

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00812 vom 9. März 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00812

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00812 du 9 mars 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00812 del 9 marzo 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1965, war von

Februar 2005 bis Februar 2013 vollzeitlich und ab 1. März 2013 gesundheitsbedingt in einem reduzierten Pensum als Geschäftsführer bei der Y.____ tätig (Urk. 8/21, Urk. 8/14 S. 7, Urk. 8/114 S. 1).

Unter Hinweis auf ein Burnout, einen vierfachen Bandscheibenvorfall und Hautveränderungen meldete sich der Versicherte am 4. Juni 2014 (Eingangsdatum) bei der Invalidenversicherung zum Rentenbezug

an (Urk. 8/14). Am 16. März 2015 erlitt der Versicherte einen Vorhofflimmern, worauf gleichentags eine perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)

durchgeführt und am 30. März 2015 ein primäres Stentimplantat in die mediale rechte Kranzarterie eingesetzt wurde (vgl. Urk. 8/68). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Krankentaggeldversicherung bei (Urk. 8/33, Urk. 8/69, Urk. 8/78) und holte polydisziplinäre Gutachten bei M. Z.____, A.____,

(Expertise vom

29. Januar 2016, Urk. 8/101) sowie bei der B.____, C.____ (Expertise vom 26.

September 2017, Urk. 8/146/3-68) ein.

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/163, Urk. 8/166) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 2. Juli 2018 (Urk. 2) einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 12

%.

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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus gleichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 3. September 2018

mit einem an die IV-Stelle adressierten Schreiben Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 2. Juli 2018. Diese

überwies die IV-Stelle am 20. September 2018 (Urk. 4) an das Sozialversicherungsgericht. Der Beschwerdeführer beantragte sinngemäss

die Aufhebung der Verfügung vom 2. Juli 2018 und die Zusprache einer Invalidenrente.

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 30. Oktober 2018 (Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 31. Oktober 2018 (Urk. 10) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in ihrer leistungsabweisenden Verfügung vom 2. Juli 2018 (Urk. 2) aus, es seien ärztliche Gutachten eingeholt

worden. Aus der medizinischen Beurteilung gehe hervor, dass der Beschwerdeführer seit dem 1. März 2013 in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Die langjährige Tätigkeit als Geschäftsführer sei ihm nicht mehr zumutbar. Eine andere, körperlich angepasste Tätigkeit sei aus ärztlicher Sicht hingegen zu 100 % zumutbar, so lange diese körperlich leicht und wechselbelastend oder überwiegend sitzen dürfe. Bei einem Einkommen ohne gesundheitliche Einschränkung von Fr. 75'755.-- und einem Einkommen mit gesundheitlicher Einschränkung von Fr. 66'653.-- resultiere eine Erwerbseinbusse von Fr. 9'102.--. Dies entspreche einem rentenaus schliessenden Invaliditätsgrad von 12 %. Entgegen der mit Einwand vorgebrachten Kritik seien von den B.____-Gutachtern sämtliche Diagnosen berücksichtigt worden (S. 1 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich in seiner Beschwerde vom 3. September 2018 (Urk. 1) hingegen auf den Standpunkt, anlässlich der polydisziplinären Untersuchungen seien weder Durchblutungs- noch Belastungsuntersuchungen gemacht worden. Zudem seien seinem Hausarzt die Berichte von Zürich

nicht vorgelegt worden, womit dieser auch nicht habe dagegen argumentieren können. Der Gegenbericht seines Hausarztes liege nun vor. Durch seine chronischen Schmerzen, trotz der hohen Medikation, sei er psychisch auf dem Nullpunkt angekommen.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 3.

Im von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachten der B.____ vom 26. September 2017 (Urk.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

-18) fest, Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien keine bekannt.

Dr. med. O.____ und Dr. med. P.____, Facharzt für Neurologie FMH, von der Abteilung für Neurologie der Q.____, welche den Beschwerdeführer am 11. November 2014 und am 7. Januar 2015 auf Zuweisung von Dr. med.

R.____

von der Wirbelsäulen- und Neurochirurgie der Q.____ zur Abklärung einer Fussheberschwäche untersucht hatten (vgl. Urk. 8/53/3-6 ;

vgl. auch Urk. 8/39),

stellten in ihrem Bericht vom 16. Januar 2015 (Urk. 8/53/1-2) klar, von ihnen sei keine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden und Dokumentationen zur Arbeitsunfähigkeit lägen ihnen keine vor. Im Kurzaustrittsbericht des Departements Medizin des N.____ vom

18. März 2015 (Urk. 8/64; vgl. Urk. 8/65-66) nach am 16. März 2015 durchgeführter PT C A wurde festgehalten, die Echokardiographie habe eine normale Ejektionsfraktion des linken Ventrikels von 64 % und keinerlei Klappenpathologien gezeigt. Nach Einsetzung des Stents

am 30.

März 2015 berichteten PD Dr. med. S.____ und Assistenzärztin T.____ vom Departement Medizin des N.____, der Beschwerdeführer sei nach unauffälliger Überwachung und Mobilisation wieder nach Hause entlassen worden

(Urk. 8/68). Die im Nachgang zum Z.____-Gutachten veranlassten Laborerhebungen und Tumormarker vom 31. März 2016 waren unauffällig und das CT des Thorax und des Abdomens vom 29. März 2016 zeigte keine Malignität (vgl. Urk. 8/109 /1-3 S. 1 Ziff. 1.3; vgl. auch Urk. 8/109/4-9). Nach einer Konsultation wegen einer fieberhaften Episode bei Dr. med. U.____ und Assistenzarzt

V.____

von der Abteilung Rheumatologie und Rehabilitation des N.____

zeigte sich in der laborchemischen Untersuchung bis auf eine diskrete Leukozytose keine Hinweise auf eine entzündliche Aktivität und eine durchgeführte Proteinelektrophorese sowie Immunfixation waren unauffällig (vgl. Bericht vom 6.

Juni 2016 [Urk. 8/111]). Nach einer notfallmässigen Selbstvorstellung bei akuten Thoraxschmerzen im September 2016 zeigte sich elektrophysich keine akuten Ischämiezeichen. Die

Herzenzyme waren negativ. Eine Koronarangiographie wies einen unauffälligen vorbestehenden Stent in der rechten Koronararterie sowie einen wandveränderten

Hauptast der linken Koronararterie auf. Es erfolgte eine konservative

Behandlung und der Beschwerdeführer wurde auf die Wichtigkeit des Rauchstopps aufmerksam gemacht (vgl. Urk. 8/117/8-12; vgl. auch Urk. 8/115).

Einzig Hausarzt Dr. med. W.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bei welchem sich der Beschwerdeführer seit 19. März 2014 in Behandlung befindet, attestierte diesem im Bericht vom 9. November 2014 (Urk. 8/42/1-4) ab 1. Mai 2014 aufgrund lumboradikulärer Schmerzen und der Fussheberparese eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Bodenleger (S. 2 Ziff. 1.6). Im Widerspruch dazu gab er aber an, nicht beantworten zu können, ob und in welchem zeitlichen Rahmen die bisherige Tätigkeit medizinisch noch zumutbar sei (S. 2 Ziff. 1.7). Weiter hielt Dr. W.____ fest, auch nicht beantworten zu können, in welchem Umfang dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit zumutbar sei (S. 3 oben Ziff. 1.7), noch welche Einschränkungen überhaupt bestehen (S. 4) und er verwies für den Befund auf Dr. R.____. Dieser überwies die Angelegenheit zur neurologischen Beurteilung an Dr. O.____ und Dr. P.____, welche keine Arbeitsunfähigkeit feststellen konnten (Urk. 8/53/1-2).

Dr. W.____

erhob weder einen eigenen Befund noch stellte er eine Funktionsdiagnose, welcher bei somatisch begründeten Funktionseinschränkungen eine zentrale Bedeutung zukommt (Urteil des Bundesgerichts 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2.2). Seine

Einschätzung vermag das B.____ -Gutachten daher nicht in Zweifel zu ziehen. Gleiches gilt auch für seine Berichte vom 26. April und 8. September 2016 (Urk. 8/109 /1-3 , Urk. 8/114 /1-3), in welchen er eine Arbeitsunfähigkeit attestierte, sich aber für die Einschätzung der Belastbarkeit einzig auf die Angaben des Beschwerdeführers stützte und zudem angab, ihm seien die Faktoren, welche die Krankheit aufrechterhielten, nicht bekannt (jeweils S. 3 Ziff. 4.2 und Ziff. 4.4). 4.3.2

Hinsichtlich der Frage der funktionellen Einschränkungen und der damit einhergehenden Bewertung der Arbeitsfähigkeit in psychischer Hinsicht ist das

B.____ -Gutachten aus dem Jahre 2017 ebenfalls mit den vorliegenden medizinischen Beurteilungen vereinbar .

Dr. med. AA.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Prof. Dr. I.____ von der B.____ hielten in ihrem im Auftrag der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG erstellten psychiatrischen Gutachten vom 16. April 2014 (Urk. 8/69/3 79-392) fest, die depressive Symptomatik erreichte nicht das Niveau einer depressiven Episode im Sinne der ICD-10. Diagnostisch sei die Störung am ehesten dem Krankheitsbild einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion mit aktuell deutlicher partieller Remission zuzuordnen .

Sie erachteten

daher die Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit bei nur leichtgradiger Ausprägung der psychischen Störungen bis Ende April 2014 auf 100 % steigerbar (S. 11).

Die Diagnose einer Anpassungsstörung wurde im Anschluss vom behandelnden Psychiater Dr. med. BB.____ in seinem Bericht vom 16. Juni 2014 (Urk. 8/20) ohne entsprechende Befunderhebung übernommen. Der von ihm damals erhobene Befund liest sich folgendermassen: «Befunde aktuell: freundlicher Versicherter , gepflegt ; hinkt , wirkt körperlich beeinträchtigt; wirkt im Gespräch sehr wohl lebendig, bei genauerem Hinhören untergründig ratlos. Schildert Vergesslichkeit; eher dissoziativ (Erinnerungen sind durch passende Assoziations-Muster wieder her vorholbar) » (S. 2) . Dementsprechend attestierte er auch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit . In seinem Bericht vom 3. Februar 2015 (Urk. 8/54/1-4; vgl. auch Urk. 8/54/5) verwies Dr. BB.____

hinsichtlich einer Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit – bei gleicher Diagnose (Anpassungsstörung) - denn auch ausdrücklich auf die die somatischen Beschwerden behandelnden Ärzte (S. 2 f. Ziff. 1.6-1.7) .

Die Z.____ -Gutachter hielten eine allfällige Einschränkung aus psychiatrischer Sicht am 29. Januar 2016 für nicht quantifizierbar und äusserten zudem den – durch die umfangreiche neuropsychologische Testung aber nicht verifizierbaren - Verdacht eines Malingerings (Urk. 8/101 S. 96 unten).

Im Bericht vom 28. November 2016 (Urk. 8/120) ging Dr. BB.____ von einer klaren Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus und äusserte den Verdacht einer möglicherweise bestehenden leichten Form von Hilflosigkeit . Als Gründe für die Verschlechterung nannte er die Körpergewichtsabnahme von 20 kg in zwei Jahren , die Kachexie , die chronische Müdigkeit, Synkopen und pektanginöse Attacken . Er verwies dabei auf die umfassende somatische

Diagnose liste des N.____ und hielt aus psychiatrischer Sicht ein Erschöpfungssyndrom fest .

Therapeutische Termine fanden damals alle acht Wochen

statt , wobei Termine oftmals wegen notfallmässigen Spitalaufenthalten, Ohnmachten und Erschöpfung abgesagt wurden . Bei diesen wirkte der Beschwerdeführer freundlich und klar denkend. Hin weise auf eine psychiatrisch medikamentöse Behandlung lassen sich dem Bericht nicht

entnehmen , und

Dr. BB.____

attestiert eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht . All diese Umstände deuten darauf hin, dass Dr. BB.____ den Auslöser der Verschlechterung und damit einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit - wie bis anhin - in einer somatischen Ursache sah.

Selbst wenn Dr. BB.____

in seinem Bericht von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund psychischer Leiden ausgegangen wäre , könnte dies das Ergebnis des B.____ - Gutachtens nicht in Frage stellen. Denn der besagte Bericht war den B.____ -Gutachtern bekannt. Sie setzten sich eingehend damit auseinander und kamen überzeugend zum Schluss, dass Dr. BB.____ die Fehlmedikation nicht erkennbar berücksichtigt hatte (Urk. 8/146/3-68 S. 59).

Darüber hinaus ist zu bemerken, dass die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs.

1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus setzt (BGE 145 V 215 E. 5.1). Dies ist bei Dr. BB.____ s Bericht vom 28. November 2016 nicht der Fall. In diesem nannte er zwar neu und als einzige Diagnose ein «Erschöpfungssyndrom (F6) », ob und gegebenenfalls wie sich dieses auf die Arbeitsfähigkeit auswirken sollte ,

zeigte er indessen nicht auf. Er erfasste dazu keinen Befund beziehungsweise er äusserte sich nicht darüber, welche nach ICD-10

zu erfüllenden Kriterien erfüllt wären . In seiner Befunderhebung findet sich lediglich ein Verweis auf die zahlreichen Arzttermine wegen der somatischen Beschwerden und die Feststellung, der Beschwerdeführer

sei anlässlich seiner Termine freundlich und klar denkend gewesen und wolle die verbleibende Zeit sinnhaft nutzen.

Ferner hielt er fest, dass die Therapie-Sitzungen angesichts der Rasanz des gesundheitlichen Potentialverlusts beinahe den Charakter einer Sterbebegleitung/-vorbereitung hätten .

Unter dem von Dr. BB.____ aufgeführten ICD-10 Kapitel « F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen » finden sich denn auch eine ganze Varietät an verschiedenen psychischen Erkrankungen mit ganz unterschiedlichen Zustandsbildern und diagnostischen Kriterien (vgl. Dilling/Mombour/Schmid [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen; ICD-10 Kapitel V [F] Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 271 f f.).

Welche davon beim Beschwerdeführer zu diagnostizieren seien, präziserte Dr. BB.____ jedoch nicht. Von einer lege artis erfolgten Diagnosestellung kann daher keine Rede sein.

4.4

Der Beschwerdeführer kritisierte, die B.____ -Gutachter hätten weder Durchblutungs- noch Belastungsuntersuchungen durchgeführt (E. 2. 2).

Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern - was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft - ein weiter Ermessensspielraum zu (Urteil des Bundes gerichts 8C_780/2014 vom 25. März 2015 E. 5.1) . Anhaltspunkte, weshalb die Gutachter noch eine zusätzliche Durchblutungs- oder Belastungsuntersuchung hätten durchführen müssen, da allfällige funktionelle Einschränkungen unbe rücksichtigt geblieben wären, sind nicht ersichtlich. Es ist zwar richtig, dass die B.____ -Gutachter selbst keine Durchblutungs- oder Belastungsuntersuchungen durchgeführt haben. Ihnen waren jedoch die diesbezüglichen Resultate der zuvor durchgeführten Durchblutungs- und Belastungsuntersuchungen aus den Vorak ten bestens bekannt (vgl. Urk. 8/146/3-67 S. 2 -4, S. 9, S. 14-16) . Zudem beruhte ihre Einschätzung auch auf einer eingehenden internistischen klinischen Unter suchung. In dieser waren keine relevanten Stenosen feststellbar und echokardio graphisch eine normale Ejektionsfraktion vorhanden, weshalb die reklamierten pectanginösen Beschwerden sowie die Belastungsinsuffizienz nicht objektivier t werden konnten (S. 21-23). Weitere diesbezüglich e Abklärungen zur Einschät zung der Arbeitsfähigkeit erachteten sie zu Recht als nicht notwendig. 4.5

Nach dem Gesagten kann auf das voll

beweiskräftige B.____ -Gutachten abge stellt werden. Der medizinische Sachverhalt ist somit bis und mit Gutachtenszeit punkt erstellt. 4. 6 4. 6 .1

Nach Vorliegen des B.____ -Gutachten s reichte der Beschwerdeführer im Ver waltungs- und im Beschwerdeverfahren diverse medizinische Unterlagen ein. Es ist zu prüfen, ob diese eine zu berücksichtigende Auswirkung auf Arbeitsunfä higkeit ausweisen. 4. 6 .2

Im Nachgang zum B.____ -Gutachten nannte Dr. BB.____ in seinem Schreiben über einen Antrag auf Genehmigung einer Kostengutsprache für eine vollständige Zahn-Ex traktion in Vollnarkose vom 13. November 2017 (Urk. 8/150) neu – ne ben dem bereits erwähnten Erschöpfungssyndrom (vgl. dazu E. 4.3.2 vorstehend) - als Diagnose auch eine « atypische, komplexe, langdauernde Belastungsreaktion auf verunsichernde, wechselhafte Abfolge von Erkrankungen und Unfällen mit Dissoziationsneigung (ICD-10 F4) ». Er verwies dazu auf die seit Jahren bestehen den somatischen Erkrankungen und führte aus, diese hätten zu unberechenbaren Dissoziationsneigungen geführt. Er erhob dafür

weder einen entsprechenden Be fund oder nahm

eine lege artis Diagnosestellung vor, noch zeigte er auf, inwiefern die gestellte Diagno se die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigt en sollte. Es ist daher auch nicht davon auszugehen, dass im Nachgang zum B.____ -Gutachten bis zum Verfügungszeitpunkt ein sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkendes psychisches Leiden vorlag. 4. 6 .3

Prof. Dr. Dr.

med. CC.____ , Dr. Dr. med. DD.____ und Dr. Dr. med. univ. EE.____

von der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des FF.____

attestiert e n

dem Beschwerdeführer in ihrem Bericht vom 20. De zember (Urk. 8/164)

lediglich ein e

vorübergehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 20. bis 22. Dezember 2017. 4.6.4

PD Dr. med. S.____ vom Departement Medizin des N.____ berichtete am 2. August 2018 (Urk. 3/1), von kardiologischer Seite bestehe Beschwerdefreiheit. Er äusserte jedoch Besorgnis wegen der Gewichtsabnahme. Aufgrund der bestehenden Ver schlusskrankheit und der vom Beschwerdeführer beim Laufen b eklagten claudicatioverdächtige n Beschwerden bat er um

eine duplexsonographische Untersu chung der Arterien der unteren Extremität in der angiologischen Abteilung . Be züglich des ausgeprägten Gewichtsverlustes wies er darauf hin, dass an eine Ma lignomerkrankung

zu denken und b ei der langjährigen Raucheranamnese eine Thorax-CT-Untersuchung in Betracht zu ziehen sei . Bei negativ em

Resultat der selben sei der nächste Schritt eine umfangreiche Hohlraumdiagnostik mittels Gastroskopie und Kolonoskopie .

Dr. S.____ attestiert e weder eine Arbeitsunfähigkeit noch beschrieb er eine funk tionelle Einschränkung. Sowohl die Ver schlusskrankheit als auch die Beschwer den beim Laufen waren den B.____ -Gutachtern bekannt und wurde n von ihnen in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt (Urk. 8/146/3-68 S. 17 f.). Es handelt sich als o um keine zusätzlichen neuen, unberücksichtigten Beschwer den. Gleich verhält es sich mit dem Gewichtsverlust. Dieser bestand bereits seit Februar 2015 und verlangsamte sich in letzter Zeit (S. 18). Er wurde von den B.____ -Gutachtern bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtig t . Was den Verdacht einer Mal i gnomerkrankung angeht, konnte eine solche ausge schlossen werden. Die entsprechenden Laborbefunde und der Tumormarker vom 31. März 2016 – in einem Zeitpunkt also, als die extreme Gewichtsabnahme be reits über ein Jahr an ge dauert hatt e - waren diesbezüglich unauffällig und das CT des Thorax und des Abdomens vom 29. März 2016 zeigt e keine Malignität (vgl. E. 4.3.1 vorstehend) . Ebenso zeigte sich eine Kolo- und Gastroskopie im Jahr 2015 und eine Oberbauch-Sonographie im April 2016 u nauffällig (vgl. Urk. 8/146/3-68 S. 18 Mitte).
4.6.5

Nicht ersichtlich ist, wie sich d ie von Dr. med. GG.____ , Fa charzt für Dermatologie und Venerologie , in seinem Bericht vom 15 . August

2018 (Urk. 3 / 2) genannten Diagnose n

(Hautkrebs-Screening mit Naevuszellnaevus-Status , chronisches kra t zexkoriertes Unterschenkeleczem)

sich

auf die Arbeitsfähigkeit aus wirken soll ten; eine Arbeitsunfähigkeit attestierte Dr. GG.____ denn auch nicht . 4.6.6

In seinem Notfallbericht vom 19 . August

2018 (Urk. 3 / 3) diagnostizierte Dr. med. HH.____ von der II.____ , JJ.____ ,

ein lumboradikuläre s

Syndrom L5/S1 rechts betont .

Die notfallmässige Vorstellung betrifft einen Sachverhalt, welcher nach dem Verfügungszeitpunkt vom 2. Juli 2018 liegt und daher vorliegend grundsätzlich nicht zu beurteilen ist. Zudem attestierte Dr. HH.____ auch keine Arbeitsunfähigkeit. Ein lumboradikuläres Syndrom L5/S1 rechtsbetont führte im Übrigen bereits im Februar 2014 zu einer kurzen, nur gut zwei Wochen dauernden Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 8/43). 4.6.7

Mit Schreiben vom 3. September 2018 (Urk. 3/4) bat Dr. W.____ die Beschwerdegegnerin unter Verweis auf die bekannten Diagnosen um Reevaluation und nochmalige Prüfung des Entscheides der Beschwerdegegnerin. Er führte dazu lediglich aus, die Beschwerden seien nicht besser geworden, der Beschwerdeführer sei weiterhin arbeitsunfähig und nehme starke Schmerzmedikamente ein, ohne neue medizinische Erkenntnisse

aufzuführen, sich mit dem

B.____-Gutachten oder anderen medizinischen Unterlagen auseinanderzusetzen. Aus dem Schreiben lässt sich auch für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nichts ableiten.

Zudem ist zu bemerken, dass Dr. W.____ entgegen der eindringlichen Empfehlung sowohl der Z.____-Gutachter aus dem Jahr 2016 als auch der B.____-Gutachter (vgl. dazu Urk. 8/101 S. 53 und E. 3)

die Opioid-Medikation weiterführt. So verschreibt er dem Beschwerdeführer weiterhin etwa Fentanyl (vgl. Urk. 3/4 S. 2). 4.7

Nach dem Gesagten kann für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit auf das B.____-Gutachten abgestellt werden. Wie aufgezeigt, weisen auch die nach Vorliegen des B.____-Gutachtens eingegangenen medizinischen Unterlagen keine zusätzlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit

aus, noch besteht aufgrund dieser Anlass, weitere Abklärungen zu treffen. Der medizinische Sachverhalt ist damit erstellt und weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich. Weitere entscheidungswesentliche Erkenntnisse sind davon nicht zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d).

In somatischer Hinsicht ist der Beschwerdeführer aufgrund der koronaren Herzkrankheit (DES-Implantation RIVA und ACD) sowie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und der Kachexie

in seiner angestammten Tätigkeit als Geschäftsführer bei der Y.____

sowie in vergleichbaren, körperlich häufig schweren Tätigkeiten laut Gutachtern wahrscheinlich seit mehreren Jahren, spätestens seit dem Infarkt am 16. März 2015, auf Dauer

nicht mehr arbeitsfähig. Es besteht und bestand jedoch in anderen körperlich leichten, wechselbelastenden oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeiten – abgesehen von der dreimonatigen Rehabilitationsphase nach erfolgter Operation im März 2015 (vgl. E. 4.3.1) – keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (E. 3).

Die

B.____-Gutachter attestierten in psychiatrischer Hinsicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Ein strukturiertes Beweisverfahren ist vorliegend entbehrlich, da die

B.____ -Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint und der möglich erweise gegenteiligen Einschätzung von Dr. BB.____ – soweit dieser überhaupt von einer Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ausging (vgl. E. 4.3.2 und E. 4.6.2)

- kein Beweiswert bei zu messen ist (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 ; Urteil des Bundesgerichts 8C_629/2019 vom 8. November 2019 E. 4.2.4). 5.

Bezüglich der erwerblichen Auswirkungen der Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit kann grundsätzlich auf die unbestritten gebliebenen und im Grundsatz zutreffenden Ausführungen und Berechnungen der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 2. Juli 2018 (Urk. 2) sowie im Berechnungsblatt des Einkommensvergleichs vom 13. April 2018 (Urk. 8/161) verwiesen werden. Aufgrund der erheblichen Einkommensschwankungen als Geschäftsführer bei der Y.____ (vgl. Urk. 8/160/2)

stellte die Beschwerdegegnerin zu Recht auf den Durchschnittswert der letzten fünf Jahre mit einem Valideneinkommen von Fr. 75'755.-- ab und stellte diesem ein Invalideneinkommen gestützt auf Tabelle TA 1 (neu: TA1_Tirage_Skill_Level) des Bundesamtes für Statistik (LSE, Total Männer/Niveau 1 aus LSE 2014, Ausgabe 2016) mit einem der Nominallohnentwicklung und der im Jahr 2015 betriebsüblichen Arbeitszeit angepassten Lohn für Hilfsarbeiter im Umfang von Fr. 66'653.-- gegenüber, sodass ein renten ausschliessender Invaliditätsgrad von 12 % resultiert. Daran ist grundsätzlich nichts auszusetzen.

Die dreimonatige Arbeitsunfähigkeit von 100 % in jeglicher Tätigkeit vom 16. März (Herzinfarkt) bis Mitte Juni 2015 ändert daran nichts , zumal davon auszugehen ist, dass das Wartejahr zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgelaufen war. So gingen die Gutachter des Z.____ ab Mitte März 2015 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit

in jeglicher Tätigkeit aus (Urk. 8/101 S. 88 unten, S. 95), und auch die B.____ -Gutachter vermochten erst ab dem erlittenen Herzinfarkt Mitte März 2015 eine Arbeitsunfähigkeit mit Sicherheit zu attestieren (Urk. 8/146 S. 58, S. 64) ; eine vor diesem Zeitpunkt eingetretene Arbeitsunfähigkeit erscheint auf grund der Aktenlage nicht als überwiegend wahrscheinlich.

Damit erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

6 .

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800 .-- festzusetzen und entsprechend dem Verfahrensausgang dem 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: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage einer Kopie von Urk.

E. 11

- 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
Der Gerichtsschreiber GräubMüller

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