

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01235 vom 29. August 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-08-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01235

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01235 du 29 août 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01235 del 29 agosto 2013

Erwägungen

E. 1

Der 1969 geborene X.____ arbeitete seit dem Jahre 2008 unregelmässig als Hilfsarbeiter über die Arbeitsvermittlung Y.____, zuletzt vom 25. Januar bis 1. Februar 2010, als Spezial-Reinigungsmitarbeiter mit einem 100% - Pensum (Urk. 6/5/6 und Urk. 6/14). Am 22. Mai 2011 meldete sich der Versicherte wegen chronischer Rückenschmerzen aufgrund eines Bandscheibenvorfalls und psychischer Leiden (Depression und Angst) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 6/5). In der Folge liess die IV-Stelle einen Auszug aus dem individuellen Konto erstellen (IK-Auszug vom 14. Juni 2011, Urk. 6/10) und holte einen Arbeitgeberbericht (Urk. 6/14) sowie den Arztbericht von Hausarzt med. pract. Z.____, Facharzt Allgemeinmedizin FMH, vom 1. Oktober 2011 (unter Beilage diverser weiterer Arztberichte,

Urk. 6/19) ein. Am 7. Oktober 2011 nahm Dr. med. A.____, Facharzt Allgemeinmedizin und zertifizierter Gutachter, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zum medizinischen Sachverhalt

Stellung (Urk. 6/38/2). Anschliessend auferlegte die IV-Stelle X.____ unter Hinweis darauf, dass gemäss ihren Abklärungen seine Erwerbsfähigkeit mit einer mindestens 6 monatigen kontrollierten Abstinenz von Alkohol und Kokain wesentlich verbessert werden könne, eine Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht (Schreiben vom 11. Oktober 2011, Urk. 6/20). Mit Mitteilung vom 27. Oktober 2011 wurde der Versicherte darüber in Kenntnis gesetzt, dass zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien und der Leistungsanspruch erst nach erfolgreicher Umsetzung der auferlegten Massnahme vom 11. Oktober 2011 geprüft werde (Urk. 6/23). Mit Schreiben vom 3. Dezember 2011

teilte Hausarzt Z.____ der IV-Stelle mit, dass der Versicherte derzeit in seiner Praxis psychotherapeutisch behandelt werde. Die Abhängigkeit von Alkohol und Kokain sei aktuell nicht nachweisbar (Urk. 6/28). Die IV-Stelle liess alsdann nochmals einen IK-Auszug erstellen (Urk. 6/30). Nach Eingang des Berichtes von

B.____, delegierter Psychotherapeut in der Praxis des Hausarztes Z.____, vom 29. April 2012 (Urk. 6/31)

nahm der RAD-Arzt Dr. A.____ am 8. Mai 2012 nochmals Stellung zum medizinischen Sachverhalt (Urk. 6/38/3). Am 25.

Mai 2012 teilte der Versicherte der IV-Stelle mit, dass seine Mutter krank sei und er für ca. einen Monat nach C.____ reisen müsse. Er werde sich nach seiner Rückkehr wieder bei der

IV-Stelle melden (Urk. 6/32 und Urk.

6/37/1). Nach dem die IV-Stelle in der Folge vergeblich versucht hatte, den Versicherten zu kontaktieren (Urk. 6/33-35 und Urk. 6/37), schloss sie die Arbeitsvermittlung ab (Mitteilung an den Versicherten vom 7. September 2012, Urk. 6/36). Nach Bei zug einer neuerlichen Stellungnahme des RAD (Urk. 6/38/3), stellte die IV-Stelle X.____ unter Hinweis darauf, dass leistungsspezifisch für Rentenleistungen kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen sei, mit Vorbescheid vom 26. September 2012 die Abweisung seines Leistungsbegehrens (Rente) in Aussicht (Urk. 6/40). Dagegen erhob der Versicherte am 3. Oktober 2012 Einwand und beantragte sinngemäss die Ausrichtung einer Invalidenrente (Urk. 6/41) . Am 23. Oktober 2012 gingen die Röntgenbilder des Versicherten bei der IV-Stelle ein (Urk. 6/43). Am 7. November 2012 nahm der RAD-Arzt Dr. A.____ abschliessend Stellung zu dessen Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/44). Mit Verfügung vom 8. November 2012 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch von X.____ (Urk. 2).

E. 1.1

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

E. 1.2

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]). Die Invalidität 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. 1.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente , wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, oder auf eine Viertelsrente , wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind.

E. 1.4

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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.5.1

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

E. 1.5.2

Die Rechtsprechung, wonach das Gericht "nicht ohne zwingende Gründe" von der Einschätzung der medizinischen Experten abweicht, hat den Beweiswert von Gerichtsgutachten zum Gegenstand und findet auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen nicht Anwendung. Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte unterliegen wie andere Beweismittel der freien richterlichen Beweiswürdigung. Es kann ihnen Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Im Übrigen ist richtig, dass an die Unparteilichkeit auch der versicherungsinternen Gutachterinnen und Gutachter ein strenger Massstab anzulegen ist. Daraus ergibt sich jedoch nicht, dass die generellen Ablehnungsgründe Anwendung zu finden hätten (BGE 123 V 331 f. E. 1c mit Hinweisen).

E. 1.5.3

Hinsichtlich Beweiswert und Aufgabe von RAD-Berichten gilt nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Folgendes: Interne RAD-Berichte haben die Funktion, 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 zu sammenzufassen und zu würdigen sowie bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung durchzuführen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht. Gemäss Art. 59 Abs. 2 bis IVG haben die RAD die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten festzusetzen, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen sie die

medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruches (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2011 vom 21.

März 2012 E. 4.1).

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des RAD zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_8/2011 vom 21. Februar 2011 E. 4.1.3 mit Hinweisen).

E. 1.6

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69). 2.

E. 2

Hiergegen erhob X.____ am 22. November 2011 Beschwerde und beantragte, es sei ihm unter Aufhebung der Verfügung vom 8. November 2012 eine Teil-Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1) . Mit Beschwerdeantwort vom 14. Januar 2013 ersuchte die Beschwerdegegnerin um Abweisung der Beschwerde (Urk. 5, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 6/1-46), was dem Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 16. Januar 2013 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die rentenablehnende Verfügung damit, dass es sich bei den (psychischen) Beschwerden des Beschwerdeführers um eine Anpassungsstörung handle, welche an sich vorübergehender Natur sei. Eine fachärztlich-psychiatrische Beurteilung liege nicht vor. Die schmerzhaften Einschränkungen der Wirbelsäule vermöchten aufgrund klinischer Erfahrung grundsätzlich keine Einschränkung in optimal angepasster Tätigkeit zu begründen. Es sei somit kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, die Beschwerdegegnerin lehne die Zusprache einer Rente mit der Begründung einer Anpassungsstörung ab. Eine präzise Rechtfertigung fehle. Er habe das Gesuch um Ausrichtung einer Rente wegen seines Rückenleidens gestellt. Die Beschwerdegegnerin sei bei Erlass des Vorbescheides aber nicht einmal im Besitze seiner Röntgenbilder gewesen. Er arbeite trotz der Schmerzen zu 50 % . Es sei von absolut unabhängiger Seite her abzuklären, welche Leistung er mit 50 % Arbeit erbringe. Er habe jedenfalls Anspruch auf eine Teilrente der Invalidenversicherung (Urk. 1 und Urk.

6/41/1).

E. 3

.9

Laut der Stellungnahme von Dr. A.____ vom RAD vom 7. November 2012 (Urk. 6/44/2) werden

auch mit den im Einwandverfahren erwähnten und bereits gewürdigten Röntgenbildern die bekannten schmerzhaften Einschränkungen an der LWS im Sinne einer Diskushernie soweit nur bestätigt.

Er verweise auf den Bericht des

Rheumatologen Dr. F.____

vom 18. Juni 2011 (Urk. 6/19/5). Diese Einschränkungen, ohne weitere fachärztlich ausgewiesene schwere Komplikationen, vermöchten aber aufgrund klinischer Erfahrung grundsätzlich keine Einschränkung in optimal leidensangepasster Tätigkeit zu begründen, bei folgendem Belastungsprofil: leichte und wechselbelastende Tätigkeit, ohne Lastenheben über 10 Kilogramm.

E. 4

.2 4.2.1

In somatischer Hinsicht stellt der RAD-Arzt Dr. A.____ in seiner Stellungnahme vom 7. Oktober 2011 (Urk. 6/38/2) lediglich fest, dass der Beschwerdeführer an einer schmerzhaften Einschränkung der LWS leidet. Zu den aktenkundigen somatischen Befunden und Diagnosen, namentlich denjenigen im genannten Bericht von Dr. F.____ vom 18. Juni 2011 (vgl. E. 3.2), machte er keine Angaben, ebenso wenig zu allfälligen Auswirkungen dieser Befunde auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in bisheriger sowie in angepasster Tätigkeit.

In seiner Stellungnahme vom 8. Mai 2012 (Urk. 6/38/3) äusserte sich Dr. A.____ vorab zur Substanzabhängigkeit sowie zur psychischen Problematik des Beschwerdeführers, wobei er, wie erwähnt, zum Schluss kam, dass die Mitwirkungspflicht zumindest teilweise als erfüllt betrachtet werden könne, die – laut Bericht des behandelnden Psychologen B.____ vom 29. April 2012 - angeblich bestehende Anpassungsstörung an sich vorübergehend sei, eine fachärztlich psychiatrische Beurteilung nicht vorliege

und leistungsspezifisch im Zusammenhang mit Eingliederungsmassnahmen nach Art. 15 IVG ein Gesundheitsschaden ausgewiesen sei. Im Hinblick auf Leistungen nach Art. 28 IVG (Rentenanspruch) seien allenfalls vertiefte medizinische Abklärungen nötig. Ohne jegliche Begründung bemerkte er schliesslich, dass „vorderhand“ eine 100%ige Restarbeitsfähigkeit in körperlich leidensangepasster leichter und wechselbelastender Tätigkeit ohne Lastenheben über 10 Kilogramm ausgewiesen sei.

Nachdem die Arbeitsvermittlung als berufliche Massnahme abgeschlossen worden war (Urk. 6/36), fragte die Beschwerdegegnerin den RAD unter Hinweis auf dessen letzte Stellungnahme am 10. September 2012 an, welche Abklärungen für die Beurteilung einer allfälligen Leistungspflicht nach Art. 28 I VG noch notwendig seien. Entgegen seiner vorherigen Stellungnahme vom 8. Mai 2012 (Urk. 6/38/3) stellte Dr. A.____ am 25. September 2011 fest, dass vorderhand keine weiteren medizinischen Abklärungen

notwendig seien, da keine neuen medizinischen Tatsachen, insbesondere keine fachärztlich-psychiatrisch ausgewiesenen Befunde und Diagnosen, vorlägen. Zur Rückenproblematik machte er erneut keine Feststellungen. Erst in seiner Stellungnahme vom 7. November 2012,

nachdem im Rahmen des Einwandverfahrens (Urk. 6/41) gerügt worden war, dass das bestehende Rückenleiden im Vorbescheid vom 26. September 2012 nicht erwähnt worden sei, führte er dazu unter Verweis auf den Bericht von Dr. F.____ vom 18. Juni 2011 (Urk. 6/19/5) aus, dass die diagnostizierte Diskushernie ohne weitere fachärztlich ausgewiesene schwere Komplikationen

aufgrund klinischer Erfahrung grundsätzlich keine Einschränkung in optimal leidensangepasster Tätigkeit zu begründen vermöge (vgl. E. 3.9).

Diese Stellungnahme vermag nicht zu überzeugen. Zunächst trifft es – entgegen der von Dr. A.____ darin gemachten Angaben (vgl. E. 3.9) – nach dem Gesagten gerade nicht zu, dass die – der Beschwerdegegnerin erst am 23. Oktober 2012 eingereichten, weder von dieser noch von Dr. A.____ näher bezeichneten – „Röntgenbilder“ des Beschwerdeführers (Urk. 6/43) in den vorherigen RAD-Stellungnahmen bereits gewürdigt wurden. Dem von Dr. A.____ angeführten Bericht von Dr. F.____ vom 18. Juni 2011 ist sodann nicht nur zu entnehmen, dass die MRI-Untersuchung vom 9. Mai 2011 eine mediorechtslaterale

Diskushernie L4/5 sowie eine mediane ascendierende Diskushernie L5/S1 ergab, sondern auch, dass sich im Rahmen der von Dr. F.____ am 15. Juni 2011 durchgeführten klinischen Untersuchung eine neuromeningeale Reizung links sowie eine Fuss- und Zehenheberschwäche circa M5-linksseitig fanden. Es bestehen somit konkrete Anhaltspunkte dafür, dass beim Beschwerdeführer neurokompressive – und damit keineswegs „komplikationslose“ – Diskushernien vorliegen. Dies wurde von Dr. A.____ bei seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht beachtet, weshalb sich diese als nicht schlüssig erweist.

Zu bemerken gibt es überdies, dass Hausarzt

Z.____ dem Beschwerdeführer in bisheriger Tätigkeit eine 50%ige resp. eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (rein sitzend und rein stehend sowie ohne Lastenheben über 5 Kilogramm) eine 25%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (Urk. 6/19/4, vgl. E. 3.3).

Zwar berücksichtigte er bei seiner Beurteilung ausdrücklich auch die psychischen Beschwerden. Gleichwohl hätte sich Dr. A.____ nicht einfach über diesen Bericht hinwegsetzen dürfen resp. seine davon erheblich abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zumindest – nachvollziehbar – begründen müssen.

Schliesslich scheint Dr. A.____ zwar davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Hilfsarbeiter nicht mehr (vollumfänglich) zumutbar ist. Zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit sowie zum Zeitpunkt, ab welchem ihm eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100% zuzumuten ist, hat er jedoch keine Angaben gemacht. 4.2.2

Die Stellungnahmen von RAD-Arzt Dr. A.____ erfüllen demnach, soweit sie den somatischen Gesundheitszustand sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit betreffen, die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 1.5) klar nicht, weshalb nicht darauf abgestellt werden

kann.

Dr. F.____ hat sich im genannten Bericht vom 18. Juni 2011 zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht geäußert. Seine Feststellungen zu den klinischen Befunden sind sehr knapp gefasst, und die Ergebnisse der MRI-Untersuchung vom 9. Mai 2011 wurden darin nur auszugsweise wiedergegeben. Der betreffende Untersuchungsbericht ist auch sonst nicht aktenkundig. Unter diesen Umständen lassen sich der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie dessen Auswirkungen nicht zuverlässig beurteilen. Vielmehr erscheint hierfür eine Ergänzung des medizinischen Sachverhaltes erforderlich.

E. 4.3

Hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wies RAD-Arzt Dr. A.____ in seiner Stellungnahme vom 8. Mai 2012 zu Recht darauf hin, dass es sich bei einer Anpassungsstörung an sich um ein vorübergehendes (und damit grundsätzlich nicht invalidisierendes) Leiden handelt (Urk. 6/38/3). Ausserdem ist die im Bericht des – den Beschwerdeführer offenbar bis ca. 2008 und in der Folge (erst) wieder ab dem 12. April 2012 (Urk. 6/31/3) – behandelnden Psychotherapeuten B.____ vom 29. April 2012 (vgl. E. 3.6) erhobene Diagnose gemäss ICD-10 F43.21 („längere depressive Reaktion“) mit Blick auf die ICD- klassifikatorische Umschreibung (vgl. Weltgesundheitsorganisation [WHO], Internationale Kodifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 7. Auflage, Bern 2010, Seite 185ff.) ganz allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren ist, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potentiell invalidisierendes Leiden gelten kann (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_636/2007 vom 28. Juli 2008 E. 3.3.2 mit Hinweisen). Im Hinblick darauf und da der Beschwerdeführer sowohl im Einwand vom 3. Oktober 2012 (Urk. 6/41) als auch in der Beschwerde vom 22. November 2012 (Urk. 1) ausdrücklich darauf hinwies, dass er nicht aus psychischen, sondern lediglich aus körperlichen Gründen in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei, kann das Vorliegen eines invalidenversicherungrechtlich relevanten (andauernden) psychischen Leidens ohne Weiteres verneint werden.

E. 5

Zu erwähnen bleibt, dass die Beschwerdegegnerin bei der von ihr getroffenen Annahme einer 100%igen Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (lediglich) in optimal angepasster Tätigkeit das Vorliegen eines invalidenversicherungrechtlich relevanten Gesundheitsschadens nicht ohne Weiteres hätte verneinen dürfen. Vielmehr hätte sie – wie sie inzwischen selbst bemerkte (Urk. 5) - prüfen müssen, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in erwerblicher Hinsicht auswirkt. Die angefochtene Verfügung vom 8. November 2012 beruht deshalb auch insoweit auf einem unvollständig abgeklärten Sachverhalt.

E. 6

Es ergibt sich somit, dass sich der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgrund der vorliegenden Akten nicht zuverlässig beurteilen lassen. Die Sache ist daher zur Ergänzung des medizinischen Sachverhaltes an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin wird insbesondere den Bericht über die MRI-Untersuchung der LWS vom 9. Mai 2011 sowie

einen Arztbericht des Rheumatologen Dr. F.____ einzuholen haben, worin er sich namentlich über die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in bisheriger und in behinderungs angepasster Tätigkeit auszusprechen hat

(vgl. E. 4.2.2). In psychischer Hinsicht sind nur dann weitere Abklärungen vorzunehmen, wenn sich konkrete Anhaltspunkte für eine erhebliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ergeben sollten. Je nach dem Ergebnis der Abklärungen hat die Beschwerdegegnerin einen Einkommensvergleich durchzuführen. Danach hat sie über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu zu verfügen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

E. 7

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- und Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 600.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin als unterliegende Partei aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 8. November 2012 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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