

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00315 vom 5. August 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-08-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00315

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00315 du 5 août 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00315 del 5 agosto 2014

Erwägungen

E. 1

7. Februar 2014 (Urk. 7/92 = Urk. 2) verneinte die IV-Stelle einen Anspruch des Versicherten auf eine Rente der Invalidenversicherung.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). 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.

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 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 herstellen, 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. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.5

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). Von der Rückweisung der Sache an den Versicherungsträger zur Gewährung des rechtlichen Gehörs ist nach dem Grundsatz der Verfahrensökonomie dann abzusehen, wenn dieses Vorgehen zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem gleichlaufenden und der Anhörung gleichgestellten Interesse der versicherten Person an einer möglichst beförderlichen Beurteilung ihres Anspruchs nicht zu vereinbaren sind (BGE 116 V 182 E. 3c und d; Urteil des Bundesgerichts I 30/00 vom 19. April 2000 E. 3).

E. 1.7

und Urk. 7/64/10). Der Beschwerdeführer erbringe als Maler eine Leistung von 35 bis 50%, arbeite aber stundenmässig länger. Dazu komme, dass er keine schweren Lasten mehr heben könne. Der Arbeitsmodus sei behinderungsangepasst und durch die Hausärztin Dr. E.____ festgelegt worden (Ziff. 1.7).

E. 2

ATSG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf ihre Abklärungen davon aus, dass der Beschwerdeführer seit 24. Februar 2012 in seiner

Tätigkeit als Maler erheblich eingeschränkt sei, doch habe sich sein Gesundheitszustand verbessert, so dass ihm seit 15. April 2013 die bisherige Tätigkeit wieder zu 50 % zumutbar sei. Eine behinderungsgangepasste Tätigkeit sei ihm aber schon seit 16. Oktober 2012 zu 100 % zumutbar. Der im

Vorbescheidverfahren neu eingetroffene Bericht des Psychiaters Dr. A.____ enthalte lediglich eine Diagnose seines Fachgebietes ohne ICD-Klassifizierung und ohne Quantifizierung. Somit sei aus psychiatrischer Sicht kein invalidenversicherungrechtlich relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen. Die Arthro-MRI-Untersuchung habe ergeben, dass in naher Zukunft eine Operation nötig sei, was aber nichts an der Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit durch den Arzt ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes, RAD, ändere. Seine Beurteilung stütze sich auf eine nachvollziehbare Einschätzung durch die behandelnde Hausärztin. Die Beschwerdegegnerin errechnete schliesslich einen rentenaus schliessenden Invaliditätsgrad von 13 % .

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt dem beschwerdeweise (Urk. 1) entgegen, er leide seit Jahren an einem chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom, das sich auf grund zahlreicher Unfälle verschlechtert habe. Die Annahme einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in seiner bisherigen Tätigkeit als Maler sei falsch (S. 9 f.) . In psychischer Hinsicht leide er seit 2007 an einer Depression. Es seien weitere medizinische Abklärungen durch einen Facharzt der Psychiatrie vorzunehmen, zumal er gegenwärtig in psychiatrischer Behandlung stehe. Die Beurteilung durch den RAD-Arzt, der kein Psychiater sei, sei ebenso wenig massgebend wie diejenige durch die Hausärztin (S. 10 f.) .

E. 3

Strittig und zu prüfen ist, wie es sich mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verhält, und auf welche Berichte zur Beantwortung dieser Fragen abzustellen ist beziehungsweise ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend erstellt ist .

E. 3.1

Der ersten leistungsverneinenden Verfügung lagen zur Hauptsache folgende Berichte zu Grunde:

Dr. med. B.____ , FMH Neurologie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 12. November 2007 ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie einen Verdacht auf eine depressive Störung. In erster Linie empfahl sie die Weiterführung der physikalischen Therapie sowie eine konsequente Schmerzbehandlung mit einem retardierten Präparat, allenfalls in Kombination mit einem trizyklischen Antidepressivum (Urk. 3/5).

E. 3.2

Die Ärzte der C.____

berichteten mit Austrittsbericht vom 22. September 2010 (Urk. 7/10/11-13 = Urk. 3/6) über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 2. bis 22. September 2010 zur kardiologischen Rehabilitation nach akutem anteriorem Myokardinfarkt und anschliessender PTCA/ Sten ti mplantation am 21. August 2010 am D.____ . Als Diagnosen nannten sie ein e

koronare Eingefässerkrankung , eine depressive Episode und ein chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 und S1 und erwähnten, es habe sich in den Gesprächen mit ihrer Psychologin eine depressive Grundstimmung gezeigt, die von der Symptomatik das Ausmass einer depressiven Krankheitsverarbeitung übertreffe. Bereits zuvor habe der Beschwerdeführer eine Zeitlang Antidepressiva eingenommen. Sie hätten erneut eine antidepressive Therapie begonnen. Für die nächsten Monate sei auf das Heben schwerer Lasten, vor allem im beruflichen Umfeld, zu verzichten.

E. 3.3

-

3.4, E.

E. 3.4

In ihrem Verlaufsbericht vom 9. November 2011 (Urk. 7/32/8-10) führte Dr. E.____ aus, der Beschwerdeführer arbeite seit 14. Juli 2011 wieder zu 100 % . Aufgrund der einseitigen Tätigkeit als Maler mit beispielsweise längerem Stehen auf einer Leiter sei er in wöchentlicher Behandlung beim Chiropraktor

Dr. F.____ ,

gemäss welchem keine Änderungen bei der radiologischen Befundung vorlägen. Es sei damit zu rechnen, dass der Beschwerdeführer über längere Zeit sein aktuelles Pensum von 100 % als Maler krankheitshalber nicht werden können (vgl. auch verschiedene Aktennotizen betreffend das Arbeitspensum in Urk. 7/23,

Urk. 7/26-27, Urk. 7/29, Urk. 7/31).

E. 3.5

Daraufhin erging die rentenverneinende Verfügung vom 12. Januar 2012 (Urk. 7/36) . Als Begründung wurde angeführt, es bestehe seit 21. August 2010 eine erhebliche Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit als Maler. Seit Mitte Juli 2011 arbeite

der Beschwerdeführer aber wieder vollumfänglich als Maler, weshalb das Wartjahr nicht erfüllt sei.

E. 4

Wie dem in den Akten liegenden ärztlichen Zeugnis der I.____ vom 17. September 2012 zu entnehmen ist, hielt sich der Beschwerdeführer vom 2. bis 22. September 2012 in der I.____ zur stationären Rehabilitation auf, wobei durch die zuständige Ärztin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 1. September bis 6. Oktober 2012 attestiert und eine Neubeurteilung durch die Hausärztin am 5. Oktober 2012 vorgesehen wurde (Urk. 7/44/7). Ein ausführlicher Bericht der I.____ liegt nicht in den Akten.

E. 4.1

Die medizinische Sachlage, wie sie sich anlässlich der aufgrund der Neuanschuldung vom 17. Dezember 2012 erfolgten erneuten Prüfung des Rentenanspruches darbot , stellt sich wie folgt dar:

E. 4.2

-

4.3, E.

E. 4.3

Der Chiropraktor

Dr. F.____ berichtete am 18. August 2012 über belastungsabhängige Schmerzen des Beschwerdeführers links im Lenden-, Hüft- und vor allem Unterschenkelbereich mit teilweiser Unsicherheit beim Gehen bei gestellter Diagnose eines chronifizierten

lumboradikulären Reiz- bis leichten Ausfallsyndroms (Urk. 7/44/8 = Urk. 7/49/3 = Urk. 3/13). Die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers als Maler betrage derzeit immer noch 100%. Die zwar leichte motorische Parese lasse unter anderem ein sicheres Arbeiten auf Leitern nicht zu. Der Beschwerdeführer sollte baldmöglichst eine stationäre Rehabilitationskur durchführen. Eine Besserung sei dadurch möglich.

E. 4.5

-

4.6, E.

E. 4.6

Dem Bericht vom 15. Mai 2013 von Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, spezialisiert auf Wirbelsäulenchirurgie, ist zu entnehmen, dass am 19. April 2013 die periradikuläre Infiltration L5 links erfolgt sei, worauf der Beschwerdeführer über eher etwas gebesserte lumbale Schmerzen bei gleichbleibenden Ischialgie-Schmerzen links berichtet habe. Der Beschwerdeführer leide an einer persistierenden L5-Radikulopathie links bei foraminaler Stenose L5/S1 links und einer Osteochondrose L5/S1. Er wünsche eine Arbeitsaufnahme zu 50%, ganztags bei halber Leistung. Dr. J.____ befand, dem stehe aus seiner Sicht nichts im Wege. Sollten die Schmerzen aber wieder exazerbieren, empfehle er die Spondylodese L5/S1. Zwischenzeitlich habe der Beschwerdeführer eine medizinische Trainingstherapie bei Dr. med. K.____ begonnen (Urk. 7/52/9 = Urk. 7/83/1 = Urk. 3/15).

E. 4.7

Der Aktennotiz vom 7. Oktober 2013 betreffend das Telefongespräch zwischen der IV-Sachbearbeiterin und dem Arbeitgeber des Beschwerdeführers ist zu entnehmen, dass das Arbeitsverhältnis immer noch bestehe. Der Beschwerdeführer sei aktuell durch Dr. E.____

zu 65% krankgeschrieben (Urk. 7/55).

E. 4.8

-

4.9), so dass die angestammte Tätigkeit nicht als geeignet erscheint, was grundsätzlich unbestritten ist (vgl. E. 4.8). Das Ausmass der Einschränkung dürfte auf mindestens 50% zu beziffern sein, er scheint aber angesichts der MRI-Befunde vom November 2013 (vgl. vorstehend E. 4.10) nicht restlos geklärt. Zudem ist die entscheidungswesentliche Frage, wie sich der ausgewiesene somatische Gesundheitsschaden auf eine leidensangepasste Tätigkeit auswirkt, entgegen der Annahme des RAD-Arztes Dr. L.____ (vgl. E. 4.8 und E. 4.11) nicht rechtsgenügend

abgeklärt. Denn ausser Dr. L.____, der den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht und seine Annahme einer 100%igen Restarbeitsfähigkeit ab 16. Oktober 2012 nicht näher

begründet hatte, nahm keiner der anderen mit dem Beschwerdeführer befassten Ärzte dies bezüglich Stellung. Sodann fehlt in den Akten ein ausführlicher Bericht der I.____, in welcher sich der Beschwerdeführer im September 2012 zur stationären Rehabilitation aufgehalten hatte (vgl. vorstehend E. 4.4). Die vor Verfügungserlass an der M.____ ergangene Arthro-MRI-Untersuchung der linken Schulter vom 20. November 2013 ergab einen erheblichen degenerativen Schaden (vgl. vorstehend E. 4.10), wie selbst RAD-Arzt Dr. L.____

einräumte, der ein in naher Zukunft liegenden operativen Eingriff für wahrscheinlich hielt (vgl. vorstehend E. 4.11). Wie sich dieser Befund auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt, wurde

insofern medizinisch nicht näher abgeklärt. Die durch den RAD-Arzt geäußerte Ansicht, die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ändere sich dadurch zumindest bis zu einer allfälligen Operation nicht, ist nicht nachvollziehbar begründet.

Den Akten ist ferner zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 18. Juli 2013 einen zweiten Herzinfarkt erlitten hat (vgl. vorstehend E. 4.9), wobei dies im Bericht von Dr. A.____ erwähnte anschließende ambulante Rehabilitation im D.____ nicht dokumentiert ist.

E. 4.9

Nach erfolglosen Bemühungen seitens der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 7/54) um Erhalt eines Berichtes von Dr. med. A.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtete dieser schliesslich am 6. Dezember 2013 über den Gesundheitszustand des seit 13. Dezember 2010 (Ziff. 1.2) bei ihm in Behandlung stehenden Beschwerdeführers (Urk. 7/64/5-10). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (Ziff. 1.1):

- rezidivierende depressive Störung, bestehend seit etwa 2005 - diverse Schmerzsyndrome in Rücken, Hüfte, Schulter, Sprung- und Handgelenk, teilweise von früheren Unfällen - 2004 Sturz von Gerüst mit Schulter- und Hüftkontusion sowie Rippenfrakturen

- Sturz von Leiter am 24.02.12 mit Reaktivierung eines lumboradikulären Reizsyndroms - Status nach zweimaligem Myokardinfarkt 2010 und am 18.07.2013

Im August 2010 habe der Beschwerdeführer einen Herzinfarkt erlitten. Im Austrittsbericht der C.____ sei eine depressive Episode konstatiert worden, weshalb der Beschwerdeführer im Dezember 2010 von der Hausärztin

zur Behandlung an ihn überwiesen worden sei. Mit der Zeit sei es dem Beschwerdeführer gelungen, die Arbeitsfähigkeit schrittweise wieder auf 100 % zu steigern, so dass die Behandlung im November 2011 habe abgeschlossen werden können. Doch im Februar 2012 sei der Beschwerdeführer von einer Leiter gefallen, wodurch ein lumboradikuläres Reizsyndrom reaktiviert worden sei und sich der Beschwerdeführer vom 2. bis 29. September 2012 in der I.____

zur Rehabilitation aufgehalten habe. Dort sei wiederum eine depressive Episode diagnostiziert worden, weshalb der Beschwerdeführer im Anschluss wieder zu ihm gekommen sei. Neben der Depression mit Angst vor einem erneuten Infarkt seien verschiedene Schmerzsyndrome im Vordergrund gestanden. 2013 seien wiederum Behandlungen mit Cortison spritzen

erforderlich gewesen. Aufgrund von Schmerzen und Depression habe die Arbeitsfähigkeit als Flachmaler zwischen 30 %

und 50 % variiert. Am 18. Juli 2013 habe der Beschwerdeführer einen zweiten Herzinfarkt erlitten. Wegen der anschließenden ambulanten Rehabilitation im D. _____ sei er von der Hausärztin weiterhin zu 65 % arbeitsunfähig geschrieben worden. Seit dem 18. November 2013 arbeite er wieder zu 50 % (Ziff. 1.4) .

Unter „ärztlicher Befund“ nannte Dr. A. _____ eine Reduktion des Antriebs und der Psychomotorik. Die Stimmung sei getrübt und die affektive Schwingungsfähigkeit vermindert. Es bestehe Freud- und Lustlosigkeit mit Interessenverlust, Gedankenkreisen, Existenz- und Herzängsten . Es bestünden Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Es komme zu einem sozialen Rückzug. Von der Arbeit sei der Beschwerdeführer völlig erschöpft. Er habe diverse Schmerzen (Ziff. 1.4) .

Die Schmerzen im Bewegungsapparat hätten die Tendenz zur Ausweitung. Zusätzlich bestehe eine koronare Herzerkrankung mit zwei Infarkten und eine rezidivierende depressive Störung. Aufgrund dieser sich überlagernden Erkrankungen sei der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage, ein volles Arbeitspensum zu leisten. Seit dem Sturz im Februar 2012 komme er über eine 35 bis 50%ige Arbeitsfähigkeit nicht hinaus. Es sei davon auszugehen, dass dies bis auf weiteres auch so bleiben werde. Der Beschwerdeführer verfüge nicht über die notwendigen psychischen Ressourcen, um die zahlreichen erlittenen Schicksalsschläge durch Krankheiten und Unfälle bewältigen zu können und dabei noch zu 100 % auf dem freien Arbeitsmarkt im globalisierten Wettbewerb bestehen zu können (Ziff. 1.4) .

Der Beschwerdeführer erhalte neben den somatischen Therapien auch eine integrierte, stützende, ambulante, psychiatrische Behandlung mit Sitzungen in zwei- bis vierwöchigen Abständen und Medikation (Ziff. 1.5) . Als Flachmaler sei er seit etwa Oktober 2012 zu 50 % bis 65 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6) . Reduziert seien Belastbarkeit, Ausdauer, Konzentrationsvermögen und Anpassungsfähigkeit (Ziff.

E. 4.10

Am 20. November 2013 erfolgte an der M. _____ ein Arthro -MRI der linken Schulter, welche eine transmurale Ruptur der ventralen Supraspinatussehne mit Retraktion bis auf die Höhe des AC-Gelenkes sowie eine Tendinopathie mit artikularseitiger Partialruptur der verbliebenen Sehnenfasern der posterioren distalen Supraspinatussehne ergab. Sodann wurde eine leichte Atrophie des Musculus

supraspinatus mit diskreter Verfettung festgestellt sowie eine tendinopathische

Subscapularissehne , eine Delamination der distalen Infra spinatussehne , eine Partialruptur der Bicepssehne und eine AC-Gelenksarthrose mit Zeichen der Reizung (Urk. 7/84 = Urk. 3/16) . Am 22. November 2013 wurde schliesslich ein Arthro -MRI des rechten Handgelenks vorgenommen, das eine Pseudoarthrose nach Fraktur des Os lunatum mit zwei grossen, randsklerosierten Frakturfragmenten, wenig Knochenmarksödem im Lunatum und eine radio carpale Arthrose, betont auf Höhe des Lunatum , ergab (Urk. 7/85 = Urk. 3/17) .

E. 4.11

RAD-Arzt Dr. L. _____ nahm am 13. Februar 2014 Stellung und führte aus, der Bericht von Dr. A. _____ enthalte lediglich eine Diagnose seines Fachgebietes ohne ICD-Klassifizierung

und ohne Quantifizierung . Zudem beruhe seine Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit auf einer Mischung aus somatischen und psychischen Beschwerden und Diagnosen, weshalb darauf nicht abzustellen sei. Die Arthro -MRI-Untersuchung der linken Schulter habe einen ausgeprägten degenerativen Schaden der Rotatorenmanschette ergeben, welcher wahrscheinlich in naher Zukunft zu einem operativen Eingriff führen werde. Die schon in der letzten Stellungnahme vom 5. Oktober 2013 erfolgte Bewertung der funktionellen Leistungsfähigkeit ändere sich jedoch dadurch, zumindest bis zum Tag der Operation, nicht. Die Einschätzung durch die behandelnde Hausärztin sei nach vollziehbar. Es lägen verwertbare Befunde vor, die eine Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit und deren Verlauf erlauben würden. Zur Plausibilisierung vorliegender Arztberichte seitens des RAD bedürfe es nicht eines jeweils gleichen Facharzttitels (Urk. 7/91/3).

E. 5.1.1

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass der Beschwerdeführer seit Jahren an einem chronischen lumboradikulären

Schmerzsyndrom L5/S1 links leidet, das sich auf seine Arbeitsfähigkeit als Maler auswirkt (vgl. vorstehend E.

E. 5.1.2

Zudem leidet der Beschwerdeführer seit Jahren auch an psychischen Beschwerden . Solche wurden denn bereits im Bericht von Dr. B.____ vom November 2007 erwähnt (vgl. vorstehend E. 3.1). Insbesondere nach dem im August 2010 erlittenen ersten Herzinfarkt wurden beim Beschwerdeführer psychische Beschwerden festgestellt. So begab sich der Beschwerdeführer im Dezember 2010 in psychiatrische Behandlung bei Dr. A.____ , nachdem die Ärzte der C.____ in ihrem Austrittsbericht vom September 2010 von einer depressiven Grundstimmung, die von der Symptomatik her das Ausmass einer depressiven Krankheitsverarbeitung übertreffe, berichtet hatten (vgl. vorstehend E. 3.2) . In den Akten findet sich die Diagnose einer depressiven Episode

(vgl. E.

3.2) beziehungsweise einer depressiven Episode leichten Grades

(vgl. E. 3.3) . Der Anamneseerhebung (vgl. vorstehend E. 4.9) durch Dr. A.____ ist zu entnehmen, dass es dem Beschwerdeführer in der Folge gelungen sei, seine Arbeitsfähigkeit schrittweise wieder auf 100 % zu steigern. Doch nach dem Leitersturz vom Februar 2012 mit Reaktivierung des lumboradikulären Reizsyndroms sei anlässlich seines Aufenthaltes in der I.____ im September 2012 erneut eine depressive Episode diagnostiziert worden , weshalb sich der Beschwerdeführer wiederum

zu ihm in Behandlung begeben habe (vgl. vorstehend E. 4.9). Wie bereits erwähnt (vgl. E. 5.1.1) , fehlt ein diesbezüglicher Bericht der I.____

in den Akten. Dr. A.____ beschrieb , dass damals neben der Depression mit Angst vor einem erneuten Herzinfarkt verschiedene Schmerzsyndrome im Vordergrund gestanden seien. Der Beschwerdeführer sei von einem ganzen Team von Ärzten behandelt worden und seine Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der Schmerzen und der Depression eingeschränkt gewesen . Schliesslich sei es im Juli 2013 zum zweiten Herzinfarkt gekommen. Seit dem 18. November 2013 arbeite der Beschwerdeführer wieder zu 50 % . In seinem Bericht vom 6. Dezember 2013 beschrieb

Dr. A.____ die anlässlich seiner Untersuchung vom 13. Dezember 2013 erhobenen Befunde, wobei er verschiedene Einschränkungen, so insbesondere Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen, Freud- und Lustlosigkeit mit Interessenverlust und Gedankenkreisen, Existenz- und Herzängste, festhielt und die Arbeitsfähigkeit als Maler aufgrund der sich überlagernden Erkrankungen (Schmerzen im Bewegungsapparat, koronare Herzerkrankung, rezidivierende depressive Störung) auf 35 bis 50 % einschätzte. Seine in psychischer Hinsicht gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung

codierte er - wie der RAD-Arzt richtigerweise festhielt (vgl. vorstehend E. 4.11) - nicht nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen und gab nicht an, ob es sich bei der Störung um eine solche leichte, mittelschwere oder schwere

Ausprägung handle. Allerdings geht es nicht an, seinen Bericht einzig aus diesem Grunde für gänzlich unbrauchbar zu befinden. Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass es sich bei depressiven Episoden grundsätzlich um ein vorübergehendes Leiden handelt, indem solche Episoden im Mittel etwa sechs Monate, selten länger als ein Jahr dauern und daher in der Regel nicht invalidisierend sind. Längerdauernde Störungen sind unter ICD-10 F33 (rezidivierende depressive Störung) oder ICD-10 F34 (anhaltende affektive Störung) zu subsumieren (Urteil des Bundesgerichts I 510/06 vom 26. Januar 2007, E. 6.3). Dr. A.____ sprach denn nunmehr auch nicht mehr von depressiven Episoden, sondern von einer rezidivierenden depressiven Störung und beschrieb verschiedene Einschränkungen, was auf ein invalidisierendes Leiden hinweist. In seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit fliessen indes auch somatische Überlegungen ein. Auch nimmt Dr. A.____ keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit vor. So kann nicht unbesehen auf seine Beurteilung abgestellt werden.

Dies gilt aber - entgegen der Ansicht des RAD-Arztes Dr. L.____

(vgl. vorstehend E. 4.11) - auch für die Beurteilung durch die Hausärztin vom 15. Mai 2013 (vgl. vorstehend E. 4.5), bei welcher es sich nicht um eine Fachärztin für Psychiatrie handelt. Die Allgemeinmedizinerin hielt darin einerseits fest, es lägen keine geistigen oder psychischen Einschränkungen vor, andererseits nannte sie aber in widersprüchlicher Weise neben dem somatischen Leiden als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine andauernde depressive Episode, aktuell leichten Grades. Des Weiteren nahm sie keine Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit vor.

Auf ihren Bericht kann daher nicht abgestellt werden.

E. 5.2

Die genannte, sich teilweise widersprechende und teilweise unvollständige medizinische Aktenlage lässt eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in seiner angestammten als auch - und vor allem - in einer angepassten Tätigkeit nicht zu. Erforderlich ist somit eine somatische und psychiatrische Gesamtbetrachtung, welche sowohl in Bezug auf die Diagnosen als auch auf die Arbeitsfähigkeit Aufschluss gibt. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach entsprechenden weiteren medizinischen

Abklärungen über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers erneut verfüge. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

E. 6

.2

Praxisgemäss wird die Rückweisung einem Obsiegen gleichgestellt, womit dem vertretenen Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zusteht, die beim praxisgemässen Ansatz von Fr. 170.-- pro Stunde (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 17. Februar 2014 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und MWS) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG - 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 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 Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Tiefenbacher

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