

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01034 vom 16. Dezember 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-12-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01034

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01034 du 16 décembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01034 del 16 dicembre 2013

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1956, zuletzt bis April 2006 als Produktionsmitarbeiter bei der Y.____ tätig, meldete sich im September 2011 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/8). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte die erwerblichen und medizinischen Abklärungen und zog einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 7/12), einen Fragebogen für Arbeitgebende (Urk. 7/19) sowie Berichte von den behandelnden Ärzten (Urk. 7/14; Urk. 7/23-25) bei. Am 12. April 2012 teilte sie dem Versicherten mit, aufgrund seines Gesundheitszustands seien zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (Urk. 7/22). Mit Vorbescheid vom 18. Juni 2012 teilte sie ihm dann mit, es bestehe kein Anspruch auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung (Urk. 7/29). Seitens des Versicherten wurden dagegen keine Einwände erhoben (vgl. Urk. 7/32). Die IV-Stelle verfügte schliesslich am 28. August 2012 im Sinne des Vorbescheids und wies das Leistungsbegehren ab (Urk. 7/33).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 28 Abs. 1 IVG).

E. 1.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

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 her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Blöchliger , mit Eingabe vom 26. September 2012 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben; es sei ihm eine IV-Rente zuzusprechen; eventuell sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge (Urk. 7/36). In ihrer Vernehmlassung vom 25. Oktober 2012 stellte die Beschwerdegegnerin Antrag auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 29. Oktober 2012 angezeigt wurde (Urk. 8). Mit Eingabe vom 6. Dezember 2012 liess der Beschwerdeführer dem Gericht weitere Berichte von behandelnden Ärzten zukommen (Urk. 9-10), welche der Beschwerdegegnerin am 10. Dezember 2012 zur Kenntnis gebracht wurden (Urk. 11).

E. 2.1

Dr. med. Z.____, Innere Medizin FMH, stellte in seinem Arztbericht vom 6. Dezember 2011 (Urk. 7/14) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest : - Verdacht auf HLA-B27 positive Spondylarthropathie , DD: rheumatoide Arthritis; - Coxarthrose bds., rechts mehr als links; - chronisches Schmerzsyndrom; - Periarthropathia humeroscapularis rechts; - mittelschwere depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung; - St. n. ossärem Ausriss der Sehne des musculus rectus

femoris rechts 96; - Migräne; - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Wirbelsäulenfehlhaltung und Haltungsinsuffizienz; - anteriore Spondylose L1/L2; - Wurzelaschenschyste S2 links 23 mm gross.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine Adipositas.

Dr. Z.____ führte aus, seit mehreren Jahren leide der Beschwerdeführer an Schmerzen, besonders im HWS- und LWS-Bereich, mit Ausstrahlung in Arme und Beine, besonders rechtes Bein. Nach einjähriger Behandlung habe er diese im Jahr 2005 abgebrochen und sich zurückgezogen. Im September 2010 sei wegen Zunahme der Schmerzen die vorliegende Behandlung aufgenommen worden. Weitere Symptome seien starke Schmerzen in der linken Hüfte, ausgeprägter Schmerz im linken Bein bei Belastung, in Ruhe und sogar während des Schlafens, so dass der Beschwerdeführer wegen dem starken Schmerz erwache. So dann würden Knie schmerzen beidseits vorliegen, links deutlich mehr als rechts. Das linke Knie sei häufig geschwollen. Im linken Fuss beständen unkontrollierte Bewegungen. Im linken Bein sei ein subjektives Gefühl von Schwäche vorhanden, so dass der Beschwerdeführer nicht in der Hüfte flektieren könne. Ebenfalls seien Schmerzen in der rechten Schulter und im Bereich der sternocostalen Gelenke beidseits gegeben. Weitere Symptome seien Nervosität, Lärmintoleranz, Schlafstörungen,

Müdigkeit, Antriebslosigkeit, kompletter Libidoverlust, Oberbauchschmerzen und häufige Schmerzen. Die Prognose sei schlecht. Der Beschwerdeführer stehe schon seit über 15 Jahren in rheumatologischer Behandlung und es sei überhaupt keine Besserung eingetreten, sondern vielmehr von Jahr zu Jahr eine Verschlechterung.

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. Z. ___ aus, in der bisherigen Hilfstätigkeit sei seit Januar 2010 bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Zur Frage nach der Zumutbarkeit einer behinderungsangepassten Tätigkeit machte der behandelnde Arzt keine Angaben.

E. 2.2

Am 8. Februar 2010 berichtete das A. ___ , Klinik für Kardiologie, über eine stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 29. bis 30. Januar 2010 (Urk. 7/25). Dabei konnte eine koronare Herzkrankheit als Ursache der Beschwerden (rezidivierendes thorakales Druckgefühl seit Mai 2009) ausgeschlossen werden. Es wurden eine Gewichtsabnahme, ein Nikotinstopp, regelmässige Aktivität sowie die entsprechenden Ernährungsmassnahmen zur Behandlung der leichten Hypertriglyceridämie empfohlen.

E. 2.3

Das A. ___ , Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, untersuchte den Beschwerdeführer einmalig am 19. Oktober 2011 und stellt e mit Bericht vom 20. Januar 2012 (Urk. 7/24/4-6) folgende Diagnosen: - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom - Erstmanifestation ca. 1995; - Wirbelsäulenfehlhaltung, muskuläre Insuffizienz; - anamnestisch HLA-B27 positiv; - keine Hinweise auf ISG-Arthritis (MRI ISG 22.12.2011); - generalisiertes Schmerzsyndrom - ANA positiv; - klinisch keine Hinweise auf entzündliche Arthropathie; - Periarthropathia

humeri

scapularis rechts; - aktuell: schmerzfreie Schulterbeweglichkeit; - beginnende Coxarthrose rechts - ausgeprägter Pfannendachosteophyt DD traumatisch; - Vitamin D-Mangel; - depressive Störung; - Adipositas; - Migräne; - Penicillinallergie.

In seiner Beurteilung hielt das Spital fest, beim Beschwerdeführer bestünden langjährige chronische lumbale Schmerzen. Aktuell finde sich eine Wirbelsäulenfehlhaltung und eine muskuläre Insuffizienz. Ein MRI der LWS vom 24.03.2011 habe Spondylarthrosen der mittleren und unteren LWS leichteren Grades ergeben, jedoch keine Hinweise auf Nervenwurzelkompression. Über die Jahre sei es nicht nur zu einer Verstärkung der Rückenbeschwerden, sondern auch zu einer Generalisierung der Beschwerden gekommen, es seien vom Beschwerdeführer Schmerzen von Kopf bis Fuss angegeben worden.

Aufgrund eines offenbar positiven HLA-B27-Tests sei an eine mögliche Spondylarthritiden zu denken. Zudem sei beim Beschwerdeführer vor Jahren ein leicht positiver Rheumafaktor festgestellt worden. Eine entzündlich-rheumatische Arthropathie sei deshalb bereits bei früheren Untersuchungen in Erwägung gezogen

worden, ohne dass sich entsprechende diagnostische Befunde hätten erheben lassen.

In der aktuellen Untersuchung hätten sich keine Synovitiden oder Enthesitiden gefunden. Es sei auch keine eindeutige artikuläre Betonung von Druckdolenzen feststellbar gewesen. Es sei lediglich eine Druckdolenz im SC-Gelenk links sowie costosternal links

auszumachen gewesen, allerdings ohne lokale Schwellung oder

Entzündungszeichen. Dies wäre als allfälliger Hinweis auf eine Spondyloarthritis zu deuten. Die Entzündungsparameter im Serum seien im Normbereich gelegen. Radiologisch hätten die bisherigen Abklärungen keine Hinweise auf entzündliche Veränderungen an der Wirbelsäule ergeben, insbesondere auch keine Hinweise auf einen Status nach ISG-Arthritis. In einem MRI der ISG vom 22.12.2011 hätten sich keine entzündlichen Veränderungen gezeigt. Aufgrund der vorliegenden Befunde könne somit eine Spondyloarthritis nicht diagnostiziert werden.

In der erneut durchgeführten Immunserologie sei der Rheumafaktor negativ gewesen, ebenso die Anti-CCP-Antikörper. Bei Abwesenheit von Synovitiden in der klinischen Untersuchung könne eine rheumatoide Arthritis ebenfalls nicht diagnostiziert werden.

Auffallend sei ein positiver antinukleärer Antikörper-Titer mit 1:320 gewesen. Die Differenzierung der ANA habe jedoch negative Antikörper mit Spezifität für SLE, ein Sjögren-Syndrom und Mischkollagenose ergeben. Bei fehlenden spezifischen anamnestischen oder klinischen Hinweisen auf eine Kollagenose könne hier ebenfalls keine schlüssige Diagnose gestellt werden.

Die belastungs-induzierten Hüftschmerzen rechts seien aufgrund der Anamnese mit einer Coxarthrose zu vereinbaren. Radiologisch falle eine ausgeprägte ossäre Ausziehung über dem Pfannendach rechts auf, die am ehesten posttraumatisch zu beurteilen sei. Eine diesbezügliche Abklärung 2003 mit einem CT habe eine Ossifikation innerhalb der posterioren Sehnenanteile des Musculus

rectus

femoris rechts entsprechend einem Status nach ossärem Ausriss ergeben.

Bezüglich der Hyperurikämie hätten sich aktuell keine Hinweise auf eine Gicht-Arthropathie gefunden, insbesondere auch keine Tophi. Die Punktion der Weichteilschwellung am Dig IV links habe keinen Kristallnachweis ergeben. Die aktuelle Harnsäure sei mit 348 unter Allopurinol im normalen Bereich gewesen.

Zusammenfassend könne ein entzündlich-rheumatisches Leiden als Ursache für die generalisierten Schmerzen nicht diagnostiziert werden. Es sei somit von einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom mit sekundärer Schmerzgeneralisierung auszugehen. Eine Indikation für eine anti-entzündliche Therapie bestehe nicht.

In ihrer Beurteilung vom 11. Mai 2012 (Urk. 7/24/1-3) zu Händen der Beschwerdegegnerin führte n

die A.____-Rheumatologen aus, hinsichtlich der angestammten Tätigkeit sei von einer eingeschränkten Belastbarkeit der Wirbelsäule auszugehen. Es bestehe eine Einschränkung für Schweres Heben und Tragen. Inwieweit die bisherige Tätigkeit noch zumutbar sei, könne nicht beurteilt werden, bei seit Jahren nicht mehr erwerbstätigen Personen. Bezüglich Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit erklärte das Spital, eine genaue Evaluation der Arbeitsfähigkeit habe anlässlich der Konsultation nicht stattgefunden. Generell sei von einer Arbeitsfähigkeit für eine leidensangepasste Tätigkeit auszugehen, die nicht genau beziffert werden könne.

E. 2.4

Die B.____, wo der Beschwerdeführer sich vom 1. bis 28. September 2006 in stationärer psychosomatischer Rehabilitation befand, hielt in ihrem Bericht vom 10. April 2012 (Urk. 7/23) folgende Diagnosen fest; - Chronisches Schmerzsyndrom mit/bei (R52.2) - klinisch: Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom. DD: Im Rahmen einer Facettengelenksüberlastung bei Wirbelsäulenfehlhaltung und Haltungsinsuffizienz; - MRI (06/05) und Rö (05/05): Keine signifikanten degenerativen Veränderungen, keine Spinalkanalstenose oder Neurokompression, Zyste der Wurzel S2; - Periarthropathia humero-scapularis rechts (M75.1); - leicht-mittelgradige depressive Störung (F32.1); - mittelschwere Adipositas mit/bei BMI 33.5 kg/m²; - Status nach ossärem Ausriss Sehne des M. rectus femoris rechts 1996 (S76.1); - Migräne.

In ihrer Beurteilung berichteten die Klinikärzte von einem chronischen Schmerzsyndrom in Form eines chronischen

lumbospondylogenen Schmerzsyndroms. Die Schmerzen seien anhand der Organbefunde ohne signifikante degenerative Veränderungen bzw. ohne Hinweise einer Neurokompression bezüglich Ausmass und Intensität nicht hinreichend geklärt, so dass von einer Schmerzausweitung bzw. einer somatoformen Schmerzkomponente ausgegangen werden müsse. Ein konkreter zugrunde liegender Konflikt habe sich allerdings nicht eruieren lassen. Der Beschwerdeführer habe während seines Aufenthalts verschiedene neue Therapieansätze und Schmerz Copingstrategien kennen- und begrenzt anzuwenden gelernt. Auch habe eine geringgradige Stimmungsaufhellung erzielt werden können. Beweglichkeit und Körperkraft hätten objektiv und subjektiv etwas verbessert werden können, auch wenn noch eine deutlich schmerzbedingte Einschränkung vorliege. Der Beschwerdeführer habe daher durch die regelmässige Teilnahme an den Therapien partiell re konditioniert werden können. Nach der Entlassung am 28. September 2006 sei die Fortsetzung der antidepressiven Therapie mit Remeron sowie die Weiterführung der Physio- und Psychotherapie empfohlen worden. Entsprechende Verordnungen seien dem Beschwerdeführer mitgegeben worden. Er habe beabsichtigt die Physiotherapie im C.____ fortzuführen. Für eine ambulante Psychotherapie seien ihm Adressen mitgegeben worden. Es sei eine engmaschige hausärztliche Nachkontrolle mit einer bedarfsmässigen Anpassung der Medikation und vor allem auch einer Evaluation des Nebenwirkungsprofils des Belocs bei bekannter Adipositas anzustreben. Eine wirtschaftlich verwertbare Arbeitsfähigkeit in Form einer körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit sei durchaus denkbar und auch aus therapeutischer Sicht zur Tagesstrukturierung und vor allem Aktivierung wünschenswert. Eine funktionelle Arbeitsbelastungsprüfung und Arbeitsplatzabklärung sei im Rahmen der stationären Rehabilitation aus therapeutischen Gründen nicht erfolgt.

E. 2.5

Dr. med. D.____, Psychiatrie u. Psychotherapie, welcher den Beschwerdeführer seit 18. Mai 2011

behandelt, hielt in seinem Bericht vom 15. November 2011 fest, die beim Beschwerdeführer festgestellten Befunde zeigten ein eindrücklich depressives Syndrom von erheblicher Schwere an, das sich vornehmlich aus emotionalen, vegetativen und energetischen, aber auch kognitiven Symptomen und einer reduzierten Belastungsfähigkeit, einer massiv beeinträchtigten Vitalität und Erlebensfähigkeit bzw. einer

äußerst reduzierten Gefühlswelt, einer psychomotorischen Verlangsamung und erheblichen Antriebsarmut zu sammeln. Hinzu kämen sekundär deutliche interaktionale bzw. soziale Defizite. Besonders ins Auge fallend sei die depressive, weitgehend gefühllose Schwere mit erschreckender Minderung der Vitalität und den deutlich reduzierten Affektregungen, welche das Bild mittlerweile prägten, gefolgt von Schmerz und Lebensüberdruß und der quälenden Eintönigkeit des Erlebens ohne Hoffnung, dem Verlust an Lebensqualität und Genussfähigkeit, verbunden mit Ohnmacht und Alternativlosigkeit trotz des einstmaligen differenzierten Persönlichkeitsfundaments. Deutlich sei auch die depressionstypische Minderung von Selbstwert schätzung und Selbstbild, einhergehend mit geringer Selbstverfügbarkeit im gegenwärtigen Erleben. Nicht nur die Depression nehme heute weitgehend einen unbeeinflussbaren Verlauf. Für eigentliche psychotherapeutische Techniken bleibe der Beschwerdeführer vermutlich weitgehend unzugänglich. Die Gründe lägen hier in der Schwere des Syndroms und in einigen Charakteristika der Persönlichkeitsstruktur bzw. in der damit verbundenen geringen Introspektionsfähigkeit. Die bisherigen Behandlungsversuche mit Antidepressiva seien wenig erfolgreich gewesen bzw. hätten noch zu wenig zur Besserung beigetragen. Die psychiatrie Therapie bleibe wegen der gegenwärtigen Schwere der Symptomatik zunächst eine vorwiegend medikamentöse und supportive, eine problem- und eine lösungsorientierte. Die Prognose sei derzeit eher schlecht, zumal der Verlauf über die vielen Jahre hinweg schon lange chronisch bzw. chronifizierend geworden sei.

Im Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit legte Dr. D.____ dar, ganz unterschiedliche Faktoren beeinträchtigten die Fähigkeit zum Arbeitseinsatz. Hinsichtlich Arbeitsunfähigkeit sei davon auszugehen, dass im vorliegenden Fall die beschriebene psychopathologische Syndromatik in ihrer besonderen Schwere und Komplexität bzw. Komorbidität fassbare Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. Fatal sei in diesen und ähnlichen Fällen immer wieder die gegenseitige Beeinflussung bzw. Verstärkung der Symptomatik. Somit bestehe von Seiten des Beschwerdeführers eine hochgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Allroundmitarbeiter bzw. Maschinenführer vornehmlich aus psychiatrischen Gründen. Das Bild sei als von einer Schwere anzusehen, die zweifellos eine Behandlung notwendig mache. Dabei wären selbst sehr monotone Arbeiten nur noch schwer und unter zusätzlichem Kraftaufwand zu erledigen. Selbst Routinefunktionen wären aufgrund der Befindlichkeit nicht mehr zu leisten. Die Arbeitsunfähigkeit halte sich aufgrund des beobachteten Zustandsbilds auch in behinderungsangepassten Tätigkeiten als hoch, ca. bei über 95 % liegend (Urk. 10/1). 2. 6

In ihrem Bericht vom 24. August 2012

über die Hüftsprechstunde vier Tage zuvor (Urk. 10/2) führte die E.____ folgende Diagnosen auf: - Alter Abriss der Spina iliaca

anterior inferior rechts; - FAI CAM-Konfiguration der rechten Hüfte mit peripher acetabulärem Gelenkschaden; - anamnestic lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit generalisiertem Schmerzsyndrom und HLA B27 positiv.

Die behandelnden Klinikärzte legten dar, der Beschwerdeführer klagte immer noch diese rechtsseitigen Hüftschmerzen, welche etwas diffus lumbosakral

per trochantär

antero ventral im Oberschenkelbereich ausstrahlend in den Fuss beschrieben würden. Auslöser sei das Gehen. Nach einer gewissen Gehzeit geselle sich zu diesen Schmerzen auch eine Taubheit des ganzen Beins hinzu. In der klinischen Untersuchung habe sich ein beidseitiges Hinken gezeigt. Der Einbeinstand links wie rechts sei aus Gleichgewichts- aber auch aus Kraftgründen der Hüftabduktoren nur schwer möglich. Die Hüftgelenksuntersuchung sei links ganz frei, rechts vereinbar mit einem positiven femoroacetabulären

Impingement mit einer Flexion von 90°, Innenrotation 10°, Außenrotation ca. 30°. Die forcierte Flexion, Innenrotation und Adduktion reproduziere einen Schmerz nicht in der Leiste, sondern lumbosakral. In Seitenlage bestehe palpatorisch Empfindlichkeit pertrochantär. Die zur Verfügung stehenden Bildgebungen hätten in der A-MRI-Untersuchung klar dieses CAM-Impingement mit angrenzendem Knorpelschaden gezeigt. Die Beckenübersichtsaufnahme vom Juni habe diese Ossifikation im Bereich der Recus-Sehne gezeigt. Sonst hätten sich nach herkömmlichen Kriterien wenig auffällige Hüfte präsentiert. Es sei nicht davon auszugehen, dass die Implantation eines künstlichen Hüftgelenks das Problem des Beschwerdeführers lösen und funktionell wesentlich verbessern werde. Unklar seien die beschriebenen Sensibilitätsstörungen am Bein beim Gehen. Es sei diesbezüglich eine neurophysiologische Abklärung zu empfehlen.

E. 2.7

In seinem Bericht vom 13. November 2012 über eine erneute ambulante Untersuchung (Urk. 10/3) führte der Oberarzt der

E.____ dieselben Diagnosen auf wie in jenem vom 24. August 2012. Es hätten sich unveränderte Beschwerden einseitig in der Inguina

lateralseits, andererseits nach einer gewissen Gehstrecke vor allem im Unterschenkel/Fuss mit Taubheitsgefühl präsentiert. Zu erwähnen sei, dass der Beschwerdeführer starker Raucher sei mit etwa 30 – 40 py. Der Befund habe sich im Vergleich zur letzten Untersuchung im Wesentlichen ebenfalls unverändert dargestellt. Der Impingementtest habe eine Schmerzprovokation inguinal lateral ergeben, jedoch ohne Ausstrahlung. Es habe eine Druckdolenz im Bereich des Ansatzes der Gluteus

medius Muskulatur bestanden. Ein Rectus-Dehnungsschmerz sei nicht vorhanden gewesen. Die Arteria

dorsalis

pedis sei nicht tastbar gewesen, die tibialis

posterior tastbar. Am 12. September 2012 sei ein EMG durchgeführt worden, welches keine Hinweise für eine Polyneuropathie oder Radikulopathie geliefert habe. Die mit der Untersuchung ausgelösten Schmerzen inguinal lateral, die auch durch die Infiltration gebessert hätten, seien von der Hüfte bedingt. Dies erkläre jedoch nicht die Parästhesien im Unterschenkel, die nach einer gewissen Gehstrecke auftreten würden. Anamnestisch und klinisch bei fehlender Arteria

dorsalis

pedis könnte es sich um eine vaskuläre Claudicatio handeln in Anbetracht der 30 – 40 py. Es sei eine angiologische Untersuchung durchzuführen. Nach Ausschluss allfälliger angiologischer Ursachen könnte eine stationäre Rehabilitation in einer rheumatologischen

schen Klinik diskutiert werden. 3.

E. 3

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin stützte ihren rentenablehnenden Entscheid auf die Stellungnahme des RAD vom 15. Juni 2012. Der RAD erklärte, nachdem im Arbeitgeberfragebogen vom 12. März 2012 (Urk. 7/19) festgehalten worden sei, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter bei der Y.____ nur mittelschwere Lasten habe heben/

tragen müssen, und die A.____ - Rheumaklinik in ihrem Bericht vom 11. Mai 2012 (Urk. 7/24; E. 2.3) einzig eine Einschränkung für schweres Heben und Tragen festgestellt habe, liege die Belastbarkeit des Beschwerdeführers höher als die Belastungsanforderung. Entsprechend sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

Vorliegend ist dem vom RAD zitierten A.____ - Rheumaklinik-Bericht konkret zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer von einer eingeschränkten Belastbarkeit der Wirbelsäule auszugehen sei. Bei der Arbeit wirke sich dies dahingehend aus, dass eine Einschränkung für schweres Heben und Tragen bestehe. In Bezug auf die Frage, ob die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht noch zumutbar sei, gab der behandelnde Arzt an, letzteres könne nicht beurteilt werden bei seit Jahren nicht mehr erwerbstätigen Personen. Zur Frage nach der Zumutbarkeit einer behinderungsangepassten Tätigkeit wurde dargelegt, eine genaue Evaluation der Arbeitsfähigkeit habe anlässlich der Konsultation nicht stattgefunden. Generell sei von einer Arbeitsfähigkeit für eine behinderungsangepasste Tätigkeit auszugehen, die indes nicht genau beziffert werden könne. Vorliegend wäre mit Blick auf die Tatsache, dass der Beschwerdeführer seit Jahren arbeitslos ist, eine Umschreibung einer angepassten Tätigkeit bzw. der Höhe der Arbeitsfähigkeit bedeutsam. Diese Angaben können dem A.____ -Bericht vom 11. Mai 2012 nicht

entnommen werden. Hinsichtlich der weiteren ärztlichen Berichte, welche im Verfügungszeitpunkt bei den Akten lagen, ist darauf hinzuweisen, dass diese eine volle Arbeitsfähigkeit

ebenfalls nicht zu belegen vermögen. Im Gegenteil hatte Dr. Z.____ am 6. Dezember 2011 in der zuletzt ausgeübten Hilfstätigkeit ab Januar 2010 und bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (Urk. 7/14; E. 2.1). Sodann hatte die B.____ nach dem stationären Aufenthalt vom 1. bis 28. September 2006 in ihrem Bericht vom 10. April 2012 zwar angegeben, dass eine wirtschaftlich verwertbare Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit durchaus denkbar sei. Allerdings bezieht sich diese Beurteilung auf einen schon relativ weit zurück liegenden Zeitraum, womit deren Beweiswert deutlich eingeschränkt erscheint, zumal der Beschwerdeführer ab September 2010 eine gesundheitliche Verschlechterung geltend macht.

E. 3.2

Gesamthaft ist gemäss vorstehenden Erwägungen festzustellen, dass sich die angefochtene Verfügung auf unzureichende Angaben zur Arbeitsfähigkeit stützt. Im Übrigen ergibt sich die Erforderlichkeit von weiteren Abklärungen auch aufgrund der vom Beschwerdeführer

erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingehenden Arztberichte

(Urk. 10/1-3; E. 2. 5 ; E. 2. 6-2.7) . Aus den Berichten des E.____ vom 24. August und 13. November 2012 geht hervor, dass der Beschwerdeführer dort aufgrund der rechtsseitigen Hüftschmerzen, welche etwas diffus lumbosakral

peritrochantär

anteroventral im Oberschenkelbereich ausstrahlend in den Fuß beschrieben worden seien, in Behandlung stand. Auslöser sei dabei das Gehen, wobei sich nach einer relativ guten Gehzeit zu diesen Schmerzen auch eine Taubheit des ganzen Beins hinzugeselle. Zur Arbeitsfähigkeit wurde von Seiten der Ärzte des E.____ keine Stellung genommen. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass der Beschwerdeführer von Hüftschmerzen rechts bereits gegenüber der A.____ - Rheumaklinik berichtet hatte, eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde jedoch nur hinsichtlich der eingeschränkten Belastbarkeit der Wirbelsäule beschrieben. Die Klinik hatte allerdings in ihrem Bericht vom 20. Januar 2012 auch erwähnt, dass bei Zunahme der Hüftschmerzen rechts im weiteren Verlauf mit Einschränkung der Gehstrecke sich eine orthopädische Beurteilung empfehle.

Angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer eine Behandlung in der Orthopädie des E.____ in Angriff genommen hat,

muss deshalb von der Progredienz der Hüftbeschwerden ausgegangen werden. Im Hinblick auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erscheint der betreffende Sachverhalt somit abklärungsbedürftig.

Im Übrigen ist auch zu beachten, dass die behandelnden Ärzte des E.____ im Bericht vom 13. November 2012 eine ergänzende angiologische Abklärung für angezeigt hielten. Was sodann den Bericht von Dr. D.____ vom 15. November 2012 betrifft, wurde darin ein depressives Syndrom „von erheblicher Schwere“ angegeben. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht zu 100 % eingeschränkt, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei ebenfalls von einer Einschränkung von mind. 95 % auszugehen. Die Zuverlässigkeit dieser Beurteilung erscheint fraglich. Es steht diese insbesondere in massivem Widerspruch zum Arztbericht der A.____ - Rheumaklinik vom 11. Mai 2012, wo die dazumal festgestellte depressive Störung unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wurde. Auch ist auffallend, dass eine leicht-mittelgradige depressive Störung bereits von der B.____ nach dem stationären Aufenthalt vom 1. bis 28. September 2006 diagnostiziert worden war, allerdings wurde von den behandelnden Ärzten die Aufnahme einer körperlich leicht wechsellastenden Tätigkeit damals dennoch als zumutbar erachtet.

Eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung kann vorliegend indes nicht ausgeschlossen werden. Diese Frage ist somit ebenfalls in die ergänzenden Abklärungen miteinzuziehen.

E. 3.3

Zusammenfassend bestehen im vorliegenden Fall keine zuverlässigen Grundlagen für die Beurteilung eines Rentenanspruchs. Die angefochtene Verfügung ist aufzuheben und die Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 4.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

IVG ist abweichend von Art. 61 lit . a ATSG das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festgelegt. Die Gerichtskosten sind auf Fr. 600.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 4.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten . Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). In der vorliegenden Angelegenheit erscheint eine Prozessentschädigung von Fr. 1'100.-- (inkl. MWSt und Barauslagen) als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 28. August 2012 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu über den Leistungsanspruch verfüge . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'100 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Pablo Blöchliger - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstGiger

E. 8

ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG). 1. 4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gege be nenfalls 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 Tätig keiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beur teilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zuge mutet werden kön nen (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2.

Im Folgenden ist zunächst die medizinische Aktenlage darzustellen:

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