

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01235 vom 7. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01235

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01235 du 7 février 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01235 del 7 febbraio 2017

Erwägungen

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).

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

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. 1.4

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 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 noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 1. Dezember 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 30. Oktober 2015 (Urk. 2) und beantragte, es seien ihm die gesetzlichen Leistungen aus IVG zu erbringen, insbesondere sei ihm ab 1. Juni 2014 eine Rente der Invalidenversicherung auszurichten. Eventuell sei ein medizinisches Gerichtsgutachten zum Gesundheitszustand und seiner Arbeitsfähigkeit einzuholen, subeventuell sei die Sache zur weiteren Abklärung und anschliessenden Rentenfestsetzung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 oben).

Die IV-Stelle erstattete am 15. Januar 2016 die Beschwerdeantwort (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 22. Februar 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung:

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. med. Y.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. März 2017 den Anforderungen an ein Gutachten genüge. Es bestehe keine Veranlassung, nicht darauf abzustellen. Weitere medizinische Abklärungen

seien nicht notwendig. Beim psychischen Leiden des Beschwerdeführers handle es sich nicht um eine langandauernde Erkrankung. Es sei behandelbar und entspreche nicht einem invalidenversicherungsrelevanten Gesundheitsschaden (S. 2 unten).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, auf das psychiatrische Gutachten könne aus näher dargelegten Gründen nicht abgestellt werden (S. 6 f. Ziff. IV). Weitere von ihm veranlasste medizinische Abklärungen hätten ergeben, dass er an einem obstructiven Schlafapnoe-Syndrom schweren Grades und einem Globussyndrom bei Status nach Myokardinfarkt 2013 leide (S. 7 f. Ziff. V). In Anbetracht der Ergebnisse der medizinischen Abklärungen ergebe sich, dass seine Beschwerden durch ein schwergradiges obstructives Schlafapnoe-Syndrom verursacht oder mitverursacht seien. Möglicherweise sei der Myokardinfarkt im Sommer 2013 bereits eine Folge dieser Erkrankung gewesen. Das Schlafapnoe-Syndrom wie auch der (wahrscheinlich dadurch verursachte) Myokardinfarkt hätten zu zahl reichen die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten einschränkenden Beschwerden geführt. Der Kausalzusammenhang zwischen Gesundheitsschaden und Beschwerden werde von der behandelnden Ärztin zutreffend bejaht und entsprechend würden die geklagten Beschwerden bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit 50 % berücksichtigt. Er habe entsprechend Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (S. 9 f. Ziff. VI). Sollte auf die von ihm angeführten Berichte und Einschätzungen nicht abgestellt werden, seien weitere medizinische Abklärungen zu treffen, namentlich ein Gerichtsgutachten einzuholen (S. 10 Mitte). Der Beschwerdeführer bemängelte weiter, die von der IV-Stelle angeführten psychosozialen Faktoren würden nicht benannt. Er hielt zudem fest, dass die Indikatorenprüfung als unnötig erscheine, da seine gesundheitliche Beeinträchtigung eine somatische Ursache habe. Er äusserte sich schliesslich zu den einzelnen Indikatoren (S. 11 f.). 3. 3.1

Dr. med. Z.____, Facharzt für Ohren-, Nasen - und Halskrankheiten, hielt in seinem Bericht vom 21. Juni 2007 fest, dass beim Beschwerdeführer ein begründeter Verdacht auf ein obstructives Schlafapnoesyndrom bestehe. Eine weiterführende Abklärung und voraussichtliche Anpassung einer Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) -Maske sei indiziert (Urk. 7/54/1). 3.2

Die Ärzte des Spitals A.____ in B.____ nannten in ihrem Bericht vom 31. Juli 2013 (Urk. 7/8/24) folgende Diagnosen:

-

NSTEMI bei koronarer 1-Gefässerkrankung am 29. Juli 2013

-

Leberwerterhöhung unklarer Ätiologie

-

Dyslipidämie

-

obstruktives Schlafapnoesyndrom 3.3

Dr. med. C.____ und Dr. med. D.____, Kardiologie Spital A.____, nannten in ihrem Bericht vom 3. Februar 2014 (Urk. 7/17/3) folgende Diagnosen:

-

NSTEMI bei koronarer 1-Gefässerkrankung Juli/2013

-

Panikstörung

-

obstruktives Schlafapnoesyndrom

Dr. C.____ hielt am 19. Februar 2014 gestützt auf den genannten Bericht fest, dass von kardialer Seite her der Patient zu 100 % arbeitsfähig sei. Die vom Patienten geschilderten Symptome wie Angstattacken, Würgereiz und Nausea seien als klar extrakardial zu werten. Medikamentöse Nebenwirkungen würden theoretisch in Frage kommen, seien jedoch eher unwahrscheinlich. Dennoch sei eine Umstellung der Therapie erfolgt. Eine psychiatrische und/oder psychotherapeutische Unterstützung sei dem Patienten empfohlen worden (Urk. 7/17/1). 3.4

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 12. Mai 2014 (Urk. 7/19) als Diagnose eine psychosomatische Verarbeitung nach einem am 29. Juli 2013 erlittenen Infarkt (Ziff. 1.1). Dr. E.____ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 29. Juli bis 31. August 2013, von 80 % vom 1. bis 30. September 2013, von 70 % vom 1. bis 30. Oktober 2013, von 60 % vom 1. bis 30. November 2013 und von 50 % seit dem 1. Dezember 2013 in der angestammten Tätigkeit als Autohändler (Ziff. 1.6). 3.5

Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, medizinischer Dienst des Krankentaggeldversicherers, führte in der Notiz über das Telefongespräch mit Dr. E.____ vom 21. Mai 2014 (Urk. 7/22/15-16) aus, gemäss diesem sei der Patient seit dem Herzereignis nicht mehr derselbe. Er sei von Ängsten und multiplen somatischen Beschwerden geplagt. Er lebe in steter Angst, wieder ein kardiales Ereignis zu erleiden. Er habe Magen- und andere Beschwerden. Er somatisiere, jedoch finde man nichts. Deswegen habe er ihn auch an eine Psychiaterin überwiesen. Für ihn als Hausarzt sei der Patient wegen der psychosomatischen Beschwerden zu 50 % arbeitsunfähig. Eine somatische Ursache sei für ihn aber ausgeschlossen (S. 1 unten, S. 2 oben).

Dr. F.____ hielt in seiner Beurteilung fest, dass an der anfänglichen Arbeitsunfähigkeit nach dem kardialen Ereignis am 29. Juli 2013 und damit im Zusammenhang an der abgestuften Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit bis Januar 2014 nicht zu zweifeln sei. Gemäss der kardiologischen Kontrolluntersuchung vom 31. Januar 2014 wäre ab Februar 2014 aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit anzunehmen gewesen. Dies bestätigte der Kardiologie in seinem Bericht vom 19. Februar 2014. Ab dann wäre die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen der geschilderten psychiatrischen/psychosomatischen Problematik von einem Facharzt für Psychiatrie zu attestieren (S. 2 unten). 3.6

Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und H.____, Assistenzärztin, führten in ihrem Bericht vom 26. September 2014 (Urk. 7/33/43-45) aus, der Patient sei seit dem 6. Februar 2014 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Er würde über folgende Symptomatik, die sich nach seinem Herzinfarkt im Juni 2013 kontinuierlich

entwickelt habe, berichten: zunehmende Konzentrationsschwierigkeiten, Nervosität, körperliche und innere Unruhe, Unfähigkeit, sich zu entspannen. Hinzu geselle sich eine vegetative Übererregbarkeit wie Schwitzen, Tachykardie, Tachypnoe, Oberbauchbeschwerden, Übelkeit sowie Mundtrockenheit. In bestimmten Situationen würden wie aus heiterem Himmel starkes Herzklopfen, subjektive Atembeschwerden, Beklemmungsgefühle in der Brust, Schwindel und Unsicherheit, Schwäche, Angst zu sterben, Übelkeit mit Erbrechen und Gefühlslosigkeit auf treten. Zu Beginn der Behandlung habe der Patient vermehrt auch zu Hause täglich an Panikattacken gelitten. Diese Symptomatik habe sich diskret verbessert. Wenn er sich jedoch in einer grösseren Menschenansammlung befinde, leide er immer noch an Panikattacken. Er könne nur mit sehr grosser Anstrengung die Wohnung verlassen, da er Angst vor der Angst habe. Die depressiven Symptome hätten sich seit dem Behandlungsbeginn auch diskret verbessert (S. 1 Ziff. I/III). Sie diagnostizierten eine Agoraphobie ICD 10 F 40.01 sowie einen Zustand nach Herzinfarkt mit Stentversorgung 7/2013 (S. 3 Ziff. V). Seit Februar 2014 liege eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Die oben genannte Symptomatik müsse sich zuerst weiterhin verbessern und stabilisieren, bevor der Patient aus psychiatrischer Sicht wieder zu 100 % arbeitsfähig sei. Eine befund adaptierte Fortführung der Therapie sei notwendig, um eine volle Arbeitsaufnahme zu ermöglichen, wobei der zeitliche Verlauf nicht abschätzbar sei (S. 3 Ziff. VI). 3.7

Dr. E.____ nannte in seinem Bericht vom 4. November 2014 (Urk. 7/34) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine psychosomatische Verarbeitungsstörung nach einem am 29. Juli 2013 erlittenen Infarkt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei das obstruktive Schlafapnoesyndrom (Ziff. 1.1). Die Behandlung der psychosomatischen Probleme erfolge durch Frau H.____, welche eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit dem 1. Juni 2014 attestiere (Ziff. 1.7 und 1.11). 3.8

Am 16. März 2015 erstattete Dr. med. Y.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/48/3-19). Er hielt in seinem Untersuchungsbefund fest, dass er den Exploranden affektiv als alters entsprechend schwingungsfähig erlebe, bei etwas fassadiertem, aber doch synthymem emotionalen Ausdruck. Ein nennenswerter Leidensdruck sei nicht direkt spürbar, durch verschiedene Vorkehrungen (Cola-Trinken, Sugus-Essen, Aufstehen und das Fenster öffnen) gebe er jedoch zu verstehen, dass er einiges zur Aufrechterhaltung seiner inneren Stabilität unternehmen müsse. Die Mimik wirke diesbezüglich aber eher unauffällig. Die Sitzhaltung wirke den Körpermassen entsprechend etwas schwerfällig, psychomotorisch beobachte er ein altersentsprechend-unauffälliges Bewegungsmuster, der Antrieb wirke weder vermindert noch erhöht (S. 10). Er diagnostizierte (S. 17) eine im Anschluss an einen Ende Juli 2013 erlittenen, offenbar benignen Herzinfarkt mit einer etwa dreimonatigen Latenzzeit klinisch manifest gewordene, sich vorerst als Angst- und somatoforme Störung präsentierende, nunmehr auf Grund der beobachtbaren Symptomatik als genügend abgeheilt zu bezeichnende kombinierte Anpassungsstörung (ICD-10: F43.28), bei Verdacht auf vorbestehende ängstlich-selbstunsicher-akzentuierte Persönlichkeit (ICD-10: Z73.1). Er könne an den vorliegenden psychopathologischen Befunden bis auf eine leichte latente innere Verunsicherung keine die Arbeitsfähigkeit nennenswert einschränkende psychiatrische Erkrankung erkennen (S. 10 Mitte). Gemäss Beschwerdeschilderung durch den Versicherten scheine die psychogene Störung jetzt noch in einer neurasthenischen, somatoformen und leicht depressiven Gestalt vorzuliegen. Aufgrund fehlender psychischer

und somatischer Komorbidität (in kardialer Hinsicht sei gemäss Akten ja von einer vollen Restitution auszugehen) könne er der diagnostizierten psychogenen Störung ab Untersuchungszeitpunkt keine psychiatrisch-krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr zuschreiben, es sei denn, der Explorand begeben sich aufgrund seines subjektiven Leidensdruckes umgehend in (teilzeitliche) psychiatrisch-tagesklinische Behandlung. In diesem Fall wäre von weitergehender partieller Arbeitsunfähigkeit auszugehen, entsprechend dem Prozentsatz des Tagesklinik-Besuchs (also z.B. 50 % Arbeitsunfähigkeit bei 50 % Tagesklinik-Besuch), dies für maximal 2-3 Monate ab Untersuchungszeitpunkt (S. 16). 3.9

Die Ärzte des Zentrums für Schlafmedizin, Klinik I.____, nannten in einem Bericht vom 25. November 2015 folgende Diagnosen (Urk. 3/3):

-

obstruktives Schlafapnoe-Syndrom schweren Grades

-

Globussyndrom seit 1995

-

St. nach Myokardinfarkt im 2013

Beim vorliegenden Schweregrad sei aus medizinischer Sicht eine Überdrucktherapie mit CPAP-Gerät die einzige Behandlung, die sogleich wirksam sei und eine Normalisierung des Schlafes ermögliche. 3.10

Dr. G.____ und H.____ führten in ihrem Bericht vom 25. November 2015 (Urk. 3/4) aus, der Patient würde über folgende Symptomatik, die sich nach seinem Herzinfarkt im Juni 2013 kontinuierlich entwickelt und zugenommen habe, berichten: erheblich Konzentrationschwierigkeiten, Nervosität, körperliche und innere Unruhe, eine vegetative Übererregbarkeit wie Schwitzen besonders nachts, Tachykardie, Tachypnoe, Oberbauchbeschwerden, Übelkeit sowie Mundtrockenheit mit Globulussyndrom. Die depressive Symptomatik sei organischer Ätiologie eines zugrundeliegenden obstruktiven Schlafapnoesyndroms schweren Grades, mit rezidivierenden nächtlichen cerebralen hypoxischen Zuständen. Eine Remission nach kausaler Therapie des Schlafapnoesyndroms sei vielleicht wahrscheinlich. Eine zeitliche Angabe der vielleicht oder wahrscheinlich anzunehmenden Remission der aus der somatischen Erkrankung hervorgehenden depressiven Symptomatik sei zeitlich (wahrscheinlich) nicht absehbar. Eine dauerhafte Remission der depressiven Symptomatik sei vielleicht wahrscheinlich anzunehmen. 4.

4.1

In seinem Einwand vom 9. April 2015 (Urk. 7/45, S. 3) gegen den Vorbescheid vom 3. März 2015 legte der Beschwerdeführer Bezugnehmend auf den Bericht seiner behandelnden Ärzte resp. Therapeuten Dr. G.____ und H.____ vom 26. September 2014 (Urk. 7/33/43-45) dar, er leide an einer Angststörung (Agoraphobie). Es sei damit ein eigenständiges psychiatrisches Leiden belegt. Die IV-Stelle behaupte ohne jegliche Abklärungen, er verfüge über genügend Ressourcen, um die Beschwerden zu überwinden. In seiner Stellungnahme zum obgenannten Gutachten von Dr. Y.____ vom 8. Juli 2015 (Urk. 7/55) führte er alsdann unter anderem aus, dass weitere medizinische Abklärungen getätigt worden seien. Er sei seit Jahren durch eine behinderte Nasenatmung beeinträchtigt.

Er leide mutmasslich an einem obstruktiven Schlafapnoesyndrom, eine Abklärung stehe noch an. Der stark beeinträchtigte Schlaf sei allenfalls als organische Ursache für die im Rahmen der psychischen Beeinträchtigung erfassten Beschwerden wie Konzentrationsstörungen, vegetative Symptome etc. (mit-)verantwortlich (S. 3). In seiner Beschwerde vom 1. Dezember 2015 (Urk. 2) kam er letztlich zum Schluss, dass seine Beschwerden durch ein schwergradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom verursacht oder mitverursacht seien. Seine gesundheitliche Beeinträchtigung habe eine somatische Ursache (S. 9, 11). 4.2

Gemäss den im Recht liegenden Akten wurde der Beschwerdeführer bereits im Jahre 2007 wegen des Verdachts auf ein obstruktives Schlafapnoesyndrom von Dr. Z.____ untersucht. Aufgrund des begründeten Verdachts war gemäss Dr. Z.____ die Anpassung einer CPAP-Maske indiziert (Urk. 7/54/1). Am 29. Juli 2013 erlitt der Beschwerdeführer einen Herzinfarkt, somit rund 6 Jahre nach dem begründeten Verdacht. Die behandelnden Ärzte des Spitals A.____, Kardiologie, stellten nebst einem Myokardinfarkt unter anderem die Diagnose eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms (Urk. 7/8/24, Urk. 7/17/3). Sie hielten fest, dass der Beschwerdeführer von kardialer Seite her zu 100 % arbeitsfähig sei. Die vom Beschwerdeführer geschilderten Symptome seien als klar extrakardial zu werten. Sie empfahlen dem Beschwerdeführer eine psychiatrische und/oder psychotherapeutische Unterstützung. Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. E.____, nannte in seinem Bericht vom Mai 2014 (Urk. 7/19) als Diagnose eine psychosomatische Verarbeitung nach dem am 29. Juli 2013 erlittenen Herzinfarkt. In seinem Bericht vom 4. November 2014 gab er explizit an, das obstruktive Schlafapnoesyndrom sei ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/34). Der Beschwerdeführer sei seit dem Herzereignis nicht mehr derselbe. Eine somatische Ursache schloss er aus. Dr. F.____ ging ebenfalls aus somatischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus (vgl. Notiz von Dr. F.____ über das Telefongespräch mit Dr. E.____ vom 21. Mai 2014; Urk. 7/22/15-16). Die Diagnose eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms lag deshalb bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vor und war aktenkundig. Die Ärzte des Zentrums für Schlafmedizin bestätigten nach Erlass der angefochtenen Verfügung diese Diagnose. Beim vorliegenden Schweregrad sei aus medizinischer Sicht eine Überdrucktherapie mit CPAP-Gerät die einzige Behandlung, die sogleich wirksam sei und eine Normalisierung des Schlafes ermögliche (Urk. 3/3). Die Ärzte des Zentrums für Schlafmedizin führten in ihrem Bericht nicht aus, dass das obstruktive Schlafapnoesyndrom Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat. Zusammenfassend hielten sämtliche Ärzte aus den somatischen Fachbereichen fest, dass die vom Beschwerdeführer geschilderte Symptomatik sich erst nach dem Herzinfarkt vom Juli 2013 entwickelt hat, somit sechs Jahre nach dem ersten Verdacht auf ein obstruktives Schlafapnoesyndrom. Auch der Beschwerdeführer hielt in seiner Beschwerde (S. 4) fest, dass er bis zum Herzinfarkt im Sommer 2013 gesund und arbeitsfähig gewesen sei. Hinzu kommt, dass die Ärzte des Zentrums für Schlafmedizin davon ausgehen, dass das obstruktive Schlafapnoesyndrom wirksam behandelt werden kann und zwar mit einer Therapie, welche dem Beschwerdeführer bereits im Jahr 2007 von Dr. Z.____ empfohlen worden war. Diese Behandlungsmassnahme ist dem Beschwerdeführer im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht zumutbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_53/2010 vom 26. Mai 2010, E. 5.2.1). Es liegt demnach kein invalidisierender physischer Gesundheitsschaden vor. Nachfolgend ist zu prüfen, ob eine relevante psychische Gesundheitsbeeinträchtigung vorliegt. 5. 5.1

Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4). Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet – gegebenenfalls neben standardisierten Tests – die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis). Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zu, und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremdanamnestic Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 9C_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3). Rechtsprechungsgemäss gibt es keine verbindliche Mindestdauer für eine psychiatrische Exploration, sondern es wird lediglich verlangt, dass die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist, wobei der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein muss (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2). 5.2

Die Berichte der behandelnden Ärzte respektive Therapeuten Dr. G.____ und H.____ des Beschwerdeführers sind widersprüchlich. In ihrem ersten Bericht vom 26. September 2014, welcher mehr als ein halbes Jahr nach Therapiebeginn erstattet wurde, diagnostizierten sie eine Agoraphobie (Urk. 7/33/43-45). Mit keinem Wort wurde hierbei das bereits diagnostizierte obstruktive Schlafapnoesyndrom erwähnt oder festgehalten, dass die im Vordergrund stehende depressive Symptomatik einer somatischen Untersuchung zwecks Ausschluss eines zugrunde liegenden somatischen pathologischen Prozesses bedürfe. Im zweiten Bericht vom 25. November 2015, welcher mehr als ein Jahr später erstattet wurde (Urk. 3/4), wiesen sie demgegenüber auf den Bedarf einer solchen Untersuchung hin. Nunmehr kamen Dr. G.____ und H.____ unter Bezugnahme auf den Bericht der Ärzte des Zentrums für Schlafmedizin zum Schluss, dass die depressive Symptomatik organischer Ätiologie eines zugrunde liegenden obstruktiven Schlafapnoesyndroms sei. Dieser zweite Bericht trägt dasselbe Datum wie der von ihnen zitierte Bericht der Ärzte des Zentrums für Schlafmedizin (Urk. 3/3). Offenkundig führten Dr. G.____ und H.____ keine aktuellen eigenen Untersuchungen des Beschwerdeführers im Nachgang zum Bericht der Ärzte des Zentrums für Schlafmedizin durch respektive hielten sie keine Therapiestunden mit dem Beschwerdeführer ab, woraus sie eigene Schlüsse hätten ziehen können. Zum Umfang und zur Dauer der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers konnten sie in ihrem zweiten Bericht keine Angaben machen. Sie hielten lediglich fest, dass eine dauerhafte Remission der depressiven Symptomatik vielleicht wahrscheinlich anzunehmen sei, was nicht nachvollziehbar ist. Im

zweiten Bericht notierten sie zwar unter Befunden

Antriebslosigkeit, ausgeprägte Tagesmüdigkeit, schnelle Erschöpfbarkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Verlust an Selbstvertrauen, Hoffnungslosigkeit, Interessenlosigkeit, Angstgefühl mit Panikattacken, stark reduziertes Konzentrationsvermögen, Vergesslichkeit, Schlafstörungen und Libidoverlust.

Die im ersten Bericht diagnostizierte Agoraphobie wurde jedoch nicht mehr erwähnt. Eine Begründung, inwiefern es dem Beschwerdeführer aus objektiver Sicht nicht mehr möglich sein soll, bei Aufbietung aller guten Willens Arbeit in ausreichendem Masse zu verrichten, fehlt indessen gänzlich. Die vagen Ausführungen im Bericht genügen nicht als Grundlage zur Beantwortung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Beschwerdeführer noch zugemutet werden können. Es kann deshalb

nicht ausgeschlossen werden, dass Dr. G. ___ und H. ___ ihre Beurteilung im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers stützten. Auch wenn davon auszugehen wäre, dass sie als anerkannte Spezialisten über grosse Erfahrung auf diesem Gebiet verfügen, ist es aus Sicht der Rechtsanwendung unerlässlich, dass die ärztliche Einschätzung vorab auf klinischen Befunderhebungen beruht. Neben diesen inhaltlichen Bedenken ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass nicht nur allgemeinpraktizierende Hausärzte, sondern auch behandelnde Spezialärzte (vgl. die Urteile des Bundesgerichts I 383/04 vom 26. November 2004, E. 3.4, und I 139/04 vom 20. Oktober 2004 E. 4.2.2, je mit Hinweisen) im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. auch BGE 125 V 353 E. 3b/cc mit Hinweisen). Dies ist insbesondere aufgrund des zweiten Berichts vom 25. November 2015 nach dem Ausgeführten anzunehmen. Zu diesem Zeitpunkt war die Diagnose eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms schon lange bekannt und aktenkundig, nichtsdestotrotz blieb sie bis zu diesem Zeitpunkt unbeachtet. Erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung erfolgte ein angepasster Bericht. Die besagten Berichte bilden daher keine den rechtsprechungsgemässen Beweisforderungen genügende Grundlage für die Beurteilung von Gesundheitszustand sowie (Rest-)Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich.

5. 3

Das psychiatrische Gutachten von Dr. Y. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. März 2015 (Urk. 7/48/3-19) beruht auf der gesamten Aktenlage, berücksichtigt die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers und erfolgte gestützt auf eigene Untersuchungen. Der begutachtende Arzt erhob detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen und setzte sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinander. Zudem legte er die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründete seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Das Gutachten erfüllt somit – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – die praxismässigen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage. Der Gutachter hielt zusammenfassend fest, dass er an den vorliegenden psychopathologischen Befunden bis auf eine leichte latente Verunsicherung keine die Arbeitsfähigkeit nennenswert einschränkende psychiatrische Erkrankung erkenne (S. 10). Er kam zum Schluss (S. 15 f.), dass der diagnostizierten psychogenen Störung ab Untersuchungszeitpunkt keine psychiatrisch-krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr zuzuschreiben sei, mithin volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Diese Beurteilung stützte sich zum einen auf den Umstand, dass in kardialer Hinsicht keine Beeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr feststellbar war. In psychischer Hinsicht wurde zum anderen eine im Anschluss an einen Ende Juli 2013 erlittenen Herzinfarkt mit einer etwa drei monatigen Latenzzeit klinisch manifest gewordene, sich vorerst als Angst- und somatoforme Störung präsentierende, nunmehr aufgrund der beobachtbaren Symptomatik als genügend abgeheilt zu bezeichnende kombinierte Anpassungsstörung, bei Verdacht auf vorbestehende ängstlich-selbstunsichere, inkonstante Persönlichkeit, festgestellt.

Eine Anpassungsstörung liegt im Grenzbe reich dessen , was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potenziell invalidisierendes Leiden gelten kann (vgl. Urteil des Bundesge richts 9C_153/2012 vom 1 5. Oktobe r 2012 E. 4.3), und ferner deutet nichts auf einen verselbständigten Gesundheitsschaden (BGE 127 V 294 E. 5a) hin.

Dr. Y.____ hielt ausdrücklich fest, dass die Anpassungsstörung als geheilt bezeichnet werden könne. Er führte aus, dass g emäss Beschwerdeschilderung durch den Versicherten die psychogene Störung jetzt noch in einer neurasthenischen, somatoformen und leicht depressiven Gestalt vorzuliegen scheine. Auf Grund seines subjektiven Leidensdruckes habe er sich umgehend in (teilzeitliche) psychiatrisch-tageskli nische Behandlung zu begeben. In diesem Fall – mithin aufgrund der psychoge nen Störung und deren aktuellen Zustand – könne er nur dann eine weiterge hende Arbeitsunfähigkeit begründen, wenn dieser sofort eine psychiatrische Tagesklinik-Behandlung beginne, das Ganze für maximal 2-3 Monate ab Untersuchungszeitpunkt. Es sei diesfalls von einer partiellen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, entsprechend dem Prozentsatz des Tagesklinik-Besuches (also z.B. 50 % Arbeitsunfähigkeit bei 50 % Tagesklinikbesuch). Dann sei wieder von voller Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 15 f.). Auch nach der Praxisänderung vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) gelten psychische Störungen der hier inte ressierenden Art nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angehbar sind, was namentlich bei noch nicht lange chronifizier ten Krankheitsgeschehen voraussetzt, dass keine therapeutische Option mehr und somit eine Behandlungsresistenz besteht (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1). Dies ist nach dem Gesagten vorliegend nicht der Fall. Es handelt sich folglich nicht um eine invalidenversicherungsrechtlich als relevant geltende Einschränkung der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte. 5.4

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen. 6.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 6 00.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Barbara Laur - 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
Hurst
Marti

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

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