

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00187 vom 26. Mai 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-05-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00187

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00187 du 26 mai 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00187 del 26 maggio 2020

Erwägungen

E. 1

Der 1960 geborene X.____, Vater dreier Kinder (Jahrgang 1992, 1993 und 1995) ohne Berufsbildung, reiste im März 1983 in die Schweiz ein und arbeitete seit dem 1. September 1998 als Wagenführer Sachentransport in einem 100%-Pensum bei der Y.____ AG (Urk. 7/1 und Urk. 7/12). Am 1. März 2017 (Ein gangdatum) meldete er sich unter Hinweis auf eine Herzoperation (drei Bypässe) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1). Zur Abklärung der medizinischen und erwerblichen Verhältnisse zog die IV-Stelle Auszüge aus dem individuellen Konto (Urk. 7/6 und Urk. 7/25) sowie die Akten des Krankentaggeldversicherers AXA Winterthur bei (Urk. 7/10), holte einen Arbeitgeberbericht (Urk. 7/12) und Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 7/18). Mit Mitteilung vom 26. September 2017 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten

Kostenübernahme für eine Arbeitsvermittlung bei der Z.____ AG im Rahmen von Frühinterventionsmassnahmen (Urk. 7/21). Am 29. Januar 2018 teilte die IV-Stelle dem Versicherten schliesslich mit, dass die Unterstützung bei der Stellensuche per 25. Januar 2018 beendet werde, da er aus gesundheitlichen Gründen die Termine nicht regelmässig wahrnehmen können (Urk. 7/26). In der Folge tätigte die IV-Stelle weitere medizinische Abklärungen (Urk. 7/32, Urk.

7/36, Urk. 7/40, Urk. 7/42) und liess den Versicherten durch Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertise vom 21. Oktober 2018, Urk. 7/47). Mit Verfügung vom 8. Februar 2019 wies die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 12.

Dezember 2018, Urk. 7/51; Einwand vom 17. Dezember 2018, Urk. 7/52-53) das Rentengesuch ab (Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen

Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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. 28 Abs. 1 IVG).

E. 1.3

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 psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend 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 objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall 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).

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, gegebenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 1. 6

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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). 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 mit Hinweisen).

E. 1.7

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

E. 1.8

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerehebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295

E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl.

BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/

Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 8. März 2019 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 8. Februar 2019 seien zusätzliche medizinische Abklärungen anzuordnen und gestützt auf deren Ergebnis sei ihm ab 1. Dezember 2017 eine Invalidenrente zuzusprechen. Überdies seien dem Beschwerdeführer berufliche Eingliederungsmassnahmen zu gewähren (Urk. 1 und Urk. 3/1-2). Mit Beschwerdeantwort vom 17. April 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Replik vom 2. Mai 2019 hielt der Beschwerdeführer an den beschwerdeweise gestellten Anträgen fest (Urk. 10). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Schreiben vom 17. Mai 2018 auf eine weitere Stellungnahme (Urk. 12-13), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 21. Mai 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 14).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, der Krankentaggeldversicherer AXA habe seine Unterlagen zur Verfügung gestellt und darüber hinaus sei ein fachärztliches psychiatrisches Gutachten durchgeführt worden. Aufgrund dieser Akten sei der Beschwerdeführer für die bisherige Tätigkeit als Lastwagenchauffeur zu 100 % arbeitsunfähig. Eine angepasste Tätigkeit mit vermehrten Pausen könne er zu 80-90 % ausüben. Somit begründe die durchschnittliche Arbeitsfähigkeit von 85 % keinen Rentenanspruch. Daran vermöge auch der Bericht der Praxis B.____ vom 21. November 2018 nichts zu ändern, da er keine neuen Erkenntnisse hervorbringe (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass er nach den wiederholt bestätigten fachmedizinischen Erkenntnissen unter den so massiven Beschwerden eines nach der Operation von 2014 im Zeitverlauf chronifizierten und therapieresistenten Postthorakotomie - Schmerzsyndroms (Chest Wall

Pain) leide. Die zusätzlichen Auswirkungen dieses Leidens auf die Arbeitsfähigkeit sowie der Verstärkungseffekt beim Zusammenreffen mit den psychischen Beschwerden und der kardialen Schädigung sei medizinisch nicht abgeklärt worden. Dadurch

habe die Beschwerdegegnerin die Untersuchungsmaxime verletzt und das Verfahren sei zur Durchführung eines polydisziplinären Gutachtens an sie zurückzuweisen. Sodann sei er ausweislich des Gutachtens in seiner angestammten Tätigkeit voll arbeitsunfähig und in einer angepassten Tätigkeit 60 % arbeitsfähig. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) halte jedoch

in einer leidens angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bis 90 % fest. Diese Abweichung von der im psychiatrischen Gutachten einlässlich und gut nachvollziehbar aufgezeigten Einschränkung der angepassten Arbeitsfähigkeit im Ausmass von 40 % erw

se sich als offensichtlich unhaltbar, weil die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf durchwegs zutreffenden Annahmen beruhe (Urk. 1 S. 6-7). Da er 59

Jahre alt sei, seit 1998 bis zu seiner Invalidisierung über einen sehr langen Zeitraum hinweg bei der gleichen Arbeitgeberin ausschliesslich im Sektor Dienstleistungen erwerbstätig gewesen sei

sowie auch für die Invaliditätigkeit bloss Arbeiten des Dienstleistungssektors (Hauswartung, Administration) in Betracht fielen, sei es im vorliegenden Fall

sachgerecht, auf den Tabellenwert TA1, Sektor Dienstleistungen, Kompetenzniveau 1 der LSE 2016 abzustellen. In Berücksichtigung des fortgeschrittenen Alters von bald 60 Jahren und des Umstands, dass eine besondere Rücksichtnahme am Arbeitsplatz mit der Vermeidung von Druck und der Möglichkeit,

vermehrt Pausen einzuschalten, nötig sei, sei der Marktwert der erlebenden Restarbeitsfähigkeit zufolge der alters- und gesundheitsbedingten Einschränkung der Flexibilität nach der notwendigen beruflichen Neuorientierung im Vergleich zum Statistikwert erheblich

herabgesetzt und deshalb der Leidensabzug von mindestens 15 % ausgewiesen. Somit ergebe sich aus dem Einkommensvergleich

einen Invaliditätsgrad von 61

%, was einen

Anspruch auf eine Dreiviertelsrente ergebe (Urk. 1 S. 8).

Da im angestammten Beruf keine Arbeitsfähigkeit bestehe, er alters- und gesundheitsbedingt in der Flexibilität bei der beruflichen Neuorientierung zur Selbsteingliederung ausserstande sei und aufgrund seines fortgeschrittenen Alters zusätzliche

erhebliche

Erschwernisse

beständen, seien ihm die beruflichen Massnahmen zur Eingliederung in eine angepasste Tätigkeit zu gewähren. Aufgrund der hohen dauerhaften Erwerbseinbusse von mehr als 20 % sei der Anspruch auf Umschulung ausgewiesen. Der Abbruch, der Anfang 2018 erfolgt sei, sei mit dem damaligen, von Dr. C.____ bestätigten schlechteren

Gesundheitszustand begründet gewesen, welcher sich zwischenzeitlich stabilisiert habe, so dass nunmehr die berufliche Eingliederung mit der Umschulung fortzuführen sei (Urk. 1 S. 9). 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Im Austrittsbericht der medizinischen Überwachungsstation der Klinik für Kardiologie am Stadthospital D.____

vom 8. September 2016 wurden folgende Diagnosen genannt (Urk. 7/10/25): - Nicht-ischämische Thoraxbeschwerden - Koronare Zweigefässerkrankung - St.n . ACBP x3 Mai 2014 - Nativ: RIVA proximal 70%, RCX proximal 50%, RD1 proximal 100% - Linker Ventrikel normal gross, mit normaler EF (65%) - St.n . unterer gastrointestinaler Blutung m/b - Am ehesten bei bekannten Hämorrhoiden Grad II (Koloskopie 03/2013 und Rektoskopie 11/2014) - DD obere GI -Blutung bei NSAR-Einnahme und doppelter Thrombozytenaggregationshemmung - Erosive

Bulbitis ohne Hinweise auf eine Blutung (Gastroskopie 12/2014) Angiographisch stelle sich ein funktionell gutes Ergebnis der Bypassoperation von 2014 dar. Die Beschwerden seien nicht ischämisch zu werten. Die LV Funktion sei normal (Urk. 7/10/26).

E. 3.2

Prof. Dr. med. E.____, Stv. Chefarzt an der Klinik für Herzchirurgie am Stadtspital D.____, hielt in der Aktennotiz vom 29. Dezember 2016 fest, der Beschwerdeführer sei bei ihnen wegen einer KHK (koronaren Herzkrankheit) operativ versorgt worden. Im Verlauf habe sich eine unspezifische Thoraxschmerz-Symptomatik gezeigt. Aus diesem Grund sei der Beschwerdeführer in die Sprechstunde von Dr. F.____, Schmerzambulanz, überwiesen worden. Dr. F.____ habe ihn auch wegen dieser Schmerzen zur kardiologischen Abklärung mit Herzkatheter überwiesen. Diese habe ein sehr gutes postoperatives Ergebnis gezeigt. Eine kardiale Ursache der Schmerzen habe ausgeschlossen werden können. Der Beschwerdeführer werde weiterhin medikamentös behandelt. Er habe mit ihm die erfolgte Untersuchung nochmals in aller Ausführlichkeit besprochen (Urk. 7/40/9).

E. 3.3

Dr. med. F.____, Leiterin des Zentrums für Schmerzmedizin am Stadtspital D.____, erhob in ihrem Bericht vom 5. November 2016 folgende Diagnosen (Urk. 7/10/29): - Chest wall pain - Vd. auf muskuläre Schmerzen (M. pectoralis

re.) mit Schmerzausweitung - Vd. auf Angststörung bei ausgeprägter Symptomfixierung - Bei St. n. ACBP x 3 (BIMA), minimal invasiv (OPCAB) 2014 - Psychosoziale Belastungssituation (Arbeitsplatzverlust Ende des Jahres) Es sei mit einer multimodalen Therapie begonnen worden. Der Beschwerdeführer sei im physiotherapeutischen chest wall pain Programm mit Schwerpunkt der Leistungssteigerung und Stärkung des Vertrauens in seinen Körper zusätzlich zu Atmungs- und Entspannungstechniken. Er habe sich inzwischen auch im Fitnessstudio angemeldet und beginne mit einem Aufbautraining. Parallel sei er in der Edukationssprechstunde. Es sei zur Behandlung der Schmerzen zusätzlich zur Therapie mit Cipralex

mit MST cont. begonnen worden. Sie habe dem Beschwerdeführer zusätzlich eine psychotherapeutische Unterstützung empfohlen. Die Symptomfixierung sei weiterhin vorhanden, auch die Frage nach der Ursache der Schmerzen stehe immer wieder im Raum. Sie habe dem Beschwerdeführer erklärt, es könne sich am ehesten um einen muskulären Schmerz handeln (Entnahme der Brustwandarterie). Durch die lang andauernden Beschwerden sei es zu einer Chronifizierung mit Schmerzausweitung gekommen. Aktuell sei der Beschwerdeführer 50% arbeitsunfähig (Urk. 7/10/30).

E. 3.4

Dr. F.____ konkretisierte die erhobenen Diagnosen im Bericht vom 15. Februar 2017 wie folgt (Urk. 7/10/16): - Komplexe Schmerzerkrankung mit Schmerzen im Thoraxbereich (Chest wall pain) bei St. n. ACBP x 3, 2014 - Vd. auf Somatisierungsstörung, ICD-10: F.45.1 - Schmerzausweitung bei ausgeprägter Symptomfixierung mit vegetativen Symptomen (Panikattacken) - Psychosoziale Belastungssituation (drohender Arbeitsplatzverlust)

Es liege weiterhin eine unauffällige körperliche Untersuchung vor, insbesondere seien die Schmerzen nicht auslösbar. Es bestehe kein bewegungsabhängiger Schmerz, kein Druckschmerz am Sternum, an den Gelenken, an der Muskulatur oder an vereinzelt Triggerpunkten. Der Nachtschlaf sei schmerzfrei. Sie habe dem Beschwerdeführer empfohlen, die ambulante Psychotherapie weiterzuführen. Er sei auch über einen stationären Aufenthalt in einer psychosomatisch ausgerichteten Schmerzklinik (z.B. G.____) informiert worden. Der Beschwerdeführer habe jedoch Angst, dann endgültig seinen Arbeitsplatz zu verlieren. Er möchte nochmals einen Arbeitsversuch starten und die Psychotherapie intensivieren. Weiterhin empfehle sie neben einer systemischen Therapie eine pharmakologische Therapie der Panikattacken, was aber noch durch den Psychiater Dr. C.____ zu beurteilen sei (Urk. 7/10/16-17).

E. 3.5

Dr. med. H.____, Facharzt Innere Medizin, Speziell Herzkrankheiten, führte in seinem Bericht vom 29. November

2017 folgende Diagnosen auf (Urk.

7/32/8): - Persistierende ängstlich gefärbte extrakardiale Thoraxbeschwerden - Funktionell/peptisch überlagerte Thoraxschmerzen bei Nikotin: 10 Cig/d - Keine belastungsabhängigen Symptome bei unauffälligem EKG/Stress-Echo: 150W (24.11.17) - Operierte koronare Herzkrankheit (NYHA I-II: pBNP: 52pg/ml) - St.n. AC-Bypass x 3 mit RIMA/RIVA + RIMA/PLA/RDG (23.05.14 Prof. E.____, STZ) - St.n. letzter Kontroll-Koronarangiographie mit funkt. gutem Bypass result (08.09.16 STZ) - Grenzw. Relax.-Störung bei intakter Kontraktilität der linken Herzkammer (LVEF: >60%) - St. n. letztem Ausschluss eines akut. Koronarsyndroms (EKG/Enzym 15.06.17 STZ) - Leichte Raucherbronchitis/Bronchiektasien in Lungen-UL bds. (CT 02.06.16 STZ) - Substitutionspflichtiger Vit. D3 Mangel (Vit. D3: 41nmol/l) - Knapp substituionspflichtiger Vit. B12 Mangel (47 pmol/l) - Statinbehandelte

Dyslipidämie (C-HDL/LDL: 95/2.5 mol/l) - Angstgefärbte reaktive Depression (Dr. C.____) Die Thoraxbeschwerden hätten sich bei persistierendem Nikotinkonsum kaum verbessert. Die Symptomatik trete fast täglich beim Laufen auf, halte oft über mehrere Stunden an und zeige keine Besserung auf. Aufgrund der Befunde habe er den Beschwerdeführer erneut beruhigt und ihm primär eine vollständige Nikotinabstinenz sowie ein tägliches Outdoor-Training von 30 bis 40 Minuten sowie eine ausgewogene fett-/salzarme Ernährung ans Herz

gelegt (Urk. 7/32/8).

E. 3.6

In seinem Bericht vom 5. März 2018 führte Dr. H.____ bei gleichgebliebenen Diagnosen aus, dass derzeit aus kardialer Sicht für nicht allzu strenge Berufe keine

Arbeitseinschränkung bestehe, was eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Indikation natürlich nicht ausschliesse (Urk. 7/32/3).

E. 3.7

Am 17. Juli 2018 führte Dr. med. I.____, Facharzt Allgemeine Medizin, des RAD aus, im Mai 2014 sei eine koronare Zweigefässerkrankung mit hoch gradiger distaler Hauptstammstenose diagnostiziert und ein dreifacher aorto —koronarer Bypass durchgeführt worden. Danach sei der Beschwerdeführer teils 100 % und teils 50 % arbeitsunfähig gewesen. Dann ab Mai 2016 sei er für eine gewisse Zeit 100 % arbeitsunfähig gewesen. Ab März 2017 habe er wieder 50 % zu arbeiten begonnen. Wegen persistierende r Schmerzen seien kardiale Abklärungen gemacht worden, welche keine Ischämie oder sonstige organische Ursachen für die Beschwerden nachweisen liessen (Ruhe EKG normal/Stress-Echo kardiographie keine Ischämie/LVEF über 60 %). Zu Eingliederungsmassnahmen habe sich der Beschwerdeführer nicht fähig gefühlt. Diese seien im Januar 2018 sistiert worden. Hier lägen nur psychiatrisch begründete Einschränkungen vor. Zur Klärung des Belastungsprofils sei eine psychiatrische Begutachtung notwendig (Urk. 7/50/4). 3.

E. 3.9

Dr. A.____ führte in seinem Gutachten vom 21. Oktober 2018 aus, die somatischen und anamnestischen Angaben seien vereinbar mit einer nicht näher bezeichneten Angststörung, ICD-10: F41.9, mit Fixierung auf die koronare Erkrankung mit der Begleitsymptomatik Druckbeschwerden im thorakalen Bereich sowie diffusen Bauchschmerzen. Bezüglich der in den Akten diagnostizierten Depression müsse gesagt werden, dass sich heute keine depressive Symptomatik zeige (Urk. 7/47/12).

Der Beschwerdeführer zeige weder akzentuierte Persönlichkeitszüge, schon gar nicht eine Persönlichkeitsstörung. Dies sei auf die äusserst behüteten Verhältnisse in der Kindheit und Jugend zurückzuführen. Der Therapieverlauf sei nicht positiv zu werten. Der Beschwerdeführer sei nach wie vor auf seine Herzproblematik fixiert. Er sei davon überzeugt, dass er nicht arbeiten könne. Er gebe an, eine Stunde pro Tag arbeiten zu können, wirke dabei jedoch nicht überzeugend. Im Grunde halte er sich für 100 % arbeitsunfähig. Die Kooperation bezüglich Therapieadhärenz sei gut. Die Kooperation bezüglich Wiedereingliederung sei jedoch schwierig zu beurteilen. Insbesondere sei es schwierig anzugeben in welchem Mass die Überzeugung, quasi ganz arbeitsunfähig zu sein, auf eine Krankheitsüberzeugung und in wie weit auf mangelnde Kooperation zurückzuführen sei. Die Prognose sei zurückhaltend. Der Beschwerdeführer zeige eine starke Krankheitserregung. Es bestünden keine weiteren Behandlungsoptionen. Die Fixation auf sein Leiden könne therapeutisch nur schwierig angegangen werden (Urk. 7/47/15-16).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit als Lastwagenchauffeur voll arbeitsunfähig. Er könne als Hauswart oder in der Administration eingesetzt werden. Ein tolerantes Arbeitsumfeld sei optimal, wenig Druck, Flexibilität, mit der Möglichkeit, gelegentlich eine Pause einzuschalten, wenn er Angst bekomme. Dem Beschwerdeführer sei es möglich, fünf Stunden pro Tag anwesend zu sein, d.h. er weise eine Arbeitsfähigkeit von 60 % auf. Die Leistungsfähigkeit betrage 100 %. Der Beschwerdeführer sei seit April 2017 40 % arbeitsunfähig (Urk. 7/47/18).

E. 3.10

Im Bericht vom 21. November 2018 hielt Dr. H. ___ bei gleichgebliebenen Diagnosen fest, es finde sich ein stabiler Verlauf mit einer stabilen körperlichen Belastbarkeit ohne Hinweise für belastungsinduzierte Ischämien oder belastungsinduzierten Thoraxschmerzen (Urk. 7/52/2). 4. 4.1

Aus somatischer Sicht sieht der Beschwerdeführer eine Verletzung der Untersuchungsmaxime darin, dass der medizinische Sachverhalt lediglich aus psychiatrischer Sicht untersucht worden sei (Urk. 1. S. 6 und Urk.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Zu prüfen bleibt, wie sich diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers

in erwerblicher Hinsicht auswirkt. Diesbezüglich ist unbestritten geblieben, dass der Beschwerdeführer gemäss Feststellungen der Beschwerdegegnerin mit seiner zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit als Wagenführer Sachtransport bei der Y. ___ AG im 100%-Pensum im Jahr 2015 ein Einkommen von total Fr. 80'848.-- erzielte, was für das Jahr 2017 ein um die Nominallohnentwicklung bereinigtes hypothetisches

Valideneinkommen von Fr. 81'658.40 ergibt (Urk. 7/49). 6. 2

Da der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist für die Berechnung des Invalideneinkommens ein statistischer Tabellenlohn heranzuziehen.

Mit Blick darauf, dass der heute 60-jährige Beschwerdeführer über keine Berufsausbildung verfügt (Urk. 7/1), seit 1998 als Wagenführer Sachtransport über einen langen Zeitraum hinweg bei der gleichen Arbeitgeberin ausschliesslich im Sektor Dienstleistungen erwerbstätig war

und es plausibel erscheint, dass er, wie im Gutachten angenommen, seine Arbeitskraft am ehesten im Dienstleistungssektor (Hauswartung, Administration) verwerten kann (Urk. 7/47/18), ist dem Beschwerdeführer zuzustimmen, dass

auf den Lohnsektor Dienstleistungen für Hilfstätigkeiten, Kompetenzniveau 1, abzustellen ist. Somit ist von einem standardisierten monatlichen Einkommen von Fr. 4'967.-- auszugehen (LSE 2016, Tabelle TA1, Sektor 3 Dienstleistungen, Männer). Aufgerechnet auf die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) und angepasst an die Entwicklung der Nominallöhne für männliche Angestellte von 2'239 Punkten im Jahr 2016 auf 2'249 Punkte im Jahr 2017 (T39

Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne)

sowie unter Berücksichtigung eines Arbeitspensums von 85 % ergibt dies ein Bruttoeinkommen von Fr. 53'052.48

(Fr. 4'967.-- : 40 x 41.7 x 12 : 2239 x 2249).

Der Beschwerdeführer hält dafür, dass zusätzlich ein Abzug von 15 % vom Tabellenlohn zu berücksichtigen sei (Urk. 1 S. 8). Dazu ist zunächst festzuhalten, dass sich die psychischen Einschränkungen des Beschwerdeführers bereits im Zumutbarkeitsprofil des RAD finden (vgl. Urk. 7/50/5-6). Es ist daher nicht zusätzlich noch ein sogenannter leidensbedingter Abzug zu gewähren (Urteile des Bundesgerichts 9C_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.4.2). Auch ein Abzug vom Tabellenlohn aufgrund des Alters des 1960 geborenen Beschwerdeführers rechtfertigt sich nicht. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Hilfsarbeiten auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_403/2017 vom 25. August 2017 E.

4.4.1 und 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.3). Andere Umstände, die einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen könnten, sind nicht ersichtlich. 6. 3

Wird das Valideneinkommen von Fr. 81'658.40.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 53'052.48 gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 28'605.90 und ein Invaliditätsgrad von 35.03 % beziehungsweise 35 % (zum Runden: Urteil 8C_575/2018 vom 30.01.2019 E. 7.1). Ein Rentenanspruch ist daher zu verneinen. 7.

Der Beschwerdeführer machte geltend, dass er aufgrund der hohen dauerhaften Erwerbseinbusse von mehr als 20 % Anspruch auf eine Umschulung habe (Urk. 1 S. 9). Mit Mitteilung vom 29. Januar 2018 teilte die IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit, dass er sich nicht in der Lage fühle, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen, weshalb die Arbeitsvermittlung beendet worden sei (Urk. 7/26), wobei der Beschwerdeführer keine anfechtbare

Verfügung beantragte. Die leistungsabweisende Verfügung vom 8. Februar 2019 trägt den Titel «Kein Anspruch auf eine Invalidenrente» und die Beschwerdegegnerin hat sich darin nicht substantiiert zu beruflichen Eingliederungsmassnahmen geäussert. Somit ist der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung, weshalb es vorliegend an einem Anfechtungsobjekt fehlt, womit inso weit auf die Beschwerde nicht einzutreten ist.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Beschwerdegegnerin in der Zwischenzeit dem erneuten Gesuch auf Eingliederungsmassnahmen des Beschwerdeführers Folge leistete und ihn zu einem Eingliederungsgespräch am 20. Mai 2019 einlud (Urk. 13/1-2). 8.

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtens. Dementsprechend ist die Beschwerde abzuweisen. 9.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 900.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Reto Zanotelli - 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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 HurstWantz

E. 8

Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 8. Februar 2019 unter anderem auf das psychiatrische Gutachten vom 21. Oktober 2018 ab (Urk. 7/47). Darin werden vor allem die bis zur Begutachtung des Beschwerdeführers aktenkundigen psychiatrischen Berichte zusammengefasst (Urk. 7/47/3-4 und Urk. 7/47/13-14), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen aber darauf Bezug genommen.

E. 10

S. 3-5). Somit ist vorliegend zu prüfen, ob auf die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden kann. An dieser Stelle

gilt es bezüglich der

Aussage von Dipl. med. J.____, die Angststörung sei reaktiv infolge einer im Jahr 2016 geplanten Kündigung aufgetreten (Urk. 7/50/6 vgl. auch Urk. 1 S. 7 und

Urk. 3/1-2), darauf hinzuweisen, dass der psychiatrische Gutachter während der Begutachtung keine psychosozialen Belastungsfaktoren erkennen konnte, insbesondere auch keine, die früher auf den Beschwerdeführer eingewirkt hätten (Urk. 7/47/17). Auch Dr.

K.____

führte in seinem Bericht keine psychosozialen Belastungsfaktoren auf (Urk.

7/42/3). Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer

seinen Job Ende 2016 doch nicht verlor. Er blieb bei der Y.____ AG angestellt, obwohl diese Ende 2016 den Sachtransport an eine externe Unternehmung auslagerte

(Urk. 7/12/2, Urk. 7/28 und Urk. 7/33). Durch die se

Aktenlage wird der erforderliche Beweisgrad nicht erreicht, so dass nicht vom Vorliegen einer erheblichen psychosozialen Belastungssituation ausgegangen werden kann. 4.3

Die Einschätzung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erscheint aufgrund der psychiatrischen Akten als schlüssig. Jedoch weist die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit

Schwachpunkte auf.

Nicht plausibel erscheint, weshalb der Beschwerdeführer nur 60%-arbeitsfähig sein soll, obwohl

der psychiatrische Gutachter zur nicht näher bezeichneten Angststörung keine zusätzliche depressive Störung diagnostizieren konnte (Urk. 7/47/12) und die ständig bestehende Angst,

an einem Herzinfarkt zu sterben, gemäss dem Beschwerdeführer nur ein- bis zweimal pro Monat der massen intensiv auftrat, dass sie zu einer Panikattacke führe

(Urk. 7/47/5 vgl. auch Urk. 7/47/9). Hinzu kommt, dass der psychiatrische Gutachter im Rahmen des Belastungsprofils der angepassten Tätigkeit einen erhöhten Pausenbedarf berücksichtigte (Urk. 7/47/18), wodurch es dem Beschwerdeführer möglich wäre auch in einem 80-90%-Pensum bei auftretender Angst adäquat darauf zu reagieren und eine Pause einzulegen. Sodann wurde im Gutachten unter Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen festgehalten, dass der Versicherte weitgehend psychisch gesund sei (Urk. 7/47/18).

Damit hat der psychiatrische Gutachter nicht begründet dargetan, inwiefern wegen des von ihm erhobenen Befundes eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40% in angepasster Tätigkeit vorliegen soll (vgl. BGE 145 V 361). 5. 5.1

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden 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 an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit

Hinweisen). 5.2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regel fall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 5.3

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» in der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist festzuhalten, dass der diagnoserelevante Befund und die Symptome nicht besonders ausgeprägt erschienen. So hielt der begutachtende Psychiater insbesondere fest, die Stimmung sei leicht bedrückt gewesen. Die affektive Modulationsfähigkeit sei nicht eingeschränkt, ebenso die Vitalität. Der Gedankengang sei in formaler wie auch in inhaltlicher Hinsicht unauffällig. Die Beschwerdeschilderung sei meist logisch, kohärent, gut fassbar. Der Beschwerdeführer habe nicht immer präzise zeitliche Angaben machen können. Während der gesamten zweistündigen Exploration hätten sich keine Ermüdungszeichen klinisch feststellen lassen. In psychomotorischer Hinsicht zeige sie keine Einschränkung. Das Bewegungsmuster sei nicht schwerfällig. Es seien keine Hinweise für gelegentliches

psychotisches Funktionieren festzustellen. Der Affekt sei weder deprimiert, hoffnungslos noch

lustlos, jedoch ängstlich und ratlos. Es zeigten sich deutliche Überforderungsgefühle, jedoch keine Insuffizienzgefühle, Freudlosigkeit oder ein Interessensverlust (Urk. 7/47/10). Eine depressive Symptomatik zeige sich nicht (Urk. 7/47/12). Zu berücksichtigen ist jedoch, dass der Beschwerdeführer alle

E. 14

Tage in die Psychotherapie geht

und auch Psychopharmaka einnimmt

(Urk. 7/47/6). Sodann sind Komorbiditäten, welche sich ressourcenmindernd auswirken würden, nicht benannt. Schliesslich erwähnte der Gutachter, es habe eine einwandfreie Kooperation des Beschwerdeführers während der Untersuchung, ebenso bezüglich durchgemachter Therapie, bestanden. Bezüglich der Wiedereingliederung sei sie jedoch nicht optimal (Urk. 7/47/18).

5.4

Zum Komplex «Persönlichkeit» ist festzuhalten, dass weder eine Persönlichkeitsakzentuierung noch eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde (Urk. 7/47/15). Gemäss dem Gutachten fühle sich der Beschwerdeführer überfordert, ängstlich, könne sich

bei der Arbeit nicht mehr 100 % konzentrieren. Die Aufmerksamkeit sei ebenfalls eingeschränkt und es sei eine erhöhte Fehlerquote zu befürchten. Demgegenüber werden aber auch mehrere Ressourcen genannt. Es bestehe eine ausgezeichnete psychosoziale Funktionsfähigkeit. Des Weiteren w eise der Tagesablauf des Beschwerdeführers durchaus subjektive Lebensfreude auf , insbesondere könne er seine Familie geniessen sowie gewisse TV-S end ungen aber auch viele Kollegen. Die Kommunikationsfähigkeit sei

gut , ebenso die Therapieadhärenz. Es bestünden auch keine psychosozialen Belastungen . Ferner w eise der Beschwerdeführer eine uneingeschränkte Fähigkeit zur Anpassung an Regeln, zu Spontanaktivitäten, Fähigkeit zu familiären und intimen Beziehungen, zur Selbstpflege und zur Teilnahme am Verkehr auf . Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, zur Flexibilität, zur Umstellung, zur Anwen dung fachlicher Kompetenzen, Entscheidungen und Urteile zu fällen, durchzu halten unterliege jedoch gewissen Schwankungen, insbesondere dann, wenn er stärker ängstlich sei und sich auf seine Angst fixiere

(Urk. 7/47 / 17). Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer täglich bis zu sieben Kilometer laufen geht , manchmal auch nur einen Kilometer und

regelmässig ein Wellnessstudio in Zür ich besucht (Urk. 7/47/5), gerne Fernsehen schaut und mit seiner Familie Unterhal tungen führ t (Urk. 7/47/8). 5.5

Hinsichtlich des Komplex «Sozialer Kontext» ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer mit seiner Ehefrau in einer 4.5-Zimmerwohnung lebt, wobei die Ehe gut und tragfähig ist und er auch eine starke Unterstützung von seinen Kindern erfährt (Urk. 7/47/8 - 9) . Der Beschwerdeführer hat einen geregelten Tages ablauf sowie zahlr e iche Freunde und verbringt die Ferien zusammen mit seiner Familie in seiner Heimat (Urk. 7 / 47/8). Demnach verfügt er insgesamt über ein sehr intaktes soziales Umfeld mit vielen mobilisierenden Ressourcen. 5.6

Zum - beweisrechtlich entscheidenden - Aspekt der Konsistenz ist zunächst fest zuhalten, dass der Beschwerdeführer angab, er könne höchstens eine Stunde pro Tag arbeiten, obwohl nach seinen Angaben die Angst , an einem Herzinfarkt zu sterben, nur ein-

bis zweimal pro Monat dermassen intensiv auftritt, dass es zu einer Angstattacke kommen kann . Auf die Inkonsistenz angesprochen, konnte der Beschwerdeführer keine klare Antwort geben. Der Gutachter hi e lt diesbe züglich fest, d er Beschwerdeführer wirke völlig überzeugt von seiner weitge henden Arbeitsunfähigkeit, beinahe so, als wäre er auf diese Idee einfach fixiert. Wenig überzeugend wirke d a ran jedoch die Angabe, dass er wegen Kraftlosigkeit arbeitsunfähig sei (Urk. 7/47/9 vgl. auch Urk. 7/47/5 und Urk.

7/47/

E. 16

vgl. auch Urk. 7/36/2-3) . Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer offensichtlich unverändert im Stande ist , lange Spa ziergänge zu unternehmen, regelmässig das Fitnessstudio zu besuchen und Ferien im Ausland zu verbringen (E. 5.4 und 5.5).

Selbst wenn das Steuern eines Per sonenwagens , wie vom

Beschwerdeführer angeführt (Urk. 1 S. 7), nicht dazu ge zählt wird, verbleibt somit ein hohes Aktivitätsniveau .

Schliesslich ist hervor zu heben , dass der psychiatrische Gutachter den fehlenden Willen zu arbeiten , nicht nur auf die Psychopathologie (Angststörung) und nicht nur auf die Krankheits überzeugung zurückführt (Urk. 7/47/18). 5.7

Angesichts des nicht erheblichen funktionellen Schweregrads der diagnos tizier ten Gesundheitsstörung bei weitgehend erhaltenen Ressourcen sowie mit Blick auf ein sehr intaktes soziales Umfeld und die aktenkundigen Inkonsistenzen ist die im Gutachten attestierte Leistungseinschränkung von 40 % nicht aufrecht zu erhalten. Somit ist der Beschwerdeführer bei Ausschöpfung seiner Ressourcen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in der Lag e , wie von den RAD-Ärzten fest gehalten, in einer angepassten körperlich bis mittelschweren Tätigkeit unter Be rücksichtigung des erhöhten Pausenbedarfs in einem 80- bis 90%-Pensum zu arbeiten (Urk. 7/50/5-6) .

6.

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