

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01168 vom 17. März 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-03-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01168

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01168 du 17 mars 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01168 del 17 marzo 2015

Erwägungen

E. 1

Der 1966 geborene X.____ war vom 27. Mai 2008 bis 18. Juli 2013 bei der Y.____ AG als Reinigungsmitarbeiter tätig

(Urk. 10/12 und Urk. 10/4/16). Daneben arbeitet er seit dem 7. Oktober 1991 beim Z.____ der Stadt A.____ Teilzeit im Stundenlohn als Ablöser Hausdienst (Urk. 10/16).

Am 4. Oktober 2013 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf Rücken- und Lungenbeschwerden sowie psychische Probleme bei der Sozialversicherungs an stalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 10/3) . Diese holte in der Folge einen Auszug aus dem Individuellen Konto des Versicherten ein (IK-Auszug, Urk. 10/11) und tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen. Am 19. Februar 2014 ordnete sie eine medizinische Untersuchung bei Dr. med. B.____ , Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, an (Urk. 10/19). Das psychiatrische Gutachten wurde am 19. Mai 2014 erstattet (Urk. 10/20) .

Mit Vorbescheid vom 27. Mai 2014 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 10/22). Dagegen erhob der Versicherte am 11. Juni 2014 Einwand (Urk. 10/28; vgl. Urk.

10/24 und Urk. 10/35) und reichte weitere Arztberichte ein (Urk. 10/25, Urk. 10/27, Urk. 10/29 und Urk. 10/31). Die IV-Stelle holte eine Stellungnahme von Dr. med. C.____ , Facharzt Allgemeinmedizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) ein (Urk. 10/36/2) und verneinte mit Verfügung vom 2. Oktober 2014 einen Leistungsanspruch des Versicherten (Urk. 10/37 = Urk. 2).

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]). 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. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 sozialpraktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a), und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art bestehen in Berufsberatung, erstmaliger beruflicher Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung und Kapitalhilfe (Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG).

E. 1.4

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 herzustellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

E. 1.5

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 (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.6

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S.

188 E.

2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S.

30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3.

Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 1.7

Nach Art. 49 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruches. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führen die RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruches nur „bei Bedarf“ selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützen sie ihre Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts 9C_58/2011 vom 25.

März 2011 E.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 31. Oktober 2014 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm mindestens eine halbe Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine polydisziplinäre Abklärung durchzuführen. Die Beschwerdegegnerin sei anzuhalten, das gesetzliche Mahn- und Bedenkverfahren

inkl. berufliche Massnahmen durchzuführen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 28. Januar 2015 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde

(Urk. 9), was dem Beschwerdeführer am 29. Januar 2015 mitgeteilt wurde (Urk. 11).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, gemäss Gutachten von Dr. B.____ sowie den weiteren medizinischen Unterlagen sei keine langan dauernde Erwerbsunfähigkeit auf grund der Diagnosen ausgewiesen . Ein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung sei somit nicht entstanden. Die in den im Rahmen des Einwandverfahrens nachgereichten Arztberichten diagnostizierten behandlungsbedürftigen Bronchiektasien begründeten aufgrund klinischer Erfahrung keine Arbeitsunfähigkeit in optimal leidensangepasster Erwerbstätigkeit (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte dagegen im Wesentlichen geltend , der Fall sei ungenügend abgeklärt worden. Es sei bloss eine psychiatrische Abklärung erfolgt, obwohl er an wesentlichen somatischen Diagnosen wie Rückenschmerzen mit mehreren Diskusdegenerationen, Osteochondrose , Spondylarthrose etc. leide. Daneben leide er an Osteopenie , Morbus Scheuermann, Depression etc. Im Weiteren sei auf die Problematik des Bronchiektaseleidens

und der chronischen Rhinitis hinzu weisen. Trotz langjähriger Behandlung sei diese Lungensymptomatik nicht abgeklungen , im Gegenteil . Der Vertrauensarzt der Krankenkasse Dr.

D.____ habe in seinem Fachgutachten vom Juli 2014 eine leichte bis mittelgradige Depression bestätigt, die sich durch effiziente Behandlung verbessern könne. Dies sei bisher je doch nicht der Fall gewesen, weshalb mindestens vorübergehend eine Rente hätte zugesprochen werden müssen. Es brauche eine polydisziplinäre Abklärung, damit die Angelegenheit im Sinne einer Gesamtschau überprüft und die somatischen und psychischen Beschwerden in ihrer Wechselwirkung abgeklärt werden könnten. Erst wenn der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht klargestellt sei, könne über die dem Versicherten zumutbaren erwerblichen Massnahmen diskutiert werden. Er sei aktuell auf dem freien Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig. Was er effektiv arbeiten könne, werde die beantragte medizinische Abklärung und hinterher die nachfolgende Berufsabklärung ergeben (Urk. 1).

E. 3

St. n. Fasciitis

plantaris rechts - Physiotherapie, Schuheinlage, lokal NSAR

E. 3.1

Im Bericht des E.____ , Rheumaklinik, vom 16. Juli 2013 (Urk.

10/17/8-10) wurden folgende Diagnosen genannt : 1. Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Klinik: - Belastungsabhängige lumbale Schmerzen mit intermittierend Ausstrahlung in die Beine - S-förmige thorakal linkskonvexe Skoliose, Hyperkyphose der BWS - Haltungsinsuffizienz - Labor: - vom 30.05.13: Leicht erhöhte humorale Aktivität (CRP 9,4; BSR 12mm/h) - HLA B27 neg - Bildgebung: - Rx LWS vom 05.04.13 (extern): Rechtskonvexe Skoliose lumbal, mässige Chondrose und Spondylarthrose

lumbosakral . St. n. Morbus Scheuermann thorakolumbal mit typischen Residuen und geringgradiger Spondylose. Keine Pathologie der ISG. - MRI LWS vom 17.06.13:

Diskusdegeneration BWK12/LWK1. Endplatte mit Irregularität Bodenplatte BWK 12 ventral und fettiges Signal so wie kleiner ventraler Spondylophyt, am ehesten degenerativer Veränderung entsprechend. Beginnende erosive

Osteochondrose

rechtslaterale L5/S1, Spondylarthrose der unteren LWS-Segmente. Kein Hinweis auf entzündliche Veränderungen der LWS oder der ISG bds. - Therapie: - Physiotherapie - NSAR-Bedarfstherapie 2. Osteopenie (ED 06/2013) - DXA vom 06/2013: LWS T-Score -1.8, Hüfte T-Score -1.3 - Risikofaktoren: PPI, Nikotin - Ca/D3-Substitution

E. 3.2

und E.

3.7) wurden ebenfalls keine objektiven somatischen Befunde erhoben, welche der vollzeitlichen Ausübung einer rückschonenden Tätigkeit entgegenstehen würden. In diesen Berichten wurde dem Beschwerdeführer im Übrigen auch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. C.____

wurde in Auseinandersetzung mit den vorliegenden Arztberichten vorgenommen und erscheint überzeugend, weshalb darauf abgestellt werden kann (vgl. E. 1.6). Anzumerken ist allerdings, dass die von ihm postulierte Gewichtslimite von fünf Kilogramm angesichts der objektiven Befunden im Bereich der Wirbelsäule (vgl. Urk. 10/17/8) äusserst grosszügig erscheint. Selbst Dr. H.____ geht denn auch grundsätzlich von einer solchen von zehn Kilogramm aus (Urk. 10/17/4). Somit

ist jedenfalls

mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass in einer behinderungsangepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht.

Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind somit hinreichend abgeklärt, weshalb sich die beantragte polydisziplinäre Begutachtung erübrigt.

E. 3.3

Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 28. Oktober 2013 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittelgradig, F 33.1 (seit ca. 2003) sowie einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, F45.4 (seit ca. 2003). Die Arbeitsunfähigkeit betrage 80 % bis 100 % seit 15. Mai 2013. Es bestünde eine depressive und schmerzbedingte Einschränkung der psychischen Belastbarkeit und keine geistigen Defizite. Der Beschwerdeführer sei imstande, leichte Tätigkeiten lediglich stundenweise zu erledigen, zum Beispiel die Aufsichtstätigkeit in der Schule am Abend (Hilfshausmeister). Aktuell sei eine Tätigkeit von sechs bis acht Stunden pro Woche ohne körperliche Belastung möglich. Es könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Umfang von 40 % gerechnet werden (Urk. 10/15).

E. 3.4

Dr. med. H.____, Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 3. Dezember 2013 ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (seit Februar 2013), Bronchiektasen beidseits (seit 2010), eine Nasenatmungsbehinderung (seit 2008) und eine

Depression (seit 2012). Sie attestierte dem Beschwerdeführer für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit aufgrund von thorakalen und lumbalen Schmerzen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 26. März 2013 bis auf weiteres (Urk. 10/17 /1-2). Rückenschonende und wechselbelastende Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu zehn Kilogramm könne er ab sofort zu 40 % ausüben (Urk. 10/17/4).

E. 3.5

Im psychiatrischen Gutachten vom 19. Mai 2014 diagnostizierte Dr. med. B.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, eine reaktive depressive Phase zurzeit leichten Grades mit somatischem Syndrom, F32.01 (Urk. 10/20 S. 11). Der Gutachter führte aus, der Beschwerdeführer sei in erster Linie durch somatische Beschwerden wie körperliche Schwäche, Atmungsschwierigkeiten, verstopfte Nase und Mundatmung nachts, Rückenschmerzen lumbal, im Nacken und in die Beine ausstrahlend geplagt. Bei diesen Beschwerden sei kein eindeutiger psychosomatischer Zusammenhang ersichtlich. Es seien auch keine psychosomatischen Belastungen oder Konflikte ersichtlich, die in einem pathologischen Grad einwirkten und psychische Störungen oder psychopathologische Exazerbationen auslösen könnten. Der Beschwerdeführer hadere zwar sehr mit seinem Schicksal und der finanziellen Not. Er sei sehr klagsam

und habe Mühe, die gesundheitlichen Beschwerden zu bewältigen. Nach seinen Worten sei er belastet durch eine verständnislose und gereizte Reaktionsweise seiner heutigen Ehefrau. Eine gewisse Kränkbarkeit und Wertlosigkeitsgefühle im narzisstischen Sinn seien möglich. Dennoch hätten weder die behandelnden Ärzte noch er (der Gutachter) eine relevante Persönlichkeitsstörung mit Beeinträchtigung der Bewältigungsfähigkeiten noch andere Verhaltensstörungen festgestellt. Der Beschwerdeführer weise keine emotionale Instabilität, keinen Kontrollverlust und keine vorbestehenden sozialen oder persönlichen Komplikationen auf, die auf solche Besonderheiten hinweisen würden. Auf rein psychischer Ebene bestehe heute ein depressiver Zustand leichten Grades. Die Schlafstörung sei kaum depressiv bedingt. Relevante Appetitstörungen bestünden nicht mehr. Der Beschwerdeführer wälze hingegen oft Sorgen und habe Schuldgefühle. Zu schweren depressiven Verstimmungen komme es trotzdem nicht. Manchmal komme eine Traurigkeit auf, aber keine richtiggehende Nierderschlagenheit, keine anhaltende Resignation, kein Lebensüberdruß, keine Suizidalität, keine Dysphorie. Eine innere Unruhe und ein gewisser Energiemangel

seien festzustellen, aber dennoch keine pathologische depressive Apathie und kein relevanter Interessenverlust aus psychischen Gründen. Es bestehe kein fixierter sozialer Rückzug. Der klinische Eindruck entspreche diesem anamnestischen Bild. Der Beschwerdeführer wirke freudlos, affektiv monoton, klagsam, verfüge aber über einen normalen Antrieb, habe keine kognitiven Störungen und zeige keine Erschöpfung und keine psychischen Spannungen. Ein depressives somatisches Syndrom wiege also ebenfalls nur leicht und beinhalte nur wenige eindeutig psychisch und nicht körperlich bedingte Symptome. Demzufolge sei zum heutigen Zeitpunkt die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die depressive Störung generell für alle Erwerbstätigkeiten nicht in einem IV-relevanten Ausmass beeinträchtigt. Zudem bestünden keine depressiven Prädispositionen, habe der depressive Zustand wahrscheinlich erst nach der Krankenschreibung Ende März 2013 begonnen, sei vorwiegend als Reaktion auf die aktuellen Lebensumstände des Beschwerdeführers anzusehen und prognostisch von heute aus gesehen nicht auf lange Dauer fixiert. Die von der Hausärztin seit 26. März 2013 attestierte Arbeitsunfähigkeit von

100 % (trotz fortgeführtem Teilarbeitspensum von circa 15 Wochenstunden) und die vom behandelnden Psychiater ab 16. Mai 2013 attestierte Arbeitsunfähigkeit von 80 % könne er retrospektiv an hand seiner eigenen psychiatrischen Untersuchung nicht mehr bestätigen. Zum heutigen Zeitpunkt bestehe aus rein psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit in einem IV-relevanten Ausmass. Die diagnostizierte depressive Störung habe keine relevanten Auswirkungen auf die vitalen Funktionen des Beschwerdeführers und sei zudem nicht von genügend langer Dauer. Der Beschwerdeführer habe für die angestammte Tätigkeit als Hauswart an sich keine psychischen Einschränkungen der Belastbarkeit (Urk. 10/20 S. 12 ff.).

E. 3.6

RAD-Arzt Dr. med. C.____, Facharzt Allgemeinmedizin, erwähnte in seiner Stellungnahme vom 17. Dezember 2013 als Belastungsprofil eine leichte wech selbelastende Tätigkeit ohne Lastenheben über fünf Kilogramm. In seiner Stellungnahme vom 22. Mai 2014 hielt er fest, wegen des lumbospondylogenen Syndroms und der Bronchiektasien sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zumindest anhaltend gefährdet, wobei das erwähnte Belastungsprofil eingehalten werden müsse (Urk. 10/21/4).

E. 3.7

Im Bericht des Spitals F.____, medizinische Klinik, Abteilung Pneumologie und Schlafmedizin, vom 26. Mai 2014 wurden folgende Diagnosen genannt: - Diffuses Bronchiektaseleiden, betont in der Lingula, im Mittellappen und in beiden Unterlappen - Aetiologie am ehesten postinfektiös, DD primäre Ziliendyskinesie - aktuell Infektexazerbation - Chronische Rhinitis - Status nach Rhinoplastik 12/2012

Die während 14 Tagen durchgeführte Antibiotikumbehandlung sei ohne Verbesserung der Beschwerden geblieben. Es bestehe weiterhin chronischer Husten mit vor allem morgendlichem Auswurf, speziell auch in liegender Position. Weitere neue Aspekte seien nicht aufgetreten. Insgesamt handle es sich um ein diffuses Bronchiektaseleiden, welches bis anhin am ehesten als postinfektiös bedingt interpretiert worden sei. Bei nun zunehmenden Beschwerden, einer chronischen Rhinitis/ Rhinosinusitis und deutlich erniedrigtem nasalem

FeNo

(fractional

exhaled

nitric

oxide) sei differentialdiagnostisch an eine primäre Ziliendyskinesie zu denken.

Problematisch sei momentan eine akute Exazerbation, Problemkeime seien nicht vorhanden (Urk. 10/27/10 f.

=

10/31/3 f.) .

E. 3.8

Der behandelnde Psychiater Dr. G.____ führte in seinem Schreiben vom 15. Juni 2014 an die Beschwerdegegnerin aus, es lägen eine rezidivierende depressive Störung sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Diese Einschränkungen bestünden

weiterhin. Ausserdem stehe der Beschwerdeführer in kontinuierlicher pulmonologischer Behandlung. Aufgrund der erwähnten Diagnosen mit verminderter psychischer und körperlicher Belastbarkeit bestehe aus ärztlicher Sicht eine langandauernde Erwerbsunfähigkeit von mindestens 60 % (Urk. 10/29).

E. 3.9

Im – auf Veranlassung des Krankenversicherers erstatteten, vom Beschwerdeführer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten - psychiatrischen Gutachten vom 16. Juni 2014 (Urk. 3/5) erhob Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode (F32.0). Der Gutachter führte aus, der Beschwerdeführer schildere eine seit langen Jahren bestehende Beeinträchtigung der Befindlichkeit, Herabsetzung der Grundstimmung, Verminderung der Hedonie, gedankliche Einengung auf unangenehme, kränkende und belastende Themen, wobei dies, soweit nachvollziehbar, mit der Lebensführung des Beschwerdeführers nicht wesentlich interferiert habe. Mit der Verschlechterung der psychosozialen Situation und vermehrtem Aufkommen von psychischen Problemen sei es zur raschen Verschlechterung der affektiven Gesundheit gekommen, welche gegenwärtig im Umfang einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode bestehe. Der Beschwerdeführer präsentiere sich mit Klagsamkeit, Depressivität, Dysphorie, sei in der affektiven Schwingungsfähigkeit bedeutend eingeschränkt, präsentiere sich mit kognitiven Defiziten, Verminderung der emotionalen Belastbarkeit, Anhedonie, Inappetenz und starkem sozialem Rückzug. Suizidalität komme nicht auf und das Selbstwertgefühl sei erhalten. Psychomotorische Defizite präsentierten sich in der aktuellen Untersuchung in Form von Agitiertheit / motorischer Unruhe (Urk. 3/5 S. 5). Der Beschwerdeführer habe sich während vielen Jahren in einer anhaltenden psychosozialen Belastungssituation befunden, habe sich jedoch mit ausreichenden Ressourcen präsentiert, um mit den Anforderungen fertig zu werden. Erst mit dem vermehrten Aufkommen von polyvalenten gesundheitlichen Problemen sei es im Jahr 2013 zur Dekompensation der affektiven Gesundheit gekommen, wobei er sich seit ca. Mitte 2013 in einer depressiven Episode befinde, vom Schweregrad her leicht bis mittelgradig. Dass die bestehende Symptomatik überwindbar sei, zeige die Beschäftigung im Umfang von 25 %, welcher er momentan nachgehe. In der Zwischenzeit sei es zu einer weiteren Verschlechterung der psychosozialen Situation (Stellenverlust) gekommen, worauf es allerdings, soweit nachvollziehbar, zu keiner Verschlechterung des affektiven Zustandsbildes gekommen sei. Der Beschwerdeführer präsentiere sich mit verminderter emotionaler Belastbarkeit, herabgesetzter Ausdauer, kognitiven Defiziten sowie gedanklicher Einengung. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hauswart seien ihm vier Stunden pro Tag als Arbeitspensum zumutbar. Auch in einer den sozioemotionalen Einschränkungen angepassten Tätigkeit seien ihm vier Stunden pro Tag als Arbeitspensum zumutbar. Die Therapiemöglichkeiten seien zum jetzigen Zeitpunkt nicht ausgeschöpft. Im Falle einer leitliniengerechten Behandlung der vorliegenden depressiven Episode könne die Arbeitsfähigkeit im Zeitraum von drei bis vier Monaten wieder hergestellt werden (Urk. 3/5 S. 6 f.).

E. 3.10

RAD-Arzt Dr. C.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 23. September 2014 fest, mit den im Rahmen des Einwandverfahrens nachgereichten Arztberichten werde zusätzlich von

behandlungsbedürftigen Bronchiektasien Kenntnis genommen. Solche begründeten jedoch aufgrund klinischer Erfahrung keine Arbeitsunfähigkeit in optimal leidensangepasster Erwerbstätigkeit. Es müsse ohne weitere medizinische Abklärungen an den letzten RAD-Stellungnahmen festgehalten werden. Lediglich das Belastungsprofil müsse im Sinne einer Arbeit in sauberer und temperierter Luft ergänzt werden (Urk. 10/36/2). 4.

E. 4

St. n. Morbus Scheuermann - Hyperkyphose der BWS

E. 4.1

).

Nach dem Gesagten kann vollumfänglich auf das Gutachten von Dr. B.____ abgestellt werden.

Somit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass keine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit besteht.

E. 4.2

In somatischer Hinsicht geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer an behandlungsbedürftigen

Bronchiektasien sowie chronischer Rhinitis/ Rhinosinusitis leidet, jedoch keine pulmonal bedingte Arbeitsunfähigkeit besteht (vgl. Urk. 10/13 und Urk. 10/36/2). RAD-Arzt Dr. C.____ erwähnte diesbezüglich als Belastungsprofil eine Arbeit in sauberer und temperierter Luft (Urk. 10/36/2). Weiter wurde ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom diagnostiziert, aufgrund dessen der RAD-Arzt Dr. C.____ als Belastungsprofil eine leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne Lastenheben über fünf Kilogramm festlegte (Urk. 10/21/4).

Die von der Hausärztin Dr. H.____ aufgrund von thorakalen und lumbalen Schmerzen für eine angepasste Tätigkeit attestierte Arbeitsunfähigkeit von 60 %

(Urk. 10/17/4) wird durch keinerlei objektive Befunde untermauert, sondern stützt sich lediglich

auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Zur Begründung der Einschränkung hält Dr. H.____ nur fest, dass die Beschwerden unter Belastung zunehmen (Urk. 10/17/2). Weiter gibt sie an, dass keine rückenbelastende Tätigkeit mehr möglich sei (Urk. 10/17/4). Warum dem Beschwerdeführer auch eine (rückenschonende) wechselbelastende Tätigkeit bloss zu 40 % zumutbar sein soll (Urk. 10/17/4), geht aus ihrem Bericht nicht hervor. Ihre Beurteilung vermag deshalb nicht zu überzeugen. In den genannten Berichten des E.____ und des Spitals F.____ (vgl. E. 3.1, E.

E. 4.3

In der angefochtenen Verfügung geht die Beschwerdegegnerin offenbar davon aus, dass auch in der bisherigen Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (Urk. 2).

Für diese Auffassung spricht insbesondere auch, dass der Beschwerdeführer weiterhin beim Z.____ der Stadt A.____ teilerwerbstätig ist und gemäss Angaben des Arbeitgebers dort auch Reinigungsarbeiten durchführt (vgl. Urk. 10/16/7).

Bei Zumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit wäre nicht von einer relevanten Erwerbs einbusse auszugehen, und es wäre nicht zu beanstanden, dass die Beschwerde gegnerin keinen Einkommensvergleich durchgeführt hat. Weitere Ausführungen dazu erübrigen sich indessen, da –

wie nach folgend zu zeigen sein wird –

auch dann ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad resultiert, wenn davon ausgegangen wird, dass dem Beschwerdeführer nur noch eine (andere)

leidens angepasste Tätigkeit zumutbar ist.

E. 4.4

Gestützt auf den IK-Auszug ergibt sich, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2012 bei der Y. AG ein Nettoeinkommen von Fr. 64'200.-- (=

Fr. 5'350.-- x 12) verdient hat (Urk. 10/11; vgl. Urk. 10/10/2 und Urk.

10/12/7).

Die Einkünfte, die der Beschwerdeführer über das Arbeitspensum von 100 % hinaus bei der Nebentätigkeit als Ablöser Hausdienst erzielt (Urk. 10/16), können unberücksichtigt bleiben, da er diese r

Tätigkeit auch nach Eintritt des Gesundheitsschadens weiterhin nachgeht. Unter Berücksichtigung der Entwicklung des Nominallohnindex der Saläre für männliche Arbeitskräfte von 2188 Punkten im Jahr 2012 auf 2204 Punkte im Jahr 2013 (Die Volkswirtschaft 1/2-2015 Tabelle B

10.3)

resultiert ein

Valideneinkommen

von Fr. 64'669.--.

Für die Berechnung des Invalideneinkommens sind Tabellenlöhne heranzuziehen. Da für den Beschwerdeführer grundsätzlich Hilfsarbeiten in sämtlichen Branchen in Frage kommen, ist vom standardisierten monatlichen Bruttolohn (inklusive 13. Monatslohn, basierend auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden) für männliche Arbeitskräfte

von Fr. 4'901.-- pro Monat beziehungsweise Fr. 58'812.-- pro Jahr (x12)

auszugehen (Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung [LSE] 2010, Anforderungsniveau 4). Angepasst an die im Jahr 2013

betriebsübliche durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft 1/2-2015 Tabelle B

9.2) ergibt dies ein Jahreseinkommen von

Fr. 61'311.-- (Fr. 58'812 : 40 x 41.7). Unter Berücksichtigung der Entwicklung des Nominallohnindex der Saläre für männliche Arbeitskräfte von 2150 Punkten im Jahr 2010 auf 2204 Punkte im Jahr 2013 (Die Volkswirtschaft 2015 Tabelle B

10.3) resultiert ein Bruttoeinkommen von Fr. 62'851.--. Angesichts des von RAD-Arzt Dr. C. (grosszügig) formulierten Belastungsprofils

erscheint ein leidensbedingter Abzug von höchstens 10 % als gerechtfertigt.

Weitere persönliche und berufliche Merkmale, welche sich auf die Lohnhöhe auswirken könnten (vgl. dazu BGE 126 V 75), sind nicht gegeben, weshalb sich ein Invalideneinkommen von Fr. 56'566.-- (= 0,9 x Fr. 62'851.--) ergibt.

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 64'669.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 56'566.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 8'103.--, was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 13 % entspricht. 4. 5

Da der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig und nicht ersichtlich ist, dass die fehlende berufliche Eingliederung im Sinne der Verwertung der bestehenden Arbeitsfähigkeit auf gesundheitlich bedingte Schwierigkeiten zurückzuführen sein könnte, ist die Durchführung von beruflichen Massnahmen nicht angezeigt.

Sodann besteht – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk.

1 S.

2 und S.

6) – unter den gegebenen Umständen auch kein Grund, ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen.

E. 4.6

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass weder ein Rentenanspruch noch ein Anspruch auf berufliche Massnahmen besteht. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Mark A. Glavas - 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 HurstLeicht

E. 5

Hyperprolaktinämie , ED 05/2012 - keine Hinweise auf Pathologie der Hypophyse im MRI
- ansonsten normale Hypophysenfunktion

E. 6

Unklare Augenschmerzen bds DD Uveitis - Ophthalmologische Beurteilung ausstehend

E. 7

Depression - anamnestisch unter medikamentöser Behandlung

E. 8

Vd . a. Refluxösophagitis - anamnestisch Refluxbeschwerden , unter PPI beschwerdefrei

Es wurde ausgeführt, in Zusammenschau aller Befunde würden die Beschwerden im
Rahmen eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms interpretiert, begünstigt durch die
Facettengelenksarthrose der unteren LWS, die erosive

Osteochondrose L5/S1, die skoliotische

Fehlform sowie die Dekonditionierung der Rumpfmuskulatur und die
Haltungsinnsuffizienz . Nebenbefundlich zeigte sich ein Zustand nach Morbus
Scheuermann (Urk. 10/17/8 f .).

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