Kognitive Störungen könnten nicht nachgewiesen werden. Es lägen gewisse diffusere Ängste in Bezug auf die berufliche Entwicklung vor, eine Angststörung könne nicht nachgewiesen werden. Psychotisches oder psychogenes Erleben und Verhalten könnten nicht beobachtet werden. Das Bewusstsein und die Orientierung seien erhalten. Es bestünden Verhaltensauffälligkeiten mit einer ängstlich-unsicheren Grundhaltung und Leistungsorientiertheit. Zwischenmenschlich stehe der Beschwerdeführer in langjähriger tragfähiger Ehe, pflege einen intensiven Kontakt zur Tochter, stehe in freundschaftlicher Beziehung zu einem Kollegen, den er seit 20

Jahren kenne, habe gute Kontakte zur Herkunftsfamilie und gute, kollegiale Kontakte an der Arbeitsstelle sowie unauffällige Beziehungen zu den Vorgesetzten. Er habe Freude an seiner Tochter, die er auch coacht, an seinem Beruf und an Technik, pflege die Homepages des Karatevereins der Tochter sowie des väterlichen Geschäfts, interessiere sich allgemein für Gesetzgebung und im Besonderen mit Bezug zu seiner Arbeit, koche gerne und verfolge mit Interesse zum Beispiel Dokumentationsendungen über geschichtliche und geographische Themenbereiche am Fernseher (S. 42 f.). 4.4.4

Aus polydisziplinärer Sicht

äusserten sich die Experten zur Arbeitsfähigkeit

dahin gehend (Ziff. 10-11), dass die bisherige und aktuelle Tätigkeit diejenige im Assistenzdienst der Polizei sei. Es handle sich dabei laut Angaben des Beschwerdeführers um einen waffenlosen Einsatz sowohl im Büro als auch im Aussendienst. In dieser Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zeitlich voll arbeitsfähig mit einem um 30% reduzierten Rendement. Diese Verminderung ergebe sich aus einem erhöhten Zeitbedarf vor allem bei feinmanuellen Tätigkeiten wie Schreiben (sowohl von Hand wie am PC). Gegebenenfalls könnten gewisse Anpassungen am Arbeitsplatz notwendig sein bezüglich speziell den Tremor verstärkenden Situationen. Hierbei sei an die Angabe des Beschwerdeführers zu denken, dass die Beschwerden beim Verkehrsdienst angefangen hätten. Die aktuelle Tätigkeit sei adaptiert, der Tremor wirke sich bei sämtlichen manuellen Tätigkeiten aus (S. 56). 4.5

In seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 10. September 2014 (Urk. 7/91/56) wies

Dr. B. ___ darauf hin, dass die Beschwerden und klinischen Symptome kohärent, das heisse, stabil seien. Hinweise für eine Aggravation, auch psychiatrisch, habe er nicht objektivieren können. Fakt sei, dass der Beschwerdeführer durch den Tremor bei der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit erheblich beeinträchtigt werde. Aufgrund dieser Beeinträchtigung benötige er eine Therapie zur Besserung des Tremors, was nach verschiedenen Therapieversuchen mit sämtlichen für diese Indikation zugelassenen Medikamenten ausser mit Rivotril nicht erreicht werden können.

Auch wenn eine alleinige neurologische Diagnose, welche sämtliche Symptome erkläre, nicht vorliege, habe durch eine symptomatische Therapie keine relevante Verbesserung des Zustandes erreicht werden können, sondern es habe sich eine stetige Verschlechterung der Symptome gezeigt. Die im Gutachten attestierte volle Arbeitsfähigkeit mit einem Rendement von 70% sei mit seiner Beurteilung nicht kompatibel und sei mit der klinischen Realität nicht vereinbar. 4.6

Dr. E.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2014 zum Gutachten fest (Urk. 7/99), zur Erfassung der Schwere der depressiven Symptomatik im klinischen Bereich sei während der ersten Sitzung das international anerkannte „Beck Depressions Inventar“ ausgefüllt worden. Der Beschwerdeführer habe 43

Punkte erreicht, was einer schweren depressiven Störung entspreche. Trotz der ausgeprägten depressiven Symptomatik habe er weiterhin zu 50 % arbeiten wollen. Er habe bei der Arbeit viel Bestätigung und Unterstützung durch die Kollegen erhalten, was sich positiv auf die Depression auswirke (S. 1) .

Eine Person mit einer Persönlichkeitsstörung sei kaum in der Lage, bei der Y.____ seit 10 Jahren ein aktiver und geschätzter Beamter zu sein. Die im Gutachten gestellte Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sei absurd (S. 2) .

Der Alkoholkonsum im Jahr 2010 sei im Zusammenhang mit dem Tremor erfolgt und der Beschwerdeführer habe aus eigenem Antrieb einen Entzug gemacht und trinke nur noch gelegentlich ein Bier, welches auf den Tremor keine Auswirkung habe. In der Behandlung habe er keine diesbezüglichen Auffälligkeiten bemerkt. Die Argumentation des Gutachters, der Beschwerdeführer habe den essentiellen Tremor aufgrund seines Trinkverhaltens selber verschuldet, sei wissenschaftlich als auch logisch unschlüssig, zumal der Beschwerdeführer seit 2010 nicht mehr trinke und keine Verbesserung des Tremors eingetreten sei, sondern sich dieser verschlimmert habe (S. 2 f.) . 4. 7

Im Gutachten des A.____ vom 5. Dezember 2014 (Urk. 7/10 5) stellten PD Dr. med. I.____ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Facharzt für Rheumatologie , und J.____ , Physiotherapeut, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 2): - idiopathische Faszikulationen , Krämpfe und essentieller Tremor, zusätzlich verstärkt physiologischer Tremor - therapieresistent auf sämtliche medikamentöse Therapieversuche - verbesserte Hyperhidrosis nach Iontophorese, aber persistierende Hyperhidrosis

axillär sowie plantar

Als Diagnosen mit unklarer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S.

2): - adultes ADHD (gemäss Einschätzung Psychiater) - Status nach schwerer depressiver Episode (gemäss Einschätzung Psychiater)

Weiter nannten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2): - Status nach erhöhtem Alkoholkonsum, abhängig, wahrscheinlich sekundär - Refluxkrankheit - leichte Adipositas (BMI 26.6 kg/m²)

Im Rahmen der Prüfung der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit habe der Beschwerdeführer bei guter Leistungsbereitschaft und Konsistenz funktionell eine deutliche Verminderung der Feinmotorik beider Hände, ein vermindertes Gleichgewicht und ein konsistent beobachteter intensiver Tremor rechtsbetont, wie auch die nicht unterdrückbaren oder ablenkbaren

Faszikulationen gezeigt (S. 3).

Die vom Beschwerdeführer beschriebene angestammte Tätigkeit als Hilfspolizist bestehe zu zirka 2/3 der Arbeitszeit aus Aussendienst (Fusspatrouillen, Streifen dienst,

Verkehrskontrollen, Verkehrsregelung) und zu zirka 1/3 aus Innendienst (Rapporte schreiben).

Das Gehen bei den Fusspatrouillen sei möglich. Die Fahrtauglichkeit (Streifen dienst) könne nicht abschliessend beurteilt werden. Bei den Personenkontrollen (während Fusspatrouillen und Streifendienst) bereiteten folgende Aufgaben Mühe: Funken, Sichern, Leibesvisitation. Einzig die Aussensicherung sei nahezu uneingeschränkt möglich. Bei den Verkehrskontrollen sei das Schreiben von Bussenzetteln nur stark eingeschränkt und zum Teil gar nicht möglich (langsam, schlecht lesbar). Der Beschwerdeführer habe erhebliche Mühe beim Schreiben mit der Tastatur, weshalb er vermehrt Zeit bei der administrativen Arbeit benötige (S. 4).

Im Aussendienst sei die Arbeitsfähigkeit zu 70 % eingeschränkt. Die Tätigkeit im Innendienst sei aufgrund der deutlichen, objektivierbaren Verlangsamung beim Schreiben mit dem PC zu 50

% eingeschränkt. Daraus ergebe sich eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 35 . 66 %. Die aktuelle Präsenz von 50 % am Arbeitsplatz sei unter Mitberücksichtigung der Leistungsminderung bei einer gesamten Arbeitsunfähigkeit von 64 . 33 % zumutbar. Die Arbeitsverteilung auf Ganztage sei zwar nicht ideal, allerdings unter Berücksichtigung der zwischen zeitlichen Erholung medizinisch begründbar und auch aus dienstlichen Gründen offensichtlich nicht anders möglich (S. 5).

Nicht quantitativ gewertet, aber definitiv erwähnt werden müsse die Problematik, dass die beschriebenen Auffälligkeiten in Erscheinung und Auftreten eines Polizisten gegenüber mutmasslichen Delinquenten im Verlauf einer Überprüfung oder einer Festnahme beeinflussen könne, da Zittern und Schwitzen als Unsicherheit oder Angst interpretiert werde und zu ungünstigen Reaktionen führen könne (S . 3).

In einer anderen beruflichen Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer eine schwere Arbeit mit seltenen Gewichtsbelastungen bis 40 kg ganztags zumutbar, wobei Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an das Gleichgewicht nicht vorkommen sollten. Die Tätigkeiten sollten auch der verminderten Feinmotorik entsprechen (S. 4).

Die administrative Tätigkeit könne somit als optimal adaptiert betrachtet werden, d.h. falls nur Einsätze im Innendienst möglich wären, wäre eine Arbeitsfähigkeit von 50

% erreichbar. Es sei allerdings damit zu rechnen, dass sich die Feinmotorik bei weiterer Zunahme des Tremors weiterhin verschlechtere und damit sich auch die Leistungsfähigkeit bei der Daten- und Texteingabe verschlechtere. Eine Eingliederung in eine andere Arbeitstätigkeit dürfte ohne die positiven Effekte der Teamunterstützung und der aktuell weitgehenden Anpassung realistisch schwierig sein, wenn nicht sogar unmöglich (S. 5). 5. 5.1

In psychiatrischer Hinsicht kann den medizinischen Akten entnommen werden, dass sich der Beschwerdeführer – nebst einem ambulanten Alkoholentzug Ende 2010/anfangs 2011 und einer Abklärung betreffend eines ADHD in der D.____ – im Februar 2013 in psychiatrische Behandlung begab. Dr. E.____ (E. 4.3) attestierte ihm seit Behandlungsbeginn bei einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Dem Arztbericht kann keine psychiatrische Anamnese entnommen werden und der psychopathologische Befund beschränkt sich auf die Feststellungen , dass weder kognitive Störungen noch formale oder inhaltliche

Denkstörungen und keine Wahnsymptomatik vorlägen, die Stimmung gedrückt sei und der Beschwerdeführer unter Zukunftsängsten in Bezug auf seinen Beruf als Polizist leide, so dass die Diagnose der schweren depressiven Episode nicht nachvollzogen werden kann. Bezüglich Arbeitsfähigkeit führte Dr. E. ___ aus, der Beschwerdeführer sei beim Sprechen und Schreiben durch den Tremor und wegen der durch die Medikamente verursachten Müdigkeit eingeschränkt. Damit begründete er die attestierte Arbeitsunfähigkeit mit den bereits bekannten somatischen Einschränkungen und nahm keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in rein psychiatrischer Hinsicht vor.

In der Stellungnahme vom 31. Oktober 2014 (E. 4.6) wies Dr. E. ___ auf das von ihm ausgefüllte „Beck Depressions Inventar“, bei welchem der Beschwerdeführer 43 Punkte erreicht habe, hin. Allerdings unterliess er es, den Psychostatus

des Beschwerdeführers zu beschreiben. Schliesslich fehlt der Stellungnahme auch ein Hinweis darauf, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus Sicht des behandelnden Psychiaters zwischen seiner Berichterstattung und der Begutachtung verändert hat.

Insoweit sich Dr. E. ___ zur Schlüssigkeit des psychiatrischen Teilgutachtens äussert, ist ihm entgegenzuhalten, dass der Psychiater des Z. ___

(E. 4.4.3) die kombinierte Persönlichkeitsstörung lediglich als Differentialdiagnose stellte und erwog, dass die sie kein Ausmass erreicht habe, welches es dem Beschwerdeführer nicht ermöglicht habe, sich sowohl beruflich wie auch privat und beziehungs mässig adäquat zu positionieren, weshalb nicht die Differentialdiagnose der Persönlichkeitsstörung, sondern eine Persönlichkeitsakzentuierung im Vordergrund stehe.

Die Behauptung von

Dr. E. ___ , Dr. G. ___

habe damit argumentiert, der Beschwerdeführer habe den essentiellen Tremor aufgrund seines Trinkverhaltens selber verschuldet, ist falsch. Dr. G. ___ kam im Gegenteil zum Schluss, der Tremor und die Zeichen der vegetativen Dystonie dürften komplex zu begründen sein und aus psychiatrischer Sicht im Zusammenhang mit dem Entzug und dem Suchtverhalten, andererseits aber auch im Zusammenhang mit den traumatisierenden Erfahrungen am Arbeitsplatz sowie den Problemen mit dem Kauf der Eigentumswohnung stehen. Immerhin zeigte der Beschwerdeführer doch anlässlich der Begutachtung einen deutlich erhöhten Gamma-GT-Wert auf und waren seine Angaben zum Alkoholkonsum widersprüchlich, indem er gegenüber Dr. G. ___ angab, zirka alle zwei Tage zwei bis drei Dosen Bier (Urk. 7/66 S. 34 oben) zu trinken, gegenüber Dr. F. ___ von einem Alkoholkonsum von ein bis zwei Dosen Bier (S. 14 oben) und gegenüber Dr. H. ___

von einem Sixpack Bier pro Woche (S. 23 unten) sprach. Beschwerdeweise machte er geltend,

sehr wenig zu trinken (Urk. 1 S. 23 unten). Im Übrigen berichtete Dr. B. ___ am 1. März 2012 (Urk. 7/22/10-11), dass es bei anhaltender Reduktion des Alkoholkonsums auf aktuell zwei Bier an einem Tag pro Woche zu einem erfreulichen Verlauf gekommen sei, so dass der Beschwerdeführer wieder ein 100%iges Arbeitspensum erfülle (S. 1), womit ein Zusammenhang zumindest des Tremors mit der Menge des Alkoholkonsums nicht ganz von der Hand zu weisen ist.

Nachdem sich Dr. E.____ in seiner Stellungnahme nicht zum aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und nicht zur von Dr. G.____ aus psychiatrischer Sicht attestierten vollständigen Arbeitsfähigkeit geäußert hat, kann davon ausgegangen werden, dass beim Beschwerdeführer keine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert (mehr) vorliegt und er in rein psychiatrischer Hinsicht vollständig arbeitsfähig ist. 5. 2 5.2.1

Was Diagnosen und Befundlage im neurologischen Teilgutachten betrifft (E. 4. 4 .2) , stimmen diese im Wesentlichen mit denjenigen in den Berichten von Dr. B. ____ (E. 4.1) und den Experten

der A.____ (E. 4. 7) überein. Allerdings bestehen in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erhebliche Differenzen:

Der Z.____ - Gutachter mutete dem Beschwerdeführer ein vollständiges Arbeitspensum bei einem um 30

% reduzierten Rendement zu und erachtete die Tätigkeit im polizeilichen Dienst als angepasst .

Der behandelnde Neurologe

ging von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % als Polizist aus und äusserte sich

nicht zu einer angepassten Tätigkeit . Die Experten des A.____ attestierten dem Beschwerdeführer

eine

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 64 .33 % und eine vollständige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit . 5.2.2

Insoweit sich Dr. B.____ in seiner Stellungnahme zum Gutachten (E. 4.5) auf den Standpunkt stellte, die Beschwerden und klinischen Symptome des Beschwerdeführers seien kohärent und es lägen keine Hinweise für eine Aggravation vor, entspricht dies auch den Feststellungen der Gutachter. Allerdings entspricht seine Aussage, der Beschwerdeführer habe sämtliche Therapieversuche genau wie von ihm verordnet konsequent zu Ende geführt, nicht seiner früheren Berichterstattung. So berichtete Dr. B.____

mehrmals, dass der Beschwerdeführer die Medikamente nach einer behaupteten Unverträglichkeit schon nach kurzer Zeit selbständig abgesetzt (vgl. Urk. 7/22/25-26 S. 1 Mitte, Urk. 7/22/23-24 S. 1 Mitte) oder die Dosis reduziert hatte (vgl. Urk. 7/22/8-9 S. 1). Aufgrund seines Hinweises, dass er die durch die Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit als mit der klinischen Erfahrung nicht vereinbar erachte , aber auch mit seiner Aussage im Bericht vom 21. September 2012 (Urk. 7/22/6-7) , eine Reduktion des Arbeitspensums auf 50 % sei mehr als gerechtfertigt , ohne die aus seiner Sicht tatsächlich zumutbare Arbeitsfähigkeit zu nennen, entsteht der Eindruck, dass Dr. B.____ bei seiner Beurteilung

vor allem auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abgestellt hat. Es entspricht denn auch einer Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit Hinweisen). 5.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen ein kommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen 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 fort gesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen).

E. 6.2

Der Beschwerdeführer erzielte als Sachbearbeiter Polizeilicher Assistenzdienst im Jahr 2012

aufgerundet Fr. 85'434.-- (Urk. 7/15/12). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für Männer von 2'188 Punkten im Jahr 2012 auf 2'226 Punkte im Jahr 2015 (Bundesamt für Statistik, BFS, Schweizerischer Lohnindex, Landesindex der Konsumentenpreise, T39) ergibt dies im mutmasslichen Zeitpunkt des Rentenbeginns im Jahr 2015 eine Valideneinkommen von aufgerundet Fr. 86'918.--. 6. 3

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 gemäss den vom BFS periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/ aa und bb , vgl. auch BGE 129 V 472 E.

4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E.

4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, wes halb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E.

3b/ bb , 124 V 321 E. 3b/ aa ; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Es besteht kein Grundsatz, wonach stets auf die Tabelle TA1 abzustellen ist. So kann es sich nach den konkreten Umständen des Einzelfalls rechtfertigen, anstatt auf die Tabelle TA1 auf die Tabelle TA7 („Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Tätigkeit, Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes und Geschlecht - Privater Sektor und öffentlicher Sektor [Bund] zusammen" ; heute T1_skill-level) abzustellen, wenn dies eine genauere Festsetzung des Invaliden einkommens erlaubt und dem Versicherten der entsprechende Sektor offen steht und zumutbar ist (SVR 2008 IV Nr. 20 S. 63, 9C_237/2007 E. 5.1). Ferner kann bei qualifizierten Berufsleuten mit Fach- und Hochschulabschluss das Heran

ziehen der Tabelle TA11 („Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert und Quartilbereich] nach Ausbildung, beruflicher Stellung und Geschlecht - Privater Sektor und öffentlicher Sektor [Bund] zusammen“) angezeigt erscheinen (SVR 2011 IV Nr. 55 S. 163, 8C_671/2010 vom 25. Februar 2011 E. 6.4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_841/2013 vom 7. März 2014 E. 4.2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_660/2014 vom 5. November 2014 E. 4).

E. 6.4

Beim Beschwerdeführer, der jahrelang im öffentlichen Sektor tätig war, rechtfertigt es sich, auf die Tabelle privater und öffentlicher Sektor zusammen (LSE, Tabelle T1_skill-level) abzustellen. Im Jahr 2012 betrug der Zentralwert für mit einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art beschäftigte Männer Fr. 5'295.--, was unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2015 (BFS, Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit, BUA, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen)

und der Nominallohnentwicklung für Männer von 2'188 Punkten im Jahr 2012 auf 2'226 Punkte im Jahr 2015 (BFS, a.a.O.) ein Invalideneinkommen im Jahr 2015 von (aufgerundet) Fr. 67'391.-- ergibt.

Die resultierende Einkommenseinbusse von Fr. 19'527.-- ergibt einen Invaliditätsgrad von abgerundet 22%, was einen Rentenanspruch (vgl. E.2.2) ausschliesst. 7.

Zusammengefasst erweist sich die angefochtene Verfügung, mit welcher ein Leistungsanspruch verneint wurde, im Ergebnis als rechtens, und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

E. 8

.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 17-18 /1-2 - 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

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