

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01070 vom 5. Oktober 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01070

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01070 du 5 octobre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01070 del 5 ottobre 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1958, war seit dem 1. März 1997 bei der Y.____ als Mitarbeiter im Gartenbau tätig

(Urk. 6/36 Ziff. 2.1 und 2.7) und meldete sich unter Hinweis auf einen am 17. Mai 2012 erlittenen Herzinfarkt an

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

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. 1.3

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 2

9. Oktober 2012 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/3 Ziff.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, der Beschwerdeführer sei seit dem 17. Mai 2012 (Beginn der einjährigen Wartezeit) in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Es bestünden sowohl psychische wie auch somatische Einschränkungen.

Eine

behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm jedoch zu 100 % zumutbar. Die Einschränkung von 10 % auf Grund der diagnostizierten Anpassungsstörung sei gemäss geltender Rechtsprechung aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht relevant, sie sei eine Begleitsymptomatik zur somatischen Krankheit, und es liege kein eigenständiges psychiatrisches Leiden vor. Ausgehend von einem Valideneinkommen von rund Fr. 90'018.-- resultiere unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % ein rentenanspruchsausschliessender Invaliditätsgrad (S. 2 ff.).

E. 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, das korrigierte Valideneinkommen von rund Fr. 90'018.-- sowie der Abzug vom Tabellenlohn von 10 % würden akzeptiert. Hingegen habe die Beschwerdegegnerin zu Unrecht die gutachterlich bestätigte psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % unberücksichtigt gelassen. In der Zeit zwischen der Begutachtung und dem Verfügungserlass habe sich der psychische Zustand nicht wesentlich verändert, und es sei eine weitere Chronifizierung eingetreten.

Der Übergang von einer zeitlich terminierten Anpassungsstörung in eine anhaltende Angst- und depressive Störung gemischt sei als abgeschlossen zu betrachten (S. 3 f. Ziff. 3- 4). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung liege das psychische Zustandsbild einer Angst- und depressiven Störung gemischt zwar im Grenzbereich dessen, was noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und möglicherweise invalidisierend sein könne, doch werde eine Invalidisierung auch nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Eine Teilarbeitsunfähigkeit im unteren Prozentbereich sei durchaus möglich. Er sei aufgrund seiner leicht reduzierten Rendements in einem untergeordneten Rahmen von 10 % eingeschränkt. Demnach resultiere ein Anspruch auf eine Viertelsrente (S. 4 Ziff. 5- 6).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. 3.

3. 1

Die Fachpersonen der A.____ stellten in ihrem Austrittsbericht vom 28. Mai 2013 (Urk. 6/27) nach Klinikaufenthalt des Beschwerdeführers vom 4. bis 24. April 2013 folgende Diagnosen (S. 1): - Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) - Differenzialdiagnose: Somatoforme autonome Funktionsstörung des Herz- Kreislauf-Systems (ICD-10 F43.30) - koronare Zweigefässerkrankung - Zustand nach Rekanalisation eines proximalen RCA-Verschlusses sowie PCI einer subtotalen mittelgradigen Stenose mit Implantation eines beschichteten Stents 17. Mai 2012 bei NSTEMI - leicht eingeschränkte systolische Funktion bei infero-basaler und posterolateraler Hypo-/Akinese in der Myokardperfusionsszintigraphie Oktober 2012 nicht-transmurale Narbe

inferior, keine Ischämie - kardio-vaskuläre Risikofaktoren: Nikotinabusus , arterielle Hypertonie

Die Fachpersonen führten aus, beim Beschwerdeführer bestehe eine stark somato forme Symp tomatik in Bezug auf seine Herz erkrankung im Einklang mit einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt. Seither beklage er Schmerzen im Brustbereich sowie Herzängste, Schlafstörungen, Angst vor einem neuen Herzinfarkt, Albträume mit nächtlichem Schreien sowie eine ausgeprägte Kraft- und Antriebsverminderung. Der Patient sei deutlich fixiert auf se in somatisches Krankheitsverständ nis und wenig auslenkbar trotz mehrfacher Bestätigung blander kardialer Befunde (S. 3 Mitte).

Der Beschwerdeführer sei bis 8. Mai 2013 zu 100 % arbeitsunfähig. Ein therapeu tischer Arbeitsversuch als Hilfgärtner von täglich maximal zwei Stun den sei jedoch dringend indiziert. Es bestehe eine reduzierte Belastungsfähigkeit hinsichtlich Trage- und Hebetätigkeiten. So sei kein Verlegen schwerer Stein platten oder Heben und Tragen mittlerer bis schwerer Lasten möglich. Die wei tere Einschätzung erfolge durch den weiterbehandelnden Arzt (S. 4 unten). 3. 2

Dr. med. B.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 8. August 2013 (Urk. 6/29/1-4) folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - Status nach Myokardinfarkt mit Stenting Mai 2012 - ängstlich-depressives Zustandsbild (ICD-10 F43.22) - somatoforme Funktionsstörung (ICD-10 F43.30) - rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderun gen/Fehlhaltung, bestehend seit 1994

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. B.____ eine Helicobactergastritis im Februar 2010 und eine Gewichtsabnahme von 70 auf 66 kg im Mai 201 2.

Dr. B.____ führte aus, der Beschwerdeführer sei seit 1986 bei ihm in Behandlung , und die letzte Kontrolle habe am 1 8. Juli 2013 stattgefunden (Ziff. 1.2). In der zuletzt ausgeübten Arbeitstätigkeit als Gärtner bestehe seit dem 1 8. Mai

2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer habe an Gewicht abge nommen , und es bestünden eine Dekonditionierung , Angstzustände, eine Schlaf störung und ein vermindertes Selbstwertgefühl. Er sei kraftlos und habe keine Ausdauer . Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zu mutbar (Ziff. 1.6-7). Eine angepasste Tätigkeit sei per sofort im Umfang von etwa 50 % zumutbar (S. 4). 3. 3

Dr. med. C.____ , Facharzt für Psychiatrie und für Psychotherapie , führte in seiner E-M ail vom 1 1. März 2014 (Urk. 6/37) aus, leider habe sich der Zustand des Patienten seit Mai 2013 noch eher etwas verschlechtert. Zusätzlich zur Depression klage er über vermehrte Albträume, diffuse Schmerzen, Antriebs losig keit und Desinteresse. Er sitze praktisch den ganzen Tag zu Hause herum und tue sozusagen nichts. Auch die psychopharmakologische Medikation und die Psychotherapie hätten daran bislang nichts änd ern können. Aufgrund der wei teren und bald Besorgnis erregenden Gewichtsabnahme wirke er deutlich vorge altert . Der Versicherte stehe auch bei sei nem Hausarzt in Therapie. S eine Ar beitsfähigkeit sowohl im angestammten Beruf als auch in jeder zumutbaren Verweistätigke it habe sich nicht verbessert. E s sei nach wie vor von einer 80%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. 3. 4

Am 2 7. Oktober

2014 erstatteten die Gutachter des Z.____ das von der Beschwer de gegnerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten (Urk. 6/47/2-23). Sie stellten zusammenfassend folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 19

Ziff. 5.1): - ängstlich-depressive Anpassungsstörung nach Herzinfarkt (ICD-10 F43.22), im Übergang zu einer Angst- und depressiven Störung gemischt (ICD-10 F41.2) - Differenzialdiagnose: autonome Funktionsstörung Herz/Kreislauf (ICD-10 F45.30) - koronare Zweigefässerkrankung - COPD , bei chronischem Nikotinabusus - GOLD Stadium I

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter chronische Beschwerden an Thorax, Schulter, Arm und Hand der dominanten linken Seite ohne fassbare radikuläre Symptomatik und eine Diskushernie Halswirbelkörper (HWK) 5/6 links mit möglicher Affektion der Nervenwurzel C6 links (MRI 27. September 2004) ohne klinisch klar fassbares Korrelat (S.

19 Ziff. 5.2).

Die Gutachter führten zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der ange stammten Tätigkeit und in anderen Tätigkeiten aus, er verfüge über keine abgeschlossene Berufsausbildung und habe nach seiner Einreise in die Schweiz stets im Gartenbau gearbeitet, was als körperlich schwere Tätigkeit angesehen werden könne.

Aus somatischer Sicht imponiere eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Aus internistisch/kardiologischer Sicht könnten die vom Exploranden beklagte Erschöpfung und Müdigkeit ebenso wenig erklärt werden, wie die bereits zum Teil in Ruhe, manchmal beim Gehen in der Ebene nach 100 m , auftretende Atemnot.

Aus orthopädischer Sicht könnten für die vom Exploranden beklagten Beschwerden keine objektivierbaren Befunde erhoben werden. Aus somatischer Sicht bestehe einzig für körperlich schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten aufgrund der leichten COPD GOLD Stadium I sowie der koronaren Zweigefässerkrankung eine Arbeitsunfähigkeit. Für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden sei gemäss aktueller psychiatrischer Beurteilung eine ängstliche und depressive Anpassungsstörung verantwortlich.

Diese befinde sich nach nun mehr als zweijähriger Dauer im Übergang zu einer Angst und depressiven Störung gemischt. Es liege aber keine schwerwiegende psychiatrische Störung vor. Aus psychiatrischer Sicht könne für sämtliche Tätigkeiten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % festgestellt werden .

In der interdisziplinären Konsensbesprechung seien sie zum Schluss gekommen, dass beim Exploranden für sämtliche körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeiten eine 90%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe, während

körperlich anhaltend schwere und mittelschwere Tätigkeiten dem Exploranden nicht zugemutet werden sollten. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit einem leicht reduzierten Rendement (S. 20 Ziff. 6.2).

Zum Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit führten die Gutachter aus, aufgrund der anamnestischen Angaben, ihrer Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass die aktuellen

Angaben zur Arbeitsfähigkeit seit dem Erleiden des Myokardinfarktes im Mai 2012 unverändert gälten (S.

20 Ziff. 6.3). Der Explorand habe angegeben, dass er sich aufgrund seiner Beschwerden keine berufliche Tätigkeit vorstellen könne. Aus gutachterlicher Sicht könne es ihm je doch zugemutet werden, in jeder körperlich leichten bis intermittierend mittel schweren Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 90 % in die Realität umzusetzen (S. 20 Ziff. 6.4).

Der psychiatrische Gutachter führte zum psychiatrischen Befund aus , der Explorand erweise sich bei klarem Bewusstsein, zeitlich, örtlich und autopsychisch voll orientiert. Sein Gedankengang entfalte sich formal geordnet und inhaltlich unauffällig. Hinweise für ein psychotisches Geschehen könnten nicht beobachtet werden, insbesondere liessen sich weder Wahnideen noch Halluzinationen oder eine Ich-Störung erkennen. Die kognitiven Funktionen wie Wahrnehmung, Auffassung und Gedächtnis zeigten sich in der grobklinischen Prüfung nicht beeinträchtigt. Die Konzentration und Aufmerksamkeit könne der Explorand während der gesamten Untersuchungsdauer ohne nachzulassen beibehalten. Psychomotorisch präsentiere er sich weder agitiert noch gehemmt. Im Affekt zeige er sich ausgeglichen und gefasst. Der Explorand zeige sich nur leicht deprimiert, etwas ratlos und unsicher. Hinweise für eine erhebliche Verstimmung mit vitaler Traurigkeit, zirkadianem Rhythmus, Antriebsstörung oder akuten Suizidideen fehlten. Der Explorand sei in der Lage, einen lebhaften affektiven Rapport aufzunehmen und könne alle Fragen konzentriert beantworten. Mimik und Gestik seien adäquat und er verhalte sich freundlich und kooperativ (S. 10 Ziff. 4.1.2).

Der psychiatrische Gutachter führte aus , die Diagnose der Anpassungsstörung sei bereits im Austrittsbericht der A.____ vom 28. Mai 2013 gestellt worden. Auch der Hausarzt Dr. B.____ habe in seinem Bericht vom 8. August 2013 ein ängstlich depressives Zustandsbild beschrieben (ICD-10 F43.22). Differenzial diagnostisch werde durch die A.____ , aber auch im Bericht von Dr. C.____ vom 22. Mai

2013, eine somatoforme autonome Funktionsstörung des Herz-Kreislauf- Systems erwogen. Der psychiatrische Gutachter führte aus, in der heutigen Untersuchung habe der Explorand keine diesbezüglichen vegetativen oder sonstigen psychischen Beschwerden geltend gemacht, so dass diese Differenzialdiagnose eher nicht in Betracht gezogen werde, jedoch auch nicht ganz ausgeschlossen werden könne (S. 11 oben).

Es liege seines Erachtens keine schwer wiegende psychische Störung vor, jedoch habe der Explorand offenbar auch aufgrund seiner einfachen Persönlichkeitsstruktur und seiner Bildung gewisse Schwierigkeiten, mit der neuen Situation umzugehen. Gemäss Mitteilung des Exploranden seien bisher auch keine adaptierten Eingliederungsversuche durchgeführt worden. Er wirke jedoch sowohl beruflich als auch sozial zunehmend desintegriert , und um eine spätere gravierendere Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden, sollte ein Integrationsanlauf unternommen werden (S. 11 Ziff. 4.1.5).

Dr. C.____ habe in seiner E-Mail vom 11. März 2014 geschrieben, dass sich der Zustand des Patienten noch eher etwas verschlechtert habe. Zusätzlich zur Depression würden vermehrt Alpträume, diffuse Schmerzen, Antriebslosigkeit und Desinteresse eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % verursachen.

Aufgrund der eigenen Untersuchungen seien sie - die Gutachter des Z.____

- jedoch der Meinung, dass keine schwere psychische Störung vorliege, sondern eher eine Anpassungsstörung und eine gewisse Ratlosigkeit, verbunden mit einer regressiven Haltung. Der Regressionsprozess mit Passivität und Ratlosigkeit sollte jedoch von einer eigentlichen depressiven Störung unterschieden werden. Sie seien daher der Meinung, dass gemäss objektiven Befunden die Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen nur in geringem Masse beeinträchtigt sei (S.

E. 6

). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten des Kranken taggeldversicherers bei (Urk. 6/14, Urk. 6/33) und holte beim Z.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 27. Oktober 2014 erstattet wurde (Urk. 6/47).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/56; Urk. 6/60) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 15. September 2015 einen Rentenanspruch (Urk. 6/63 = Urk. 2) . 2.

Der Versicherte erhob am 16. Oktober 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 15. September 2015 (Urk. 2) und beantragte, es sei ihm ab 1. Mai

2013 eine Viertelsrente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 23. November

2015 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 16. Dezember 2015 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 7

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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). 1. 6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls 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 arbeitsunfähig 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 noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

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. 12

oben). Aus psychiatrischer Sicht sollte insbesondere der arbeitsrehabilitative und soziale Integrationsprozess in Gang gesetzt werden. Eventuell könnte der Beginn in Form einer tagesklinischen Einbindung erfolgen (S. 12 Ziff. 4.1.9). 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf das Z.____ - Gutachten vom Oktober 2014 (vorstehend E. 3.4) davon aus, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit im Gartenbau seit dem im Mai 2012 erlittenen Herzinfarkt erheblich eingeschränkt sei, dagegen in einer behinderungsangepassten leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. In psychiatrischer Hinsicht verneinte sie abweichend vom Z.____ -Gutachten das Bestehen eines die Arbeitsfähigkeit einschränkenden eigenständigen psychiatrischen Leidens (vgl. vorstehend E. 2.1).

4.2

Das Z.____ -Gutachten vom Oktober 2014 berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen umfassend auseinander. Es wurde sodann in Kenntnis der wesentlichen Vorakten abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerung ist in nach vollziehbarer Weise begründet. Es erfüllt daher grundsätzlich die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vgl. vorstehend E. 1.6).

Zu beachten ist jedoch, dass eine psychisch bedingte Invalidität im Sinne des Gesetzes nur dann vorliegt, wenn ein psychisches Leiden mit Krankheitswert fachärztlich ausgewiesen ist und es der betroffenen Person trotz Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, wegen ihrer Beschwerden nicht zuzumuten ist, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, wobei das Mass des Forderbaren weitgehend objektiv bestimmt wird (BGE 130 V 352 f. E. 2.2.1, 131 V 49).

Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit, als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (vgl. vorstehend E. 1.2).

Weiter ist zu beachten, dass es gemäss Rechtsprechung in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall gutachtlich befassten Arztpersonen ist, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer andauernden oder vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit in bestimmter Höhe und Ausprägung führt.

Vielmehr hat die rechtsanwendende Instanz die ärztliche Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit auf ihre beweisrechtlich erforderliche Schlüssigkeit hin zu überprüfen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2-3.3). 4.3

Nachfolgend zu prüfen bleibt, ob die vom psychiatrischen Gutachter des Z.____ diagnostizierte

ängstlich-depressive Anpassungsstörung nach Herzinfarkt (ICD-10 F43.22)

im Übergang zu einer Angst- und depressiven Störung gemischt (ICD-10 F41.2) eine aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach sich zieht.

Definitionsgemäss stellt eine Anpassungsstörung

(ICD-10 F43.2) ein lediglich vorübergehendes Leiden dar beziehungsweise bildet keine hinreichend ausgeprägte Psychopathologie. Vielmehr liegt sie im Grenzbereich dessen, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potenziell in validisierendes Leiden gelten kann (vgl. Urteil 19C_636/2007 vom 28. Juli 2008 E. 3.2.2).

Anpassungsstörungen nach ICD-10 F43.2 sind zeitlich eng limitiert und beginnen im Allgemeinen innerhalb eines Monats nach einem belastenden Ereignis oder einer entscheidenden Lebensveränderung, und die Symptome halten meist nicht länger als sechs Monate an, ausser bei der längeren depressiven Reaktion nach ICD-10 F43.21, die aber in der Regel auch nicht länger als 2 Jahre dauert (vgl.

Dilling, Mombour, Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Auflage, S. 209-211). Eine solche längere depressive Reaktion ist vorliegend nicht diagnostiziert.

Dauern die Symptome an, sollte die Diagnose geändert werden. So gesehen sprach der psychiatrische Gutachter des Z.____

richtigerweise unter Hinweis darauf, dass schon in der A.____ im Mai 2013 (vgl. vorstehend E.

3.1) eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.22) diagnostiziert worden war, von einer Anpassungsstörung im Übergang zu einer Angst- und depressiven Störung gemischt (ICD-10 F41.2). Eine solche Störung wird nur dann diagnostiziert, wenn gleichzeitig Angst und Depression vorliegen, jedoch nur in geringfügigem Ausmass, und ohne Vorherrschen des einen oder anderen. Vegetative Symptome wie Herzklopfen oder Magenbeschwerden sollen zumindest vorübergehend auftreten. Es gibt viele Menschen, die an solch verhältnismässig milden Symptomen leiden, und die nie in medizinische oder psychiatrische Behandlung gelangen (vgl. Dilling, Mombour, Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Auflage, S. 199-200). Eine solche Diagnose befindet sich gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Grenzbereich dessen, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potentiell invalidisierend den Leidens gelten könne (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_55/2014 vom 27. Februar 2014, E. 4.3).

Dem Beschwerdeführer ist dahingehend beizupflichten, dass die bundesgerichtliche Formulierung es nicht zulässt, jedwelle Erheblichkeit einer Angst- und depressiven Störung gemischt (ICD-10 F41.2)

ohne weiteres, also ohne Berücksichtigung des konkreten Falles, zu verneinen.

Die von den Gutachtern des Z.____ attestierte 10% ige Arbeitsunfähigkeit

ist zwar nicht hoch, erscheint aber doch angesichts des dargelegten psychiatrischen Befundes, wo als einschränkend einzig ausgeführt wurde, der Explorend zeige sich nur leicht deprimiert, etwas ratlos und unsicher, als eher grosszügig.

Weiter wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer seit dem Herzinfarkt erhebliche Anpassungsprobleme aufweise. Er habe offenbar aufgrund seiner einfachen Persönlichkeitsstruktur und seiner Bildung gewisse Schwierigkeiten, mit der neuen Situation umzugehen. Eine geringe Schulbildung ist aber ein psychosozialer und damit aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht unbeachtlicher Aspekt (vgl. vorstehend E. 1.3).

Zudem hielt der psychiatrische Gutachter des Z.____

im Rahmen seiner Stellungnahme zu den Ausführungen von Dr. C.____ (vgl. vorstehend E. 3.3) ausdrücklich fest, es liege keine schwere psychische Störung vor, sondern eher eine gewisse Ratlosigkeit, verbunden mit einer regressiven Haltung, die von einer eigentlichen depressiven Störung zu unterscheiden sei. Die attestierte 10%ige Arbeitsunfähigkeit erweist sich demnach in Anbetracht der objektiven Befunde und der Diagnose als nicht nachvollziehbar. 4.4

Zusammenfassend erscheint die von den Z.____-Gutachtern aufgrund des psychischen Leidens attestierte 10%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar, und es ist der Beschwerdegegnerin folgend davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit seinem im Mai 2012 erlittenen Herzinfarkt in der angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist, dass hingegen in einer angepassten leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestehen. 5.

5.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens 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 fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen). 5.2

Für die Vornahme des Einkommensvergleiches ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns, mithin auf das Jahr 2013, abzustellen (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222).

Das im Einspracheverfahren von der Beschwerdegegnerin gestützt auf den Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug;

Urk. 6/13) aus dem Durchschnitt der Jahre 2007 bis 2011 und unter Berücksichtigung der Nominallohntwicklung für das Jahr 2013 errechnete Valideneinkommen von rund Fr. 90'018.-- (Urk.

6/62) blieb unbestritten und erweist sich als rechtens, weshalb darauf abgestellt werden kann. 5.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt, so ist das entsprechende Einkommen nach dem letzten vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens erzielten Einkommen zu bemessen, wenn 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 Bundesamt für Statistik 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) aus zugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, weshalb 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).

Zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf der Grundlage der LSE kann – ausnahmsweise – der Lohn eines einzelnen Sektors („Produktion“ oder „Dienstleistungen“) oder gar einer bestimmten Branche herangezogen werden, wenn es als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen, namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit im betreffenden Bereich tätig gewesen waren und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt (SVR 2008 IV Nr. 20 S. 63, 9C_237/2007 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_667/2013 vom 29. April 2014 E. 5.3).
5.4

Das im Jahr 2012 von Männern im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen betrug pro Monat Fr. 5'210.-- (LSE

2012, S.

35, Tabelle TA1, Niveau 1). Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Normalarbeitszeit; www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit, detaillierte Daten, betriebsübliche Wochenarbeitszeit) und der Nominallohnentwicklung von 0.7 % im Jahr 2013 (vgl. Schweizerischer Lohnindex nach Branche; Index und Veränderungen auf der Basis 2010 = 100 %, www.bfs.admin.ch, Total) ergibt sich ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr. 65'633.-- im Jahr 2013 (Fr. 5'210.--

$\times 12 : 40 \times 41.7 \times 1.007$). 5.5

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem

allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen versehen kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichsein kommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des so genannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser angemessen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3. 2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90, 9C_728/2009 E. 4.1.2).

Der vorliegend von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug vom Tabellenlohn von 10 % blieb unbestritten und erscheint den konkreten Umständen des Beschwerdeführers angemessen. 5.6

Unter Berücksichtigung eines Abzuges von 10 % ergibt sich ein Invalideneinkommen von rund Fr. 59'070.--

(Fr. 65'633.-- x 0.9). Bei einem Valideneinkommen von rund Fr. 90'018.-- resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 30'948.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 34 %

entspricht, bei welchem Ergebnis dem Beschwerdeführer kein Anspruch auf eine Invalidenrente zusteht. Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe -
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
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Schucan

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