

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00790 vom 5. März 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-03-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00790](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00790)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00790 du 5 mars 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00790 del 5 marzo 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1

des Bundesgesetzes über den Allge meinen 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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 Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, er halten oder verbessern können; b.

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

#### **E. 1.2.1**

N achdem X.\_\_\_\_

vom 1. Oktober 2013 bis zum 3 1. März 2017 als Ma schinenführer für die

Z.\_\_\_\_ AG tätig gewesen war ( Urk. 7/ 66 ), meldete er sich am 27. Juni 2017 (Eingangsdatum) bei der IV-Stelle zur Früherfassung ( Urk. 7/49) und a m 18. Juli 2017 (Eingangsdatum) erneut zum Leistungs bezug an (Urk. 7/56). Die IV-Stelle tätigt e in der Folge medizinische und erwerb liche Ab klärungen . Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/99; Urk. 7/100 , Urk. 7/105) verneinte sie mit Verfügung vom 20. September 2018 einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente (Urk. 7/108). Die vom Versicherten da gegen erhobene Beschwerde ( Urk. 7/111/3-9) hiess das hiesige Gericht mit Urteil vom 2 5. Februar 2019 in dem Sinne gut, dass die angefochtene Verfügung vom 2 0. September 2018 aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde, damit sie weitere medizinische Abklärungen vornehme und hernach über den Leistungsanspruch des Versicherten neu verfüge (U rk. 7/124).

### **E. 1.2.2**

Die IV-Stelle holte in der Folge Berichte von Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Kardiologie und für Innere Medizin, ( Urk. 7/131) und von Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, ( Urk. 7/136) ein und gab bei Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie und für Allgemeine Innere Medizin, ein Gutachten in Auftrag ( Urk. 7/146), welches am 28. Januar 2020 erstattet wurde ( Urk. 7/149). Mit Vorbescheid vom 9. April 2020 stellte die IV-Stelle in Aussicht, einen Rentenanspruch des Versicherten zu verneinen (Urk. 7/152). Dagegen liess dieser unter Einreichung von Berichten von Ärzten der Klinik für Kardiologie des Universitätsspitals D.\_\_\_\_ ( Urk. 7/155) Einwand erheben ( Urk. 7/153, Urk. 7/156). Die IV-Stelle holte daraufhin einen weiteren Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ ( Urk. 7/158) und einen Bericht des D.\_\_\_\_ ein (Urk. 7/159). Nachdem der Versicherte am 2. September 2020 zu den neu eingeholten ärztlichen Berichten Stellung genommen hatte ( Urk. 7/163), verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 9. Oktober 2020 einen Rentenanspruch des Versicherten ( Urk. 2).

### **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 ausgleichender 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, 128 V 29 E. 1).

### **E. 1.4**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3

der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis). 2.

### **E. 2**

Dagegen liess der Versicherte mit Eingabe vom 10. November 2020 Beschwerde erheben und beantragen, es sei ihm rückwirkend ab 1. Januar 2018 eine ganze Rente auszurichten (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 8. Januar 2021 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 13. Januar 2021 angezeigt wurde (Urk. 8).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erklärte zur Begründung ihres Entscheides im Wesentlichen (Urk. 2), der Beschwerdeführer habe sich am 18. Juli 2017 zum Leistungsbezug angemeldet, ein Rentenanspruch könne daher frühestens per 1.

Januar 2018 entstehen . Der Beschwerdeführer könne seit dem 1. Januar 2018 in angepassten Tätigkeiten, welche körperlich leicht seien und ohne Zeitdruck und

Nachtdienst , jedoch mit der Möglichkeit von regelmässigen Pausen ausgeübt werden könnten, wieder vollumfänglich arbeiten.

Der vom Beschwerdeführer postulierte erneute Herzinfarkt könne anhand des Austrittsberichts des D.\_\_\_\_ vom 11. Februar 2020 nicht nachvollzogen werden. Dass der Kalziumantagonist Amlodipin habe abgesetzt werden müssen, spreche nicht gegen eine optimale Blutdruckeinstellung. Diese könne auch mit anderen blutdrucksenkenden Wirkstoffgruppen angestrebt werden. Das Risiko eines erneuten Herzinfarktes sei spekulativ und abhängig von der Einstellung der Risikofaktoren. Im neu eingereichten Arztbericht des D.\_\_\_\_ werde erklärt, dass die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei .

## **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer liess dagegen im Wesentlichen einwenden ( Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe sich für die Beurteilung seiner Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu Unrecht ausschliesslich auf das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ abgestützt, habe der Gutachter die Arbeitsfähigkeit doch ausschliesslich aus kardiologischer Sicht beurteilt. Zu den eigentlichen kardiologischen Problemen im engeren Sinn kämen die thorakalen Schmerzen und seine Müdigkeit dazu. Ausserdem müsse er jede Anstrengung meiden, da bei ihm latent die Gefahr eines Herzinfarktes bestehe. Aufgrund der Schmerzen könne er sich nicht lange konzentrieren. Auch habe das Problem der Unverträglichkeit der Medikamente noch nicht gelöst werden können.

Die Aussage von Dr. C.\_\_\_\_ , wonach die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert werden könne, sei aus Sicht der behandelnden Ärztin Dr. B.\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar. Es sei aus medizinischer Sicht leider nicht möglich, die Schmerzsituation zu verbessern. Der Vorschlag von Dr. C.\_\_\_\_ , Amlodipin einzusetzen, sei gemäss Dr. B.\_\_\_\_ schon früher umgesetzt worden, aber er vertrage Amlodipin (und allgemein die Kalziumantagonisten) nicht . Somit stimme es nicht, dass die arterielle Hypertonie optimal behandelt sei, da die Nebenwirkungen der Medikamente auch Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Auch sei es für ihn schwierig, das Gewicht zu reduzieren, obwohl er seine Diät sehr geändert und das Rauchen fast gestoppt habe. Um die Leistungsfähigkeit abschliessend beurteilen zu können, sei es unumgänglich, sämtliche einschränkende Krankheitsgeschehen in die Gesamtwürdigung einzubeziehen. Es sei daher nicht korrekt, wenn die Beschwerdegegnerin sich nur auf das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ abstütze.

Die Beschwerdegegnerin habe ausserdem zu Unrecht nicht berücksichtigt, dass sein Gesundheitszustand kein stabiler sei und latent die Gefahr einer Restenose mit Folge eines Herzinfarktes bestehe. Er habe sich im Mai 2018 einen dritten Stent einsetzen lassen müssen , da sich einer der im November gesetzten Stents bereits wieder zu 70 % verschlossen gehabt habe. Nach der Exploration vom 18. November 2019 und seit der Fertigstellung des kardiologischen Fachgutachtens habe er sich erneut in Spitalbehandlung begeben. Gemäss Bericht des D.\_\_\_\_ vom 11. Februar 2020 habe sich dann eine (neue) kleine Infarktnarbe und eine leichtgradige Stenose gezeigt. Dem Bericht könne auch entnommen werden, dass von einer allgemeinen Leistungsminderung/Müdigkeit auszugehen sei.

Die Tatsache, dass er immer noch Schmerzen und nachweislich ein grosses Risiko habe, dass sich einer der Stents wieder verschliesse und somit bei jeder Anstrengung wieder ein Herzinfarkt ausgelöst werden könne, hätten einen Einfluss auf die Arbeits- und

Erwerbsfähigkeit. Unter korrekter Würdigung aller vorhandenen Arztberichte ergebe sich, dass er krankheitsbedingt auch nicht mehr in der Lage sei, einer angepassten Erwerbstätigkeit nachzugehen. Ihm stehe deshalb eine ganze Rente zu. 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**

Das hiesige Gericht hatte mit Urteil vom 25. Februar 2019 (Urk. 7/124) festgehalten (E. 4.1), dass gemäss den Akten im Mai 2017 eine relevante Herzerkrankung des Beschwerdeführers festgestellt worden und deswegen eine Stent-Implantation erfolgt sei. Nachdem dem Beschwerdeführer am 9. November 2017 ein zweiter Stent eingesetzt worden sei, habe sich bis zur Verlaufskontrolle am 9. Mai 2018 eine 70%ige Re-Stenose gebildet, welche zum dritten Mal die Platzierung eines Stents erforderlich gemacht habe. Zudem leide der Beschwerdeführer unter einer hypertensiven Herzkrankheit, wobei sich die arterielle Hypertonie im Dezember 2018 als therapieresistent erwiesen habe. Im Rahmen der am 13. November 2018 durchgeführten Untersuchung habe der Beschwerdeführer in der Fahrradergometrie unter fortgeführter Betablocker-Behandlung eine deutliche, mittelschwere chronotrope Inkompetenz gezeigt und seine submaximale Herzfrequenz deutlich verfehlt. Die Belastung, welcher der Beschwerdeführer während der Fahrradergometrie ausgesetzt gewesen sei, habe sich als derart hoch erwiesen, dass dieselbe infolge der schweren Arbeitshypertonie abgebrochen werden müsse. Unter diesen Umständen vermöge die Einschätzung von RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, wonach davon ausgegangen werden könne, dass die Intervention im Mai 2018 keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit begründet habe und sich der Beschwerdeführer seit Januar 2018 zu mindestens 80% arbeitsfähig erweise, nicht zu überzeugen. Auf die Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_, welche für den Beschwerdeführer lediglich eine Arbeitstätigkeit von 30-40% für zumutbar erachte, könne jedoch ebenso wenig abgestellt werden. So sei einerseits ab Mai 2018 keine erneute Re-Stenose ausgewiesen, andererseits habe sich die linksventrikuläre Pumpfunktion zu jeder Zeit als unbeeinträchtigt erwiesen. Auch die arterielle Hypertonie vermöge nicht ohne Weiteres eine bleibende Arbeitsunfähigkeit zu begründen, scheine diese doch derzeit zumindest noch optimierbar. Inwieweit sich die vom Beschwerdeführer weiterhin geklagten Schmerzen (vor allem retrosternal und in den Beinen) sowie seine Abgeschlagenheit und Müdigkeit durch medizinische Befunde objektivieren und durch geeignete (optimierte) Therapie gegebenenfalls beseitigen liessen, könne gestützt auf die aufliegenden Akten nicht abschliessend beurteilt werden.

#### **E. 3.2**

4).

##### **4.2.2**

Soweit der Beschwerdeführer beanstandet, Dr. C.\_\_\_\_ sei zu Unrecht davon ausgegangen, die Arbeitsfähigkeit lasse sich durch medizinische Massnahmen relevant verbessern (Urk. 1 S. 6), gilt es zu beachten, dass die Beschwerdegegnerin der angefochtenen Verfügung die von Dr. C.\_\_\_\_

im Zeitpunkt der Begutachtung attestierte Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit zugrunde legte. Die Beurteilung, ob sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch medizinische Massnahmen zukünftig zusätzlich verbessern lässt, ist daher für die Beurteilung des aktuellen Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers nicht von Relevanz, entsprechend erübrigen sich Weiterungen dazu.

Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer geklagten Müdigkeit ist aktenkundig, dass diese seit Beginn der kardiologischen Symptomatik im Jahr 2017 auftritt. Nach der ersten Stenteinlage sei es zu einer Besserung gekommen. Seither, auch nach der zweiten Stenteinlage, sei die vom Beschwerdeführer geklagte Symptomatik etwa gleichbleibend (Urk. 7/159/6). Das Gesagte lässt darauf schliessen, dass die vom Beschwerdeführer geklagte Müdigkeit kardiovaskulär begründet ist

und entsprechend keine über die von Dr. C.\_\_\_\_ attestierten Einschränkungen hinausgehende Einschränkung zu begründen vermag. Betreffend die vom Beschwerdeführer geltend gemachten thorakalen Beschwerden gilt es zu beachten, dass die Ärzte des D.\_\_\_\_ diesen keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu massen, obwohl sie es als möglich erachteten, dass diese mikrovaskulär-koronar bzw. durch die hypertensive Herzkrankheit bedingt sind (Urk. 7/159/5). Weder legt der Beschwerdeführer dar noch ist ersichtlich, inwieweit diese Beurteilung nicht zutreffen bzw. die geklagten Beschwerden die Arbeitsfähigkeit über die von Dr. C.\_\_\_\_ attestierten Einschränkungen hinausgehend beeinträchtigen sollten. Für die vom Beschwerdeführer beschwerdeweise vorgebrachten Konzentrationsmängel liegen keinerlei Anhaltspunkte vor.

Hinweise darauf, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach der Begutachtung durch Dr. C.\_\_\_\_ verschlechtert hätte, liegen nicht vor. Dem mit 11. Februar 2020 datierten Bericht des

D.\_\_\_\_ ist zwar zu entnehmen, dass sich beim Herz - MRI vom 9. Januar 2020 eine kleine Infarkt Narbe inferolateral (basal) mit erhaltender Viabilität und eine Infarkt Narbe anterior und septal (apikal) sowie des Apex zeigte (Urk. 7/159/4). Während die inferolaterobasale Myokardnarbe bereits im Rahmen einer PET-Myokardperfusionenuntersuchung vom 18. August 2017 festgestellt worden (vgl. Urk. 7/79/24) und entsprechend Dr. C.\_\_\_\_ bekannt war (Urk. 7/149/8), wurde die Infarkt Narbe anterior und septal (apikal) sowie des Apex ohne Viabilität erstmals im Bericht des D.\_\_\_\_ vom 1

### **E. 3.2.1**

Im Nachgang zur Rückweisung ergingen insbesondere die folgenden ärztlichen Berichte :

### **E. 3.2.2**

Dr. A.\_\_\_\_ erklärte mit Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 13. Mai 2019 (Urk. 7/131), die angestammte Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer Vollzeit bei regelmässiger Betätigung tagsüber zumutbar. Der Beschwerdeführer bedürfe regelmässiger Arbeitszeiten, Nacht- und Schichtbetrieb seien nicht möglich.

### **E. 3.2.3**

Dr. B.\_\_\_\_ erklärte mit Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 25. Juni 2019 (Urk. 7/136), leider ertrage der Beschwerdeführer viele Medikamente nicht, vor allem in den Gruppen der blutdruck- und cholesterinsenkenden Mitteln. Seit Oktober 2017 hätten sie bei ihm zusammen mit dem D.\_\_\_\_ mehrere blutdrucksenkende Mittel eingesetzt. Der Beschwerdeführer könne aber zum Beispiel Medikamente mit Kalziumantagonisten nicht

ertragen ( Flush , Gesichtsrötung). Es sei vom D.\_\_\_\_

Aldactone eingesetzt worden. Diese s Medikament habe Herzklopfen, Tachykardie, Kopfschmerzen, Schwindel sowie eine starke Mastodynie verursacht. Betreffend Hypertonie habe der Beschwerdeführer praktisch alle Betablocker probiert, er habe jedoch mit allen viel Mühe (Muskelschmerzen, Kopfschmerzen, Schnupfen). Concor scheine im Moment erträglich zu sein. Anamnestisch sei der Beschwerdeführer in einem schlechten Allgemeinzustand. Er klagt oft über Schmerzen in der Brust, die viel von Medikamenten beeinflusst seien. Es sei unklar, ob es mit dem Herzen oder mit der Speiseröhre zu tun habe , wobei die Schmerzen oft von Herzklopfen begleitet seien. Dazu seien diese «Schmerzen» praktisch nur durch Benzodiazepine (Beruhigungsmittel) zu erleichtern . Der Beschwerdeführer könne physisch nicht mehr 100 % arbeiten. Er könnte im besten Fall 30 % in einem geschützten Rahmen arbeiten, das heisst ohne Stress, ohne physische Anstrengungen und ohne psychische Belastung. Der Beschwerdeführer könne maximal 150 bis 200 Meter laufen , bevor er stoppen müsse (Muskel schmerzen, Erschöpfung). Auch wegen seinem schwierig zu behandelnden Blut druck und seiner retrosternalen Schmerzen sei es unmöglich, ihn in den Arbeitsprozess wieder einzugliedern.

Mit Bericht an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers

vom 13. September 2019 ( Urk. 7/143) ergänzte Dr. B.\_\_\_\_ , Aldactone habe rasch abgesetzt werden müssen , da der Beschwerdeführer über eine Vergrösserung der Brüste sowie sehr starke Kopfschmerzen geklagt habe.

#### **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. 9**

/4-5 ). Dabei konnten offene Stents in RIVA und RCA mit nur geringer Instenhyperplasie objektiviert werden. Im ersten

Posterolateralast der RCX fand sich eine leichtgradige Stenose, welche jedoch keiner Intervention bedurfte. Es wurden keine PCI vorgenommen. Möglicherweise seien die Beschwerden gastrointestinal bedingt, differentialdiagnostisch auch mikrovaskulär-koronar bzw. bei hypertensiver Herzkrankheit, wobei aber nur eine leichte LV-Hypertrophie beschrieben sei. Das normwertige NT-proBNP spreche stark gegen eine relevante Herzinsuffizienz.

Die Ärzte des D.\_\_\_\_ hielten fest, bei aktuell günstigem Befund der Koronarangiografie ohne klinisch relevanten KHK-Progress, normaler systolischer links- und rechtsventrikulärer Funktion im Herz-MRI und normwertigem NT - proBNP bestehe aus rein kardiologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ( Urk. 7/159/5).

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