

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01011 vom 22. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01011

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01011 du 22 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01011 del 22 maggio 2018

Erwägungen

E. 1.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

E. 1.2

Am 6. Dezember 2016 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle unter Hinweis auf einen am 16. Juli 2016 erlittenen zweiten Myokard infarkt sowie auf die bereits bekannten Beschwerden erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 6/92). Er legte seiner Neuanmeldung einen Bericht von Dr. med. Z.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Dezember 2016 (Urk. 6/93) sowie die Akten der Kranken taggeldversicherung (Urk. 6/94) bei. Die IV-Stelle tätigte in der Folge beruflich-erwerbliche und medizinische Abklärungen. Am 16. Januar 2017 teilte sie dem Versicherten mit, dass berufliche Eingliederungsmassnahmen zur Zeit nicht möglich seien (Urk. 6/104). Am 19. April 2016 wurde beim Versicherten zu Hause eine Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt vorgenommen (vgl. den Abklärungsbericht vom 20. April 2017 (Urk. 6/107). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 3. Mai 2017 [Urk. 6/110]; Einwand vom 17. Mai 2017 [Urk. 6/111] mit Ergänzung vom 22. Juni 2017 [Urk. 6/115]) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten mit Verfügung vom 26. Juli 2017 ab (Urk. 2 [= Urk. 6/118]).

E. 1.2.1

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. 1.2.2

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung aller Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; 143 V 409 E. 4.2.1).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisse Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits – das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweislustete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

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 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). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 14. September 2017 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm ab dem 1. Juli 2017 eine Rente der Invalidenversicherung auszurichten; eventuell seien ihm berufliche Massnahmen zu gewähren. Subeventuell sei die Sache zur Durchführung weiterer Abklärungen, insbesondere zur psychiatrischen und kardiologischen Begutachtung, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 27. Oktober 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 2. November 2017 angezeigt wurde (Urk. 7). Am 7. November 2017 (Urk. 8), am 6. Dezember 2017 (Urk. 10, inkl. Beilage vom 23. November 2017 [Urk. 11]) sowie am 30. April 2018 (Urk. 13, inkl. Beilagen [Urk. 14/1-3]) reichte der Beschwerdeführer weitere Eingaben ein. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung vom 26. Juli 2017 (Urk. 2), bei der aktuellen Arbeitsstelle übe der Beschwerdeführer keine angepasste Tätigkeit aus, da er dort erheblichem Leistungsdruck ausgesetzt sei. Unter Berücksichtigung, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 90 % arbeitsfähig sei und dort, unter Berücksichtigung eines lohnmindernden Faktors von 10 %, ein Invalideneinkommen von Fr. 54'312.45 erzielen könne, resultiere bei einem Vergleich mit dem Valideneinkommen von Fr. 79'604.90 ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 32 %.

E. 2.2

Demgegenüber brachte der Beschwerdeführer in der Beschwerdeschrift vom 14. September 2017 (Urk. 1) im Wesentlichen vor, das Valideneinkommen sei zu tief bemessen. Bei der Bemessung des Invalideneinkommens sei nicht von einer 90%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ein wohlwollendes Arbeitsklima liege bereits bei der jetzigen Arbeitgeberin vor, womit dieser Arbeitsplatz leidensangepasst sei. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei auf die Einschätzung von Dr. Z.____ abzustellen. Faktisch bestehe

gemäss dem Arbeitgeber des Beschwerdeführers derzeit aber bloss eine Leistungsfähigkeit von 25 %. Ein Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung, allenfalls auf eine Dreiviertelrente, sei daher zu bejahen. In der Eingabe vom 7. November 2017 (Urk. 8) machte der Beschwerdeführer zudem geltend, von ihm könne im Rahmen der Schadenminderungspflicht nicht erwartet werden, eine Psychopharmako-Therapie durchzuführen. Mit Eingabe vom 6. Dezember 2017 (Urk. 10) legte er das im Auftrag der Krankentaggeldversicherung erstellte Gutachten von Dr. med. A.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. November 2017 (Urk. 11) auf und forderte, es sei auf deren Einschätzung, wonach für die Tätigkeit als Prothesenhersteller eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, abzustellen. Mit Eingabe vom 30. April 2018 (Urk. 13) informierte der Beschwerdeführer darüber, dass sein aktueller Arbeitgeber eine Änderungskündigung erlassen habe und das Arbeitspensum per 1. August 2018 auf 40 % reduziert worden sei. Dieses Pensum entspreche seinem tatsächlichen Leistungsvermögen, was auch den beigelegten Berichten der Dres. B.____ und C.____ zu entnehmen sei (vgl. Urk. 14/1-3). 3.

Für die Beurteilung, ob eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der rentenabweisenden Verfügung vom 6. Oktober 2011 (Urk. 6/59) eingetreten ist (E. 1.1), dient das jener zugrunde liegende Gutachten des Y.____ vom 29. März 2011 (Urk. 6/32) als zeitliche Vergleichsbasis. Das Gutachten basierte auf internistischen, psychiatrischen und orthopädischen Untersuchungen (Urk. 6/32/1). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden aufgeführt (Urk. 6/32/18): - Chronische Knieschmerzen links (ICD-10 M79.66/Z98.8) - Status nach Kniedistorsion am 27.2. 2008 - Status nach arthroskopischer medialer Teilmeniscektomie am 19.3.2008 (Dr. D.____) - radiologisch unauffälliger Befund postoperativ (MRI 30.06.2008) - radiologisch kein Hinweis für Instabilität (Stressaufnahmen 17.8. 2010) - kein Ansprechen auf intraartikuläre Infiltration am 22.10.2010 (E.____) - symmetrisch frei bewegliche, praktisch reizlose Kniegelenke ohne Hinweis für Instabilität oder Meniskusläsion Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (Urk. 6/32/18 f.): - Leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0) - Panikstörung

(ICD-10

F41.0) - Chronische Beschwerden im Bereich der dominanten linken Schulter (ICD-10 M75.0) - symmetrisch frei bewegliche Schultergelenke ohne Hinweis für Impingement oder Läsion von Rotatorenmanschette, Labrum, Akromioklavikulargelenk oder langer Bizepssehne - Koronare 2-Gefässerkrankung (ICD-10 I 25.1) - Status nach Stent-Implantation 05/2009 - normale linksventrikuläre Funktion (kardiologische Untersuchung 10.11.2010, Dr. F.____) - kardiovaskuläre Risikofaktoren - metabolisches Syndrom - fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ca. 30 py) (ICD-10 F17.1) - Beginnendes metabolisches Syndrom - arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) - Dyslipidämie

(ICD-10

E78.2) - unter medikamentöser Behandlung kompensiert - Übergewicht (BMI 29 kg/m²) (ICD-10 E66.0) - diabetische Stoffwechsellage (HbA1c 6,6%) Die Gutachter führten in der Gesamtbeurteilung aus, aus polydisziplinärer Sicht sei der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten bis intermittierend mittel schweren, wechselbelastenden Tätigkeit zu

% arbeits- und leistungsfähig. Die früher ausgeübte Tätigkeit in der Kunststofffabrik sei ihm nicht mehr zumutbar.

Aus psychiatrischer Sicht seien eine generalisierte Angststörung, eine Panikstörung und eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert worden. Letzteres könne bestätigt werden, wobei die depressive Symptomatik nur leichtgradig ausgeprägt sei. Auch die Panikstörung sei nicht stark ausgeprägt. Es bestünden keine Panikattacken. Die Arbeitsfähigkeit sei von der behandelnden Psychiaterin, Dr. Z.____ mit 0-50

% angegeben worden. Aufgrund der erhobenen Befunde könne jedoch versicherungsmedizinisch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht begründet werden (Urk. 6/32/20) . 4 .

Den medizinischen Akten lässt sich nicht entnehmen, dass

seit dem zweiten Herzinfarkt eine längerdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht bestehen würde . Im Austrittsbericht des G.____ vom 21. Juli 2016 (Urk. 6/94/3) wurde dem Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit aus kardiologischer Sicht attestiert; bei seiner Argumentation berief sich der Beschwerdeführer

im Wesentlichen lediglich auf die psychiatrische Beurteilung von Dr. Z.____ (vgl. Urk. 1; vgl. auch Urk. 8). Diese hielt in ihrem Bericht vom 6. Januar 2016 (richtig: 2017) fest, es lägen gute Ergebnisse der somatischen Untersuchungen vor (Urk. 6/101/4), womit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht mehr gerechtfertigt ist . Auch die Krankentaggeldversicherung ging nicht von einer massgebenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht aus, denn sie veranlasste einzig eine psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers bei Dr. med.

A.____ , Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 11; vgl. auch die Eingabe des Beschwerdeführers vom 6. Dezember 2017 [Urk. 10]). Im Gutachten vom 23. November 2017 zitierte Dr. A.____ einen neuen Arztbericht des G.____ vom 26. April 2017. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurde darin

ebenfalls nicht erwähnt. Es wurde bloss festgehalten, der Beschwerdeführer sei bei hohem Leidensdruck und fehlender Belastbarkeit stationär aufgenommen worden (vom 22. bis 26. April 2017). Man beurteile die Symptomatik im Rahmen einer stabilen Angina pectoris (Urk. 11 S. 5). Wenn der Beschwerdeführer in seiner Eingabe vom 30. April 2018 (Urk. 13) auf die Beurteilung des behandelnden Hausarztes Dr. med. B.____ , Facharzt FMH für Innere Medizin, verweist, ändert dies nichts. Dr. B.____ hatte dem Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 12. Dezember 2016 ab dem 1. Dezember 2016 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert und festgehalten, die weitere Arbeitsunfähigkeit werde massgebend durch die behandelnde Psychiaterin attestiert (Urk. 6/96/6-7) , womit auch er der Meinung war, die Arbeitsfähigkeit werde im Wesentlichen durch psychische Faktoren bestimmt. Auf seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kann daher nicht abgestellt werden. Seit der rentenabweisenden Verfügung vom 6. Oktober 2011 (Urk. 6/59) liegt somit aus somatischer Sicht unverändert eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer körperlich leichten bis intermittierend mittel schweren, wechselbelastenden Tätigkeit vor (vgl. das Gutachten des Y.____ vom 29. März 2011 [E. 3]). 5. 5.1

Zu prüfen bleibt, ob seit der rentenabweisenden Verfügung vom 6. Oktober 2011 aus psychiatrischer Sicht eine wesentliche Veränderung eingetreten ist. 5.2 5.2.1

Dr. Z.____ stellte in ihrem Bericht vom 6. Januar 2017 (Urk. 6/101/2; vgl. auch ihre Berichte vom 5. Dezember 2016 [Urk. 6/93] sowie vom 5. Januar 2017 an die Krankentaggeldversicherung [Urk. 6/101/11-16]) aus psychiatrischer Sicht die folgenden Diagnosen: - generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), mittel- bis schwergradige Ausprägung - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - Rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1), derzeit mittelgradig - Anhaltende Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41) Sie hielt sodann fest, der Beschwerdeführer habe im Jahr 2012 die Wiedereingliederung im Bereich der Implantat-Herstellung geschafft. Er habe aber unter Selbstzweifeln gelitten und Angst davor gehabt, nicht zu genügen. Er habe ein Arbeitspensum von 80 % erreicht und dieses bis im Juni 2016 ohne Krankheitsausfälle, jedoch unter erhöhtem intrapsychischem Stress, einhalten können. Seit dem zweiten Myokardinfarkt am 16. Juli 2016 habe sich sein Gesundheitszustand vor allem bezüglich der psychischen Erkrankung (Angst-, Panikstörung, Depression, körperbezogene Ängste, Zunahme von Körpersymptomen) deutlich verschlechtert. Er habe die Arbeit ab dem 1. November 2016 wieder zu 50 % aufgenommen. Am 19. Dezember 2016 sei ihm dann aber von ihr (Dr. Z.____) eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, da er wegen verstärkter Angst- und Körpersymptome wiederholt die Notfallstation aufgesucht habe, sich dort gereizt, ungeduldig und unzufrieden verhalten habe, sich nicht beruhigen könne und die somatischen Abklärungen als ungenügend empfunden habe. Der Arbeitgeber habe mitgeteilt, dass der Beschwerdeführer nach der Wiederaufnahme der Arbeit sichtbar unter Angst- und Stresssymptomen gelitten habe, dass die Qualität seiner Arbeit aber weiterhin gut gewesen sei (wenig Fehler). Die Quantität sei reduziert gewesen, was aber nicht zähle; der Beschwerdeführer sei motiviert und pflichtbewusst. Es bestehe keine Gefahr der Kündigung. Die schwere Erkrankung der Ehefrau ängstige den Beschwerdeführer ebenfalls, sodass bei Zustandsverschlechterungen der Ehefrau und Hospitalisationen jeweils eine Zunahme von Angst und Stress beim Beschwerdeführer wahrnehmbar sei. Der Beschwerdeführer führe die Tätigkeiten am Arbeitsplatz wechselbelastend aus, je nach den Körperbeschwerden, was in Ordnung sei (Urk. 6/101/3).

Dr. Z.____ hielt sodann fest, trotz guter Ergebnisse der somatischen Untersuchungen bleibe eine unkorrigierbare Interpretation der Körpersymptome als Anzeichen einer lebensbedrohlichen Erkrankung («den dritten Herzinfarkt überlebe ich nicht mehr»). Er habe auch Angst um seine Ehefrau, welche an Krebs erkrankt sei, und um seine (jüngere) Tochter, welche an Epilepsie leide. Sodann habe er Angst vor anderen Menschen, nicht ernst genommen, ausgelacht, ausgegrenzt und kritisiert zu werden (Urk. 6/101/4). Der Beschwerdeführer habe unter dem hohen innerpsychischen Stress aufgrund seiner Krankheit einen zweiten Herzinfarkt erlitten. Dies zeige ihm jetzt auf, in welchem Teufelskreis er stecke. Wenn er sich mehr anstrengt, werde er krank. Er sei überzeugt, dass es ihn umbringe, wenn er weiterarbeite. Ebenso unkorrigierbar sei er im Rahmen seiner Angsterkrankung von der Schädlichkeit der Pharmakotherapie überzeugt, weshalb eine angemessene Psycho- und Pharmakotherapie nicht etabliert werden könne. Er habe bereits negative Erfahrungen mit Antidepressiva gemacht (erhebliche Nebenwirkungen (Urk. 6/101/6). Seit dem 3. Januar 2017 bestehe provisorisch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, welche vermutlich aber nicht stabil aufrecht erhalten werden könne (Urk. 6/101/7 f.).

5.2.2 Gemäss dem Haushaltsabklärungsbericht vom 20. April 2017 (Urk. 6/107) schilderte der Beschwerdeführer, er habe seine Tätigkeit in der Implantat-Herstellung im Juni 2012 mit 100 % aufgenommen, dann aber auf 80 % reduziert, da die Schichtarbeit für ihn zu belastend gewesen sei. Dieses Pensum habe er bis zum zweiten Herzinfarkt leisten können.

Er habe gesundheitsbedingt keine Krankheitstage zu verzeichnen gehabt und diese Arbeit immer sehr gerne ausgeübt. Von seinem zweiten Herzinfarkt habe er sich bis heute nicht erholen können. Seine Leistung bei der Arbeit betrage bloss circa 20-25 %, obwohl er im Januar 2017 wieder mit einem Arbeitspensum von 50 % eingestiegen sei. Bei guter Gesundheit würde er ein Arbeitspensum von 100 % bekleiden. 5.2.3

Dr. A.____ hielt in ihrem psychiatrischen Gutachten vom 23. November 2017 zuhanden der Krankentaggeldversicherung die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 11 S. 13): - Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.00) - Somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. A.____ die folgenden (Urk. 11 S. 13): - Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedative und Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F13.24) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F17.24) Dr. A.____ erhob den folgenden Befund (Psychostatus): Der Beschwerdeführer sei allseits orientiert und bewusstseinsklar. Während des Explorationsgespräches hätten keine Störungen der Konzentration oder der Auffassung festgestellt werden können. Hinweise für Störungen der Merkfähigkeit oder des Gedächtnisses gebe es nicht. Formalgedanklich sei er klar und kohärent und nicht verlangsamt. Es gebe keine Hinweise für das Vorliegen einer psychotischen Symptomatik wie Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Es bestünden Befürchtungen in der Art, erneut einen Herzinfarkt zu erleiden und daran zu versterben. Diese Befürchtung trete mehrmals täglich auf. Zwangsgedanken oder -handlungen könnten nicht exploriert werden. Affektiv sei der Beschwerdeführer leichtgradig niedergestimmt bei durchgängig erhaltener Schwingungsfähigkeit. Der Rapport sei gut herstellbar. Psychomotorisch sei er leicht angespannt. Es bestünden keine Hinweise für selbstverletzendes Verhalten. Es bestehe keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung (Urk. 11 S. 12). Auf der Hamilton Depressionsskala erreiche der Beschwerdeführer 14 Punkte. Dieser Wert weise auf eine vergleichsweise leicht gradige psychische Belastung hin, wobei jedoch auch subjektive Beschwerden berücksichtigt worden seien (Urk. 11 S. 13). Seinen Tagesablauf schilderte der Beschwerdeführer Dr. A.____ gegenüber wie folgt: Habe er Frühschicht, stehe er um 06.00 Uhr auf, mache seine Körperpflege, trinke einen Kaffee und esse ein gutes Frühstück. Um 07.00 Uhr besteige er den Zug. Sein Arbeitspensum betrage vier Stunden pro Tag. Nach der Arbeit fahre er nach Hause. Oft müsse er aufgrund von Atemnot und Stressgefühlen auf dem Nachhauseweg eine Pause einschalten. Zu Hause angekommen müsse er sich für rund eine Stunde hinlegen. Dies entspanne ihn, und in dieser Zeit gehe es ihm gut. Nach dieser Pause nehme er mit seiner Frau das Mittagessen ein. Am Nachmittag erledigten er und seine Frau gemeinsam den Haushalt und er nehme Termine wahr. Abends würden sie gemeinsam kochen und essen. Danach gehe er in der Wohnung hin und her. Je nachdem, wann er müde sei, gehe er zu Bett, dies könne zwischen 21.00 und 24.00 Uhr sein. Hobbies habe er keine ausser Spazieren. Er schaue fern oder höre Radio, wenn ihn etwas interessiere. Er arbeite nicht gerne am PC und benutze diesen nur am Arbeitsplatz. Er fahre Auto, jedoch nur in seiner Wohngegend. Den Arbeitsweg bewältige er mit dem Zug. Administrative Aufgaben erledige seine Frau (Urk. 11 S. 11 f.). In der zusammenfassenden Beurteilung hielt Dr. A.____ fest, der Vorschlag der behandelnden Ärztin, eine Medikation mit Lyrica zu installieren, sei durchaus sinnvoll. Es stünden auch andere Medikamente zur Behandlung

einer Angststörung zur Verfügung. Dennoch könne dem Beschwerdeführer aus gutachterlicher Sicht keine Schadenminderungspflicht auferlegt werden. Der mögliche Nutzen stehe verschiedenen Nachteilen gegenüber. Aufgrund von kardialen Nebenwirkungen sei beim Beschwerdeführer Vorsicht geboten. Beim Krankheitsbild des Beschwerdeführers handle es sich um ein langjähriges und chronifiziertes Zustandsbild, welches sowohl psychotherapeutisch als auch psychopharmakologisch nur schwer zu beeinflussen sei. Die regelmässige und langfristige Einnahme von Benzodiazepinen (Temesta) sei nicht zu empfehlen. Es bestehe die Gefahr einer Abhängigkeit, zudem seien Benzodiazepine in der Behandlung von Angst- und Panikstörungen höchstens als Notfallmedikation indiziert. Trotz der langjährigen Einnahme von Temesta habe der Beschwerdeführer die vergleichsweise niedrige Tagesdosis jedoch nicht gesteigert (Urk. 11 S. 14-17). Dr. A. ___ gelangte zum Schluss, es sei eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % anzunehmen. Im Bereich Haushalt bestehe keine relevante Einschränkung (Urk. 11 S. 17).

5.3 5.3.1

Dr. A. ___ konnte anlässlich ihrer Untersuchung vom 10. November 2017, pas send zum von ihr erhobenen Psychostatus, lediglich eine leichtgradige depressive Symptomatik feststellen (E. 5.2.3), ebenso wie bereits die Gutachter des Y. ___ im Erstanmeldungsverfahren (E. 3). Sodann wurde unverändert eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) diagnostiziert, welche eine generalisierte Angststörung , welche von Dr. H. ___ zusätzlich gestellt wurde, als weitere Hauptdiagnose aber ausschliesst (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], 10. Aufl., Bern 2015, Ziff. 41.1 S. 199). In Abweichung vom Gutachten des Y. ___ stellte Dr. A. ___ die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) . Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass sich die Gutachter des Y. ___ mit der von Dr. Z. ___ bereits im Bericht vom 24. September 2010 (Urk. 6/14/3) gestellten Diagnose einer anhaltenden Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.42) auseinandergesetzt und diesbezüglich festgehalten hatten, eine zusätzliche Schmerzstörung könne nicht diagnostiziert werden; im Rahmen der psychischen Störungen sei eine Somatisierung mit subjektiv verstärkten Schmerzen möglich (Urk. 6/32/12).

5.3.2

Unabhängig von der klassifikatorischen Einordnung einer Krankheit resultiert aus einer Diagnose allein – mit oder ohne diagnoseinhärenten Bezug zum Schweregrad – allerdings noch keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse bei psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 6). Die psychischen Leiden sind einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedarf. Die Abklärungen enden stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 1.2.2; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 8C 409/2017 vom 21. März 2018 E. 4.3).

5.3.3

Die Beurteilung von Dr. H. ___ ist somit einer Prüfung zu unterziehen. Hierbei ist zunächst darauf hinzuweisen, dass gemäss ihrem Gutachten keine ausgeprägte Schmerzstörung vorliegen kann. Zum einen leidet der Beschwerdeführer nicht unter permanenten Schmerzen; wenn er sich beispielsweise nach der Arbeit zu Hause für rund eine Stunde

hinlegt, geht es ihm gemäss eigener Angabe gut (Urk. 11 S. 11). Zum anderen stehen nicht die Schmerzen als solche im Vordergrund, sondern die durch die Schmerzen ausgelösten Befürchtungen, wieder einen Herzinfarkt zu erleiden (vgl. Urk. 11 S. 10 f.). Wenn Dr. A.____ ausführt, es bestünden Befürchtungen, erneut einen Herzinfarkt zu erleiden und daran zu versterben, wobei diese Befürchtungen mehrmals täglich aufträten (Urk. 11 S. 12), lässt sich damit auch keine ausgeprägte Panikstörung begründen. Befürchtungen erreichen nicht die Qualität von eigentlichen Angstattacken. Bereits die Gutachter des Y.____ gelangten zum Schluss, es bestünden keine Panikattacken, weshalb sie die Panikstörung bei den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einordneten (Urk. 6/32/21). Kommt hinzu, dass auch die depressive Symptomatik

von Dr. A.____ als bloss leichtgradig ausgeprägt qualifiziert wurde. Der vom Beschwerdeführer gegenüber Dr. A.____ geschilderte Tagesablauf (E. 5.2.3) deutet sodann auf genügende persönliche Ressourcen hin. Das Aktivitätsniveau ist insgesamt kaum eingeschränkt, gab der Beschwerdeführer doch selber an, sein Antrieb sei vorhanden; er gehe von Montag bis Freitag arbeiten, erledige gemeinsam mit seiner Ehefrau den Haushalt und gehe einkaufen. Ab und zu gehe er alleine oder mit einem Kollegen spazieren. Er lasse seine Frau jedoch nicht gerne alleine zu Hause (Urk. 11 S. 11). Dass sich das soziale Netz verkleinert hat, mag zutreffen. Dies ist aber nicht als limitierender Faktor im Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit zu werten, denn ein ausgeprägter Rückzug ist nicht erkennbar: Es bestehen nach wie vor eine sehr gute Beziehung zur Ehefrau, ein sehr guter Kontakt zu den beiden Töchtern und ein guter Kontakt zu den fünf noch lebenden Geschwistern (Urk. 11 S. 8). Darüber hinaus verfügt der Beschwerdeführer über Kollegen, mit denen er spazieren geht (Urk. 11 S. 11). Angesichts des kaum eingeschränkten Aktivitätsniveaus ist der insgesamt bloss leicht ausgeprägten psychischen Symptomatik keine ressourcenhemmende Wirkung beizumessen. Es fehlt auch an einer rechtlich bedeutsamen Komorbidität der somatoformen Schmerzstörung. 5.4

5.4.1

Was die Beurteilung der behandelnden Ärztin Dr. Z.____

anbelangt, so ist darauf hinzuweisen, dass sich die von ihr gestellten Diagnosen seit dem Erstanmeldungsverfahren nicht verändert haben (vgl. Urk. 6/14/3, Urk. 6/49/1 und E. 3.2.1). Sie ging bereits damals, das heisst nach dem ersten Herzinfarkt vom 11. Mai 2009, von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Bereich von 0 bis 50 % aus: Im Bericht vom 24. September 2010 hielt sie fest, es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit; möglicherweise könne der Beschwerdeführer in sechs bis zwölf Monaten in eine angepasste Tätigkeit zu circa 50 % reintegriert werden (Urk. 6/14/7). In ihrer Stellungnahme vom 24. August 2011 erachtete sie eine angepasste Tätigkeit (noch immer) als nicht zumutbar (Urk. 6/49/4). Sie beschrieb sodann ähnliche Befunde wie heute, wobei bereits damals die Angst des Beschwerdeführers vor einem erneuten Herzinfarkt im Vordergrund gestanden haben soll (Urk. 6/14/5). Obwohl Dr. Z.____ in ihrer Stellungnahme vom 24. August 2011 die Einschätzung der Y.____-Gutachter in Frage stellte (Urk. 6/50), wurde letztere schliesslich bestätigt: Der Beschwerdeführer trat per 1. Juni 2012 eine neue Arbeitsstelle an (vgl. den Arbeitgeberfragebogen vom 16. Dezember 2016 [Urk. 6/98]) und war in der Lage, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen, weshalb er die Beschwerde gegen die rentenablehnende Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 6. Oktober 2011 beim hiesigen Gericht am 10. April 2013 wieder zurückzog. Es lässt sich sodann nicht nachvollziehen, worauf Dr. Z.____ in ihrem Bericht vom 6. Januar 2017 hinauswill, wenn sie

angibt, der Beschwerdeführer habe unter dem hohen innerpsychischen Stress aufgrund seiner Krankheit einen zweiten Herzinfarkt erlitten (Urk. 6/101/6). Dass der zweite Herzinfarkt durch psychischen Stress ausgelöst worden sein soll, stellt eine Mutmassung dar, steht doch der jahrelange Nikotinabusus als Risikofaktor im Vordergrund. In der Suchtmittelanamnese von Dr. A. ___ gab der Beschwerdeführer an, er konsumiere aktuell Tabak in Form von 5-6 Zigaretten pro Tag. Seit dem Jahr 2016 gelinge es ihm, diese Menge nicht zu überschreiten. Bis zum Jahr 2016 (den zweiten Herzinfarkt erlitt der Beschwerdeführer am 16. Juli 2016) habe er «ohne Grenzen, bis 2 Päckchen pro Tag» geraucht (Urk. 11 S. 10; vgl. dazu auch die passende Angabe der Ehefrau des Beschwerdeführers in Urk. 6/94/6). Dass der Beschwerdeführer nach Antritt der neuen Stelle als Prothesen-Hersteller unter hohem innerpsychischem Stress gelitten haben soll, lässt sich im Übrigen nicht einmal den eigenen Aussagen des Beschwerdeführers anlässlich der Haushaltsabklärung vom 19. April 2016 entnehmen. Der Beschwerdeführer gab an, er habe das Arbeitspensum bis zum zweiten Herzinfarkt leisten können. Er habe gesundheitsbedingt keine Krankheitstage zu verzeichnen gehabt und diese Arbeit immer sehr gerne ausgeübt (E. 5.2.2). Wenn Dr. Z. ___ nach dem zweiten Herzinfarkt praktisch wieder dieselbe Einschätzung vornimmt wie nach dem ersten Herzinfarkt, liegt lediglich eine andere Beurteilung eines unveränderten Sachverhaltes vor. In diesem Zusammenhang ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). 5.4.2

Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (Urk. 2) handelt es sich bei der Tätigkeit als Prothesenhersteller um eine angepasste Tätigkeit, welche wechselbelastend und in einem wohlwollenden Arbeitsklima ausgeübt werden kann. Dies belegen insbesondere die Ausführungen des Arbeitgebers gegenüber der behandelnden Psychiaterin (Urk. 6/101/3 f.) und auch die eigenen Angaben des Beschwerdeführers (E. 5.2.2). 5.5

Nach dem Gesagten ist auch aus psychiatrischer Sicht keine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der rentenabweisenden Verfügung vom 6. Oktober 2011 festzustellen.

6.

Mangels Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse sind keine weiteren Abklärungen vorzunehmen. Auch erübrigt sich ein neuer Einkommensvergleich. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 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 Aurelia Jenny - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage eines Doppels von Urk.

E. 3

der Verordnung über die Invalidenversicherung

(IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

(ATSG) vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zu nächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

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).

E. 13

sowie von Kopien von Urk. 14/1-3 - 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 HurstMuraro

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