

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00382 vom 6. Februar 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-02-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00382

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00382 du 6 février 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00382 del 6 febbraio 2024

Erwägungen

E. 1

Der 1967 geborene X.____ arbeitete als Unterhaltsreiniger und war zu letzt bei der Z.____ GmbH tätig (Urk. 7/3). Am 2. November 2020 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf einen posterioren Myokardinfarkt bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/4/6). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, führte mit dem Versicherten ein Standortgespräch durch (Urk. 7/8) . Am 11. Januar 2021 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, aufgrund seines Gesundheitszustandes seien zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich, weshalb ein Anspruch auf eine Rente geprüft werde (Urk. 7/12). Nachdem die IV-Stelle medizinische Abklärungen getätigt hatte (Urk. 7/13 [= Urk. 7/15-17], 7/20 - 28, 7/30, 7/33-35, 7/44, 7/45-46) , stellte

sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 22. November 2021 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/49). Dagegen erhob der Versicherte am 17. Dezember 2021 Einwand (Urk. 7/55 und 7/59 ; vgl. auch Urk. 7/56-57 sowie die ergänzende Begründung vom 3. Februar 2022, Urk. 7/65) . In der Folge tätigte die IV-Stelle weitere Abklärungen (Urk. 7/67 , 7/75, 7/83-84, 7/86, 7/88, 7/91, 7/105) und gewährte dem Versicherten das rechtliche Gehör (Urk. 7/70, 7/77, 7/80 , 7/110) . Am 20. Juni 2023 verfügte die IV-Stelle im angekündigten Sinne und wies das Leistungsbegehren des Versicherten ab (Urk. 2 [= Urk. 7/114]).

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz . 1008 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des

linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3

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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 1.5

Gemäss Art. 54a IVG stehen die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) den IV-Stellen für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung (Abs. 2). Sie legen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person für die Ausübung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich fest (Abs. 3). Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Abs. 4). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethoden können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Bei der Festsetzung der funktionellen Leistungsfähigkeit (Art. 54a Abs. 3 IVG) ist die medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und für angepasste Tätigkeiten unter

Berücksichtigung sämtlicher physischen, psychischen und geistigen Ressourcen und Einschränkungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu beurteilen und zu begründen (Abs. 1 bis). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweis würdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen). 2.

E. 2

Dagegen liess der Versicherte am 4. August 2023 Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm die gesetzlich zustehenden Versicherungsleistungen aus IVG, insbesondere eine Invalidenrente, zuzusprechen; eventualiter sei die Streitsache zur weiteren Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; subeventualiter sei ein umfassendes medizinisches Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 30. August 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), worüber der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 31. August 2023 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in ihrem Entscheid, dem Beschwerdeführer sei seine bisherige Tätigkeit als Spezialreiniger nicht mehr möglich. Eine körperlich leichte Tätigkeit, sitzend oder wechselbelastend sei ihm hingegen zu 70 % zu mutbar. Idealerweise sollte die Tätigkeit in wohltemperierten Innenräumen aus geführt werden mit der Möglichkeit, zusätzlich Kurzpausen einzulegen und ohne aussergewöhnliche Stressbelastung. Eine taktgebundene Arbeit sowie Tätigkeiten über Schulterhöhe seien jedoch zu vermeiden. Mit einer optimal angepassten Tätigkeit im Pensum von 70 % könne er ein rentenausschliessendes Einkommen erwirtschaften, weshalb die Voraussetzungen für eine Rente nicht erfüllt seien (Urk. 2 S. 1 f.).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, die Ausführungen der Beschwerdegegnerin würden im Widerspruch zu den fachärztlichen Berichten stehen. Entgegen der Beurteilung des RAD handle es sich nicht nur um ein kardiales Problem. Die psychiatrische Abklärung im Universitätsspital A. ___ habe ergeben, dass bei ihm eine Angststörung sowie eine mittelgradige depressive Episode, insbesondere ausgeprägte herzbezogene Ängste mit deutlichem Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten, vorliegen würden. Seine Hausärztin habe festgehalten, dass ihm auch eine angepasste Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Am 19. Dezember 2022 habe erneut eine Herzoperation stattgefunden. Die Beurteilung des RAD sei deshalb nicht nachvollziehbar und lasse Zweifel an deren Schlüssigkeit aufkommen. Der Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt worden (Urk. 1 S. 3 ff.). 3.

E. 3

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

E. 3.1

9

Am 19. Dezember 2022 berichteten die Behandler der Klinik L. ___ von der Hospitalisation des Beschwerdeführers. Als Ursache für die anteriore Ischämie und auch teilweise für die laterale Viabilität sei ein sehr grosser zweiter,

chronisch verschlossener Diagonalast festgestellt worden, der sich über den RIVA kollateralisiert

gezeigt habe. In einer aufwendigen Prozedur sei es gelungen, den zweiten Diagonalast zu öffnen. Der LIMA-Bypass sei nicht gefährdet gewesen (Urk. 7/91/1-2). 3. 20

In seiner Stellungnahme vom 8. Mai 2023 kam RAD-Arzt G. ___ zum Schluss, angesichts der durch die behandelnden Fachärzte auf ihrem jeweiligen Fachgebiet ausgewiesenen Arbeitsfähigkeiten habe sich aus versicherungsmedizinischer Sicht keine neue Einschätzung in einer angepassten Tätigkeit gezeigt. Auf die hausärztliche Beurteilung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit könne nicht abgestellt werden. Er halte weiterhin an seiner Stellungnahme vom 22. November 2021 fest und es seien keine weiteren Abklärungen angezeigt (Urk. 7/113/10-11). Am 7. Juni 2023 hielt RAD-Arzt G. ___ fest, aufgrund der neu vorliegenden Berichte würden sich keine neuen funktionellen Einschränkungen ergeben. Bei einem guten Ergebnis der kardiologischen Intervention durch die Behandler der Klinik L. ___ sei aus arbeitsmedizinischer Sicht wieder von einer unveränderten Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers wie vor dem Eingriff auszugehen. Eine Arbeitsunfähigkeit könne lediglich für wenige Wochen nach dem Eingriff angenommen werden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei zudem kein eigenständiges psychiatrisches Leiden ausgewiesen. Für die Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei im Wesentlichen der somatische Gesundheitszustand ausschlaggebend. In einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu mindestens

70

% arbeitsfähig (Urk. 7/113/12-13). 4.

4.1

Es ist unbestritten und durch die Akten ausgewiesen, dass dem Beschwerdeführer seine bisherige, körperlich belastende Tätigkeit als Spezialreiniger nicht mehr zu mutbar ist (vgl. E. 3 und Urk. 2). Strittig und zu prüfen ist die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit.

Der Beschwerdeführer leidet zum einen an einer koronaren Herzkrankheit und an linksseitigen Schulter- beziehungsweise Oberarmschmerzen, zum anderen traten im Verlauf der Behandlung der somatischen Leiden auch psychische Beschwerden auf. 4.2

RAD-Arzt G.____ legte ausgehend von den fachärztlichen kardiologischen Untersuchungsbefunden und den vom Beschwerdeführer erreichten Leistungen im Rahmen der Stressechokardiographie nachvollziehbar dar, dass in einer körperlich leichten, sitzenden Tätigkeit in Bezug auf die Herzkrankheit keine wesentlichen Einschränkungen bestehen. Der RAD-Arzt stützte sich bei seiner Beurteilung insbesondere auf die erhobenen Befunde und die Einschätzung von Dr. C.____, der nach seiner Untersuchung im März 2021 festgehalten hatte, dass dem Beschwerdeführer bei formal mittelschwer eingeschränkter Pumpfunktion eine leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit möglich sein sollte (vgl. E. 3.7). Dr. D.____ erhob im Verlauf der Behandlung sodann die gleichen Befunde (vgl. E. 3.11), wobei sich auch die physikalische Stressechokardiographie unauffällig zeigte. Zwar wurde der Beschwerdeführer kurzzeitig noch in der Klinik L.____ wegen eines Verschlusses des zweiten Diagonalastes behandelt, in einer aufwändigen Prozedur konnte dieser jedoch geöffnet werden und die Behandler stellten fest, dass der LIMA-Bypass nicht gefährdet war (E. 3.19). Bei im Wesentlichen gleichen erhobenen Befunden ist nicht nachvollziehbar, in wiefern dem Beschwerdeführer aus kardiologischer Sicht eine angepasste Tätigkeit nicht mehr beziehungsweise nur noch sehr eingeschränkt zumutbar sein sollte. Dr. D.____ wiederholte denn auch lediglich, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Spezialreiniger nicht mehr möglich sei (E. 3.11). Dies ist jedoch unbestritten. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit äusserte sich Dr. D.____ hingegen nicht. 4.3

Mit Blick auf die vom Beschwerdeführer geklagten Schulter- beziehungsweise Oberarmschmerzen hielt RAD-Arzt G.____ fest, dass im Rahmen der noch zumutbaren körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten keine Arbeiten über Schulterhöhe auszuführen sein dürften (Urk. 7/48/5). Gleichzeitig legte er überzeugend dar, dass - gestützt auf die im Rahmen des MRI vom März 2021 erhobenen, wenig pathologischen Befunde der linken Schulter - keine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit begründet werden könne (Urk. 7/48/6). Dies steht im Einklang mit der Einschätzung der behandelnden Ärzte der Universitätsklinik I.____, die den Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht in einer schultergelenkentlastenden Tätigkeit während acht bis zehn Stunden pro Tag als arbeitsfähig erachteten (E. 3.14). 4.4

Was die geltend gemachten psychischen Beschwerden betrifft, kam RAD-Arzt G.____ zum Schluss, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht kein eigen ständiges Leiden vorliege und für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen der somatische Gesundheitszustand ausschlaggebend sei (Urk. 7/113/13). Auch dies vermag zu überzeugen. Zwar hatte Dr. J.____ am 19. Juli 2022 eine sonstige spezifische Angststörung (ICD-10 F41.8) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostiziert. Sie sprach jedoch von ausgeprägten herzbezogenen Ängsten und davon, dass sich die depressive Symptomatik auf dem Boden der psychosozialen Belastungssituation und der un geklärten Zukunftsperspektive zeige. Weder attestierte sie dem Beschwerdeführer eine

eingeschränkte Arbeitsfähigkeit noch vermochte sie Fragen zu allenfalls bestehenden Funktionseinschränkungen oder zur Zumutbarkeit einer an angepassten Tätigkeit zu beantworten (Urk. 7/83). Auch Dr. K.____, an die der Beschwerdeführer in der Folge zur Behandlung überwiesen wurde, attestierte keine Arbeitsunfähigkeit in psychischer Hinsicht und erkannte ebenfalls einen engen Zusammenhang zwischen den somatischen Einschränkungen und der fest gestellten depressiven Symptomatik (Urk. 7/105/4). Gestützt auf diese Einschätzungen ist von direkten Auswirkungen (unter anderem) psychosozialer Faktoren auf die Leistungsfähigkeit auszugehen. Dies spricht gegen das Vorliegen eines eigenständigen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1). Nach dem Gesagten ist bezüglich der geltend gemachten psychischen Leiden des Beschwerdeführers, soweit überhaupt - wie von der Rechtsprechung verlangt (BGE 145 V 215 E. 5.1) - von einer lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützten Diagnose gesprochen werden kann, keine - über die aus somatischen Gründen bestehende Arbeitsunfähigkeit von höchstens 30 % hinausgehende - Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ausgewiesen. 4.5

Zusammengefasst steht gestützt auf die beweiskräftigen Aktenbeurteilungen von RAD-Arzt G.____ (E. 3.10, 3.12, 3.17 und 3.20) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten körperlich leichten Tätigkeit zu mindestens 70% arbeitsfähig ist. Die Vorbringen des Beschwerdeführers vermögen keine auch nur geringe Zweifel an dieser Einschätzung zu wecken.

Angesichts der Aktenlage waren in diesem Zusammenhang von weiteren Abklärungen keine neuen relevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht - ohne Verletzung der Untersuchungspflicht - davon abgesehen hat (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3, jeweils mit Hinweisen). 5. 5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die 70%ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 5.2

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, 128 V 29 E. 1). 5.3

5.3.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens 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 (vgl. BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1; vgl. auch Art. 26 Abs. 1 IVV).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 4. Aufl. 2022, N. 56 f. zu Art. 28a; vgl. auch Art. 26 Abs. 4 in Verbindung mit Art. 25 Abs. 3 IVV). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_592/2022 vom 11. April 2023 E. 4.3.3 mit Hinweisen). Die Wahl der massgeblichen Tabellenposition soll möglichst den überwiegend wahrscheinlichen Verlauf der Einkommensentwicklung ohne Gesundheitsschaden abbilden. Hierbei ist das Valideneinkommen keine vergangene, sondern eine hypothetische Grösse (Urteil des Bundesgerichts 8C_152/2022 vom 21. Oktober 2022 E. 3.2.2 mit Hinweisen). 5.3.2

Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26 bis Abs. 1 IVV).

Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität ebenfalls nach statistischen Werten nach Artikel 25 Absatz 3 IVV bestimmt. Bei versicherten Personen nach Artikel 26 Absatz 6 IVV sind in Abweichung von Artikel 25 Absatz 3 IVV geschlechtsunabhängige Werte zu verwenden (Art. 26 bis Abs. 2 IVV; vgl. auch BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind rechtsprechungsgemäss grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_339/2022 vom 9. November 2022 E. 6.1.1 mit Hinweisen). 5.4

Anlässlich des Standortgespräches gab der Beschwerdeführer an, seit Oktober 2019 bei der Z.____ GmbH in ungekündigtem Arbeitsverhältnis zu arbeiten, der Inhaber sei jedoch verschwunden und er habe seit sechs Monaten keinen Lohn mehr erhalten (Urk. 7/8/2). In seiner Anmeldung zum Leistungsbezug gab er an, bis im März 2020 als Spezialreiniger bei der Z.____ GmbH tätig gewesen zu sein (vgl. Urk. 7/4/6). Im Zeitpunkt seines Myokardinfarktes am 10. Mai 2020 war er demnach nicht mehr angestellt. Aus dem Auszug des individuellen Kontos (IK-Auszug) vom 10. November 2020 sowie der Anmeldung zum Leistungsbezug geht hervor, dass der Beschwerdeführer zuvor (bis im Juli 2019) als «Objektleiter/Leiter Spezialreinigung» bei der M.____ GmbH tätig war (Urk. 7/4/6, Urk. 7/9/2). Soweit in den Akten auf eine selbständige Tätigkeit des Beschwerdeführers hingewiesen wurde (vgl. Urk. 7/20/1), liegen diesbezüglich keine Unterlagen vor. Gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers im Anmeldeformular ist vorliegend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass er bis am 31. März 2020 als Arbeitnehmer tätig war, das Arbeitsverhältnis jedoch vor Eintritt seines Gesundheitsschaden aufgelöst wurde. Die Beschwerdegegnerin stellte daher zu Recht bei der

Ermittlung des Valideneinkommens auf die Angaben der LSE ab (LSE 2018, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Ziffern 77-82 [Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen], Kompetenzniveau 1 [Fr.

4'767.--]). Hochgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die Nominallohnentwicklung sowie die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr.

61'138.50 für das Jahr 2021 (vgl.

Urk. 7/47). Dies wurde vom Beschwerdeführer zu Recht nicht beanstandet.

Für die Berechnung des Invalideneinkommens zog die Beschwerdegegnerin eben falls die Tabellenlöhne bei (LSE 2018, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 [Fr.

5'417.--]; Urk.

7/47/1). Unter Berücksichtigung des Umstands, dass der Beschwerdeführer seit Mai 2020 nicht mehr in einem Anstellungsverhältnis steht (vgl.

Urk.

7/86/5, 7/88/3, 7/88/19), ist auch dieses Vorgehen korrekt. Wiederum hochgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die Nominallohnentwicklung sowie die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden errechnete die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung einer Arbeitsfähigkeit von 70 % ein Invalideneinkommen von Fr.

47'232.50 für das Jahr 2021 (vgl. Urk.

7/47/1). Auch dagegen erhob der Beschwerdeführer zu Recht keine Einwände. Verglichen mit dem Valideneinkommen resultiert somit für das Jahr 2021 ein Invaliditätsgrad von 23 % . Dementsprechend hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (E. 1.3). Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Da es vorliegend um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. 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: - Dextra Rechtsschutz AG - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und

mit dem 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 Beweis mittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Philipp Sherif

E. 3.2

Am 10. Juni 2020 berichteten die Behandler der Rehaklinik B.____, der Beschwerdeführer sei vom 22. Mai 2020 bis 12. Juni 2020 zur kardialen Rehabilitation stationär in der Klinik gewesen. Bei Eintritt habe sich der Beschwerdeführer in gutem Allgemein- und schlankem, sportlichem Ernährungszustand gezeigt. Er sei kardiopulmonal kompensiert und thorakopulmonal voll kommen beschwerdefrei gewesen. Aufgrund des Eintrittsassessments sei er initial in die zweitschwächste Kardiorehabilitationsgruppe eingeteilt worden.

Während des gesamten Rehabilitationsaufenthaltes sei er kardiopulmonal stabil und komplett asymptomatisch gewesen. In der Transthorakalen Echokardiographie (TTE) habe sich weiterhin eine hochgradig eingeschränkte Ejektionsfraktion (EF) von 31 % gezeigt. In der Austrittsbelastungsergometrie habe der Beschwerdeführer 54 % des Soll erreicht, sie habe jedoch wegen Schmerzen im oberen Sprunggelenk (OSG) links abgebrochen werden müssen. Insgesamt sei es ein sehr erfreulicher Rehabilitationsaufenthalt gewesen und der Beschwerdeführer habe seine Leistungsfähigkeit rasch ausbauen können. Bei Austritt sei er in der stärksten Rehabilitationsgruppe eingeteilt gewesen. Er sei in der Lage gewesen, ausserhalb während eineinhalb Stunden auch mit Steigung oder sechs Stockwerke mit kurzen Pausen

hoch zu gehen. Am 12. Juni 2020 habe der Beschwerdeführer in kardiopulmonal kompensiertem Zustand mit erhöhter Leistungsfähigkeit in die gewohnte häusliche Umgebung entlassen werden können (Urk. 7/45/8-10). 3. 3

Am 22. September 2020 berichtete Dr. med. C.____, Facharzt Kardiologie, der Beschwerdeführer sei für eine Second Opinion zur kardiologischen Standortbestimmung und Beurteilung der Indikation für einen implantierbaren Kardioverter -Defibrillator (ICD) zugewiesen worden. Der Beschwerdeführer habe am 10. Mai 2020 als Erstmanifestation einer koronaren Herzkrankheit einen posterioren Myokardinfarkt erlitten. Aufgrund der Koronaranatomie sei notfallmässig eine fünffache Bypassoperation durchgeführt worden. Klinisch habe sich der Beschwerdeführer vom Eingriff gut erholt. Aktuell habe er über Schmerzen im Bereich des Nackens auf der linken Seite geklagt sowie Schmerzen nach der Sternotomie. Echokardiographisch habe sich nach wie vor eine mittelschwer bis schwer eingeschränkte linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) gezeigt. Die EF habe anlässlich der invasiven Abklärung 35 % betragen, nachfolgend sei sie in der Echokardiographie auf 27 % gesunken und habe in der Rehabilitation wieder 31 % betragen. Der Beschwerdeführer habe gewünscht, mit einer ICD-Implantation noch zuzuwarten. Die Echokardiographie habe eine leicht bessere EF wie in den Voruntersuchungen gezeigt, es sei daher möglich, dass der Beschwerdeführer sich tatsächlich erhole und im Verlauf eine ICD-Implantation verhindert werden könne. Im Sinne einer verbesserten medikamentösen

Therapie sei eine Umstellung vom ACE-Hemmer auf Entresto vorgenommen worden. In sechs bis acht Wochen sei eine Kontrollechokardiographie vorgesehen, sollte die EF dann nach wie vor unter 35 % liegen, wäre die Indikation für eine ICD-Implantation gegeben (Urk. 7/27/1). Mit Arztbericht vom 2. November 2020 teilte

Dr. C.____ mit, beim Beschwerdeführer sei wie vereinbart eine echokardiographische Verlaufsuntersuchung unter dem neu eingeführten Entresto durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer habe von einem subjektiv sehr guten Allgemeinzustand berichtet. Seit der Dosissteigerung habe er eine deutlich bessere Leistungsfähigkeit verspürt, die Dyspnoe habe abgenommen und er verspüre deutlich mehr Kraft. Entsprechend dem sehr schönen klinischen Verlauf habe sich auch in der Echokardiographie eine Zunahme der

EF auf 35 % gezeigt. Aufgrund des Alters des Beschwerdeführers sowie der aktuell gemessenen EF bestehe aber nach wie vor die Indikation für eine primärprophylaktische ICD-Implantation. Die Indikation für eine Umstellung auf ein subkutanes System sei gegeben (Urk. 7/26/1). 3. 4

Im Austrittsbericht vom 16. November 2020 des A.____ nannten die Behandler als Diagnosen eine ischämische Kardiomyopathie bei koronarer Dreifäßerkrankung (ED 10. Mai 2020) sowie einen Verdacht auf ein COPD (ED Mai 2020). Bei Eintritt habe sich der Beschwerdeführer hämodynamisch stabil, kardialpulmonal kompensiert und afebril präsentiert. Am Eintrittstag sei die Einlage eines S-ICDs erfolgt, die komplikationslos verlaufen sei. Die radiologische Kontrolle im Anschluss habe eine korrekte Lage der Installation gezeigt und es habe keine Hinweise auf einen Pneumothorax gegeben. Der postinterventionelle Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet, weshalb der Beschwerdeführer am 14. November 2020 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (Urk. 7/22/1-2).

Aus dem Bericht des kardiologischen Konsiliums des A.____ vom 20. November 2020 geht hervor, dass der Beschwerdeführer über Oberbauchschmerzen geklagt habe. Aktuell habe aber keine Ursache gefunden werden können. Es hätten auch keine Hinweise auf eine kardiale Genese der Beschwerden bestanden (Urk. 7/13/2-3). 3. 5

Dr. C.____

berichtete am 11. Dezember 2020 von der ersten

Kontrolle nach der Implantation des Gerätes am 13. November 2020. Er führte aus, die Implantationsnarbe sei schön abgeheilt und das subkutane System funktioniere einwandfrei. Alle Vektoren hätten eine gute Detektion aufgewiesen (Urk. 7/13/1). Im Bericht vom 16. März 2021 führte Dr. C.____ aus, das Hauptproblem des Beschwerdeführers sei aktuell ein unklarer Schmerz im Bereich des linken Oberarms. Die Ursache hierfür sei unklar, die Schmerzen seien aber im Herbst 2020 nach einer Injektion in den Musculus deltoideus links aufgetreten. Er habe empfohlen, die Situation dringend weiter abklären und allenfalls auch therapieren zu lassen, da der Beschwerdeführer aufgrund der Schmerzen zunehmend invalidiert werde (Urk. 7/21/1). 3. 6

Am 11. Juni 2021 berichtete Dr. med. D.____, Facharzt Herzkrankheiten (Kardiologie) und Allgemeine Innere Medizin, der Beschwerdeführer habe eine kardiologische Zweitmeinung gewünscht, weshalb die Zuweisung erfolgt sei. Seit der Bypassoperation klage er über anhaltend belastungsunabhängige, manifeste Thoraxschmerzen sowohl im Bereich der Sternotomienarbe als auch im Bereich des subkutanen ICD's. Zusätzlich habe der

Beschwerdeführer seit der Operation anhaltende linksseitige Schulterschmerzen. Die bereits erfolgte MRI-Untersuchung habe diesbezüglich keine entzündlichen Veränderungen gezeigt, es habe aber eine Partialruptur der Rotatorenmanschette festgestellt werden können. Als Diagnosen nannte

Dr. D.____ eine koronare Herzkrankheit, muskuloskelettale Thoraxschmerzen, eine Hypercholesterinämie sowie ein en Status nach Nikotin abus (sistiert seit dem 10. Mai 2020 nach kumulativ 30 pack years). In seiner Beurteilung hielt Dr. D.____ fest, ein Jahr nach erfolgter fünffacher aortokoronarer Bypassoperation sei au s kardialer Sicht ein sehr erfreuliches Verlaufsergebnis eingetreten. Als Residuum des im Mai 2020 erlittenen akuten inferoposterioren ST-Hebungsinfarktes sowie des sehr wahrscheinlich früher erlittenen anteroseptalen Myokardinfarktes sei die linksventrikuläre systolische Funktion mittel schwer eingeschränkt. Bei nicht aussagekräftig ausgefallenem Belastungstest auf dem Laufbandergometer sei als bildgebender Ischämietest eine Dopplersonographie-Stressechokardiographie durchgeführt worden. Diese sei normal ausgefallen, aktuell würden daher keine objektivierbaren Hinweise für eine residuelle koronare Perfusionsstörung bestehen. Der subkutane ICD funktioniere einwandfrei. Die seit der Operation anhaltend beklagten Thoraxschmerzen würden muskuloskelettalen Beschwerden entsprechen. Dem Beschwerdeführer sei geraten worden, mit einem regelmässigen Ausdauertraining zu beginnen und die Belastungsintensität stufenweise zu steigern, was sich günstig auf sein subjektives Befinden und auf die Modulation seiner Schmerzsymptomatik auswirken dürfte (Urk. 7/20/1-3).

3. 7

Am 24. Juni 2021 berichtete Dr. C.____ beim Beschwerdeführer liege eine mittelschwer eingeschränkte Pumpfunktion des Herzens vor. Über seine Arbeitsfähigkeit und seinen Beruf würden aber keine Informationen vorliegen. Er habe den Beschwerdeführer erstmalig postoperativ nach dem Myokardinfarkt und der Bypassoperation zur Etablierung der kardialen Medikation und Evaluation eines ICD gesehen. Die Situation habe sich stabilisiert und im Verlauf habe die Herzinsuffizienzmedikation langsam ausgebaut werden können. Da die linksventrikuläre Pumpfunktion anhaltend bei circa 35 % geblieben sei, sei im Verlauf ein ICD implantiert worden. Die letzte Untersuchung habe am 16. März 2021 stattgefunden und die EF habe bei einer Hypokinesie

inferoposterior basal bis midventrikulär 35 % betragen. Formal sei die Pumpfunktion daher mittelschwer eingeschränkt. Als Nebenproblematik habe der Beschwerdeführer über starke Schmerzen im linken Oberarm berichtet, die nach einer intramuskulären Injektion im Herbst 2020 aufgetreten seien. Formal würden diese nicht im Zusammenhang mit der Herzkrankheit stehen. Die Beschwerden seien anhaltend und derart stark, dass sie den Beschwerdeführer zunehmend invalidisieren würden. Aktuell sei es nicht möglich, eine Aussage betreffend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu machen. Leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten sollten formal wieder möglich sein. Ob der Beschwerdeführer schwere Tätigkeiten wieder absolvieren könnte, könne noch nicht beurteilt werden (Urk. 7/30). 3.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

Die behandelnde Hausärztin, Dr. med. E.____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, verwies in ihrem Bericht vom 9. Juli 2021 bezüglich der Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf die Berichte der Kardiologie und nannte zudem eine Partialruptur der Infraspinatussehne links. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte sie eine funktionelle Dysphonie bestehend seit Februar 2021 sowie einen Verdacht auf ein

ulcus ventriculi seit Januar 2021 auf. Kardial sei keine Verbesserung zu erwarten. Die Prognose betreffend die Sehnenpartialruptur sei noch nicht beurteilbar, diese sei wahrscheinlich chronisch. Der Beschwerdeführer sei seit dem 13. Juni 2020 zu 100 % arbeitsunfähig. Die eingeschränkte kardiovaskuläre Leistungsfähigkeit mit Dyspnoe und Erschöpfung sowie die Armschmerzen würden ihn funktionell einschränken (Urk. 7/33/2-4). 3.

E. 9

Im Arztbericht vom 13. September 2021 hielt Dr. med. F.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, dass das MRI eine leichte degenerative Veränderung mit Unterflächenläsionen im Bereich des Infraspinatus und Supraspinatus gezeigt. Die Bizepssehne sei nicht konklusiv beurteilbar,

es habe aber keine Atrophie der Muskulatur und keine Bursitis subacromialis oder Degeneration des AC-Gelenks festgestellt werden können. Insgesamt hätten sich degenerative Anteile gezeigt, weshalb subacromial infiltriert und dem Beschwerdeführer geraten worden

sei, physiotherapeutisch zentrierende Massnahmen in Anspruch zu nehmen (Urk. 7/46/22-23). 3.

E. 10

Am 16. November 2021 nahm RAD-Arzt Dr. med. G.____, Facharzt Arbeitsmedizin, eine versicherungsmedizinische Beurteilung vor. Als Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine ischämische Kardiomyopathie bei koronarer Herzkrankheit (KHK) mit posteriolem Myokardinfarkt am 10. Mai 2020 und Status nach AC-Bypass und fünffachem Bypass am 10. Mai 2020, eine Chronic

Obstructive

Pulmonary Disease (COPD) bei langjährigem Nikotinabusus, gastroösophagealer Reflux und Oberarmschmerzen links. Dem Beschwerdeführer seien gemäss Belastungsprofil körperlich leichte Tätigkeiten, sitzend oder wechselbelastend, zumutbar. Idealerweise sollten die Tätigkeiten in wohltemperierten Innenräumen ausgeführt werden und es sollte keine taktgebundene Arbeit sein. Des Weiteren sollte bei Bedarf die Möglichkeit zu zusätzlichen Kurzpausen bestehen. Die Arbeit sollte ohne aussergewöhnliche Stressbelastung sein und keine Tätigkeit über Schulterhöhe beinhalten. In der bisherigen Tätigkeit als Spezialreiniger sei der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit Mai 2020 dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit könne aus arbeitsmedizinischer Sicht nicht von einer wesentlichen dauerhaften Einschränkung ausgegangen werden. Spätestens ab Juni 2021 sei der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit entsprechend dem Belastungsprofil zu mindestens 70

Arbeitsfähig. RAD-Arzt G.____ erläuterte, angesichts der kardiologischen Einschätzung und der stabilen kardiologischen Befunde könne die hausärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht plausibel nachvollzogen werden, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne. Der Kardiologe habe die Befunde aus fachärztlicher Sicht beurteilt und sei zum Schluss gekommen, dass körperlich angepasste Tätigkeiten durchaus möglich seien. Dieser fachärztlichen Einschätzung könne gefolgt werden. Zudem würden die funktionellen Einschränkungen der linken Schulter in einer angepassten Tätigkeit aufgrund der wenig pathologischen Befunde keine höhere Arbeitsunfähigkeit begründen. Am 18. November 2021 ergänzte RAD-Arzt G.____, Dr. C.____ habe sich in seinem Arztbericht vom 24. Juni 2021 auf seine letzte Untersuchung vom 16. März 2021 bezogen, weshalb die mindestens 70%ige Arbeitsfähigkeit bereits seit Mai 2021 ausgewiesen sei. Aus den neu eingereichten Arztberichten seien keine neuen Erkenntnisse ersichtlich (Urk. 7/48/4-6).

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