

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00456 vom 31. März 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00456

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00456 du 31 mars 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00456 del 31 marzo 2016

Erwägungen

E. 1

Der 1960 geborene X.____ meldete sich am 16. Januar 2013 – unter Hinweis auf Rückenbeschwerden – zum Bezug von Leistungen (berufliche Integration, Rente) der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an (Urk. 7/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, traf daraufhin berufliche, erwerbliche sowie medizinische Abklärungen und zog – wiederholt – die Akten einerseits der zuständigen Berufsvorsorgeeinrichtung (Urk. 7/12, Urk. 7/33, Urk. 7/42) und andererseits des Krankentaggeldversicherers (Urk. 7/16, Urk. 7/32) bei. Am 12. Juni 2013 teilte sie dem Versicherten mit, dass sie ihm Frühinterventionsmassnahmen in Form einer Beratung und Unterstützung durch einen Job Coach im Hinblick auf den Erhalt des derzeitigen Arbeitsplatzes gewähre (Urk. 7/23); am 3. September 2013 schloss sie diese Massnahmen ab (Urk. 7/29). Nachdem sie den Versicherten am 19. Juni 2014 von Dr. med. Y.____, MBA, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hatte untersuchen lassen (vgl. Gutachten vom 29. Juli 2014, Urk. 7/61), verfügte sie am 1. April 2015 – in Bestätigung ihres Vorbescheids vom 3. September 2014 (Urk. 7/65) – die Abweisung des Rentenbegehrens (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]). Sie 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. 1.2

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 so weit 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 % arbeitsunfähig (Art.

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 (sogenanntes

Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes

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 (sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 2.

E. 2

Gegen diese Verfügung (Urk. 2) liess X. am 28. April 2015 mit folgenden Anträgen Beschwerde erheben (Urk. 1 S. 2): „1. Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und dem Versicherten sei mindestens eine halbe Rente zu gewähren. 2. Eventualiter sei der angefochtene Entscheid aufzuheben und es sei eine neue polydisziplinäre Abklärung in Auftrag zu geben, worauf neu zu entscheiden sei. 3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdegegnerin.“

Die IV-Stelle schloss am 4. Juni 2015 auf Abweisung der Beschwerde (vgl. Beschwerdeantwort, Urk. 6), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 8. Juni 2015 (Urk. 8) zur Kenntnis gebracht wurde.

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die IV-Stelle begründete die Rentenverweigerung damit, dass der Beschwerdeführer, der keine dauerhafte psychisch bedingte Einschränkung des Leistungsvermögens aufweise, in einer seinen somatischen Leiden angepassten Tätigkeit

zu 75 % arbeitsfähig und damit in der Lage sei, ein 32 % unter dem Valideneinkommen liegendes Salär zu erzielen (Urk. 2 S. 2 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, er sei

wie auch die erfolglos verlaufenen Wiedereingliederungsversuche in die angestammte, optimal behinderungsangepasste Tätigkeit gezeigt hätten

ausserstande, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Die vorhandenen medizinischen Akten bildeten keine taugliche Grundlage für eine zuverlässige Beurteilung seines physischen und auch psychischen Gesundheitszustands beziehungsweise seiner Arbeitsfähigkeit, habe es die IV Stelle doch unterlassen, eine interdisziplinäre Abklärung zu veranlassen. Das Gericht werde daher ersucht, eine entsprechende Expertise in Auftrag zu geben (Urk. 1 S. 2 ff.). Da sich die Beschwerdegegnerin geweigert habe, die geforderten beruflichen Massnahmen durchzuführen, sei die Sache an sie zurückzuweisen, damit sie einschlägige Abklärungen treffe und hernach über den Leistungsanspruch neu befunde (S. 6). 3. 3.1

Am 28. September 2012 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag seiner Berufsvorsorgeeinrichtung von Dr. med. Z. ____, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, vertrauensärztlich untersucht. In ihrem Gutachten vom 2. Oktober 2012 (Urk. 7/12 S. 5 ff.) stellte diese folgende Diagnosen (S. 14): - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts mit/bei - Status nach mikrochirurgischer Foraminotomie und Diskektomie L1/2 rechts am 3. Februar 2012 bei - Bandscheibenextrusion auf Niveau L1/2 mit konsekutiver mässiger bis ausgeprägter Spinalkanalstenose mit Verlagerung der Cauda equina nach dorsal - MRI der Brust- (BWS) und Lendenwirbelsäule (LWS) vom 1. Mai 2012: kein Hinweis für Myelopathie; bei L5/S1 links vorbekannte unveränderte, flache, wenig tiefe Diskushernie oberhalb des S1 Rezessuseingangs - muskulärer Dekonditionierung / Dysbalance mit Haltungsinsuffizienz - muskulärem Hartspann paravertebral lumbal, rechtsbetont - Zervikospondylogenes Schmerzsyndrom rechts bei - muskulärem Hartspann und muskulärer Dekonditionierung - Status nach Knie-distorsion links am 18. Juli 2012 mit - Thrombose der Vena

fibularis und Vena

gastrocnemius Unterschenkel links am 20. Juli 2012 - Verdacht auf depressive Reaktion mit Schmerzchronifizierung /

Schmerz ausweitung

Das vom Beschwerdeführer geklagte Ausmass der Beschwerden lasse sich mit den erhobenen Befunden somatisch nicht hinreichend erklären; es sei daher von einer Schmerzchronifizierung beziehungsweise – ausweitung auszugehen. Aktuell bestehe in der angestammten Tätigkeit – mit eingeschränkter Belastbarkeit (Heben Boden-Taille höchstens 20 kg bis 30 Minuten pro Tag, Heben Taille zu Kopfhöhe höchstens 12,5 kg bis 30 Minuten pro Tag, Heben horizontal höchstens 15 kg bis 30 Minuten pro Tag, Tragen einhändig rechts höchstens 10 kg und links 12,5 kg bis 30 Minuten pro Tag, Rotation im

Stehen und Sitzen höchstens 3 Stunden pro Tag) – eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, die sich unter konsequent durchgeführter Therapie voraussichtlich in den nächsten drei bis vier Monaten wieder auf 100 % steigern lassen werde. Anhaltspunkte für eine Berufsunfähigkeit fänden sich keine (S. 16). 3. 2

Nachdem sie den Beschwerdeführer am 4. April 2013 erneut im Auftrag seiner Berufsvorsorgeeinrichtung vertrauensärztlich untersucht hatte, stellte die All gemeinmedizinerin Dr. Z.____ in ihrem gleichentags verfassten Gutachten (Urk. 7/33) folgende Diagnosen (S. 9): - Chronisches Schmerzsyndrom rechtsseitig mit/bei - zerviko -/ lumbospondylogem Schmerzsyndrom rechts - Status nach mikrochirurgischer Foraminotomie und Diskektomie L1/2 rechts am 3. Februar 2012 - muskulärer Dekonditionierung / Dysbalance mit Haltungsinsuffizienz - muskulärem Hartspann paravertebral lumbal / gluteal und im Bereich der Schulter-/Nackermuskulatur rechtsseitig - MRI der Halswirbelsäule (HWS), BWS und LWS vom 26. November 2012: mässige multisegmentale degenerative Veränderungen zervikal, thorakal und lumbal ohne Hinweise für eine Nervenwurzelaffektion beziehungsweise eine radikuläre Symptomatik - Status nach chronisch rezidivierendem lumboradikulärem Syn drom S1 rechts - Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung mit Schmerzausweitung und depressiver Reaktion

Das vom Beschwerdeführer geklagte Ausmass der Beschwerden lasse sich auf grund der erhobenen Befunde somatisch nicht hinreichend erklären; insofern sei differentialdiagnostisch von einer Schmerzverarbeitungsstörung mit Schmerz chronifizierung beziehungsweise – ausweitung auszugehen. Die bildgebende Untersuchung der Wirbelsäule vom November 2012 habe keine Hinweise für eine Neurokompression respektive eine radikuläre Problematik ergeben. Es bestünden weiterhin eine generalisierte muskuläre Dekonditionierung , eine Dys balance mit Haltungsinsuffizienz und ein muskulärer Hartspann. Unter konsequenter Durchführung eines Muskel-/ Kraft aufbautrainings sei mit einer mus kulären Rekonditionierung und Stabilisierung innert drei bis sechs Monaten zu rechnen. Werde die – aktuell nicht adäquate – Schmerzmedikation , die für den dringend notwendigen Muskel- und Kraftaufbau unabdingbar sei, optimiert, sei mit einem Rückgang der Beschwerden zu rechnen (S. 11). Aus somatischer Sicht bestehe derzeit eine 70%ige Arbeitsfähigkeit; diese lasse sich prognostisch bis August 2013 wieder schrittweise auf 100 % steigern (S. 12). Zu beachten sei dabei eine Belastungseinschränkung in Form der Unzumutbarkeit des Han tieren s mit Lasten über 20 kg (S. 13). 3.3

Vom 18. Mai bis 7. Juni 2013 liess sich der Beschwerdeführer stationär von den Ärzten der A.____ , Rehabilitationszentrum, behandeln. Im Austrittsbericht vom 18. Juni 2013 stellten diese nachstehende Diagnosen (Urk. 7/36 S. 7): - Chronisches lumbo - und thorakospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei - Fehlhaltung, Haltungsinsuffizienz, diffusen Myogelosen , muskulärer Dysbalance - Status nach mikrochirurgischer Foraminotomie und Diskektomie am 3. Februar 2012 - MRI der HWS und BWS vom 29. April 2013: geringe Protrusionen bei C6/7, L1/2 und L5/S1; Tangierung der Nervenwurzel C7 links; keine Spinalkanalstenose; insgesamt leichte degenerative Veränderungen der HWS und LWS - z entralem Schmerz- Windup ; Differentialdiagnose: somatoforme Schmerzstörung - Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt - hoher Score im HADS-Test - Kniedistorsion links am 18. Juli 2012 - Thrombose der Vena fibularis und Vena

gastrocnemius Unterschenkel links am 20. Juli 2012

Im Rahmen der stationären Rehabilitation habe der Beschwerdeführer am „Davoser interdisziplinären Schmerzprogramm (DISP)“ teilgenommen (S. 7). Der Klinikaustritt sei in leicht gebessertem Allgemeinzustand und mit nur geringfügig verbesserter Schmerzsymptomatik erfolgt (S. 8). Ein Wiedereinstieg in die bisherige Tätigkeit mit sukzessiver Steigerung des Pensums erscheine – auch aus therapeutischen Gründen – als sinnvoll (S. 9). 3.4

Gestützt auf die Ergebnisse des im Sommer 2012 durchgeführten Arbeitsassessments, die psychiatrische Abklärung vom 16. August 2012 und die seither durchgeführten Untersuchungen stellten die Ärzte des B.____, Rheumaklinik, Physiotherapie/Ergotherapie, in ihrem Bericht vom 13. September 2013 (Urk. 7/35 S. 1-6) nachstehende arbeitsrelevante Diagnosen (S. 2): - Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts (ICD-10 M54.4) - nicht dermatombezogene Schmerzen und Hypästhesie am rechten Bein, Motorik und MER intakt - Status nach chronisch rezidivierendem lumboradikulärem

Syndrom S1 rechts - Status nach mikrochirurgischer Foraminotomie und Diskektomie am 3. Februar 2012 bei Diskusprotrusion L1/2 mit mässiger bis ausgeprägter Spinalkanalstenose mit Verlagerung der Cauda

equina

nach dorsal (MRI der LWS vom Januar 2012) - MRI der BWS/LWS vom 27. April 2012 (Vergleich mit MRI-Untersuchung vom 17. Januar 2012): residuell unbedeutender Rest der vor maligen inzwischen operierten Diskushernie Höhe L1/L2; aktuell auf dieser Höhe nur geringe nicht relevante spinale Einengung; kein Hinweis für Myelopathie; bei L5/S1 links vorbekannte flache Diskushernie oberhalb S-Rezessuseingang, tendenziell ohne Wurzelreizung, zur Vorkontrolle unverändert - im Verlauf Schmerzausweitung, Chronifizierung, Vermeidungsverhalten, depressive Entwicklung

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten folgende Diagnosen: - Chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom rechts - Kniestorsion links (18. Juli 2012)

Das arbeitsbezogene Problem (ICF) bestehe in einer verminderten Belastungstoleranz der LWS und in einem Armkraftdefizit. Der Beschwerdeführer habe bei den Tests eine mässige Leistungsbereitschaft gezeigt; es seien sechs Selbstlimitierungen festgestellt und neun Inkonsistenzpunkte beobachtet worden. Der Beschwerdeführer sei der Überzeugung, dass er zuerst ganz gesund werden müsse und die Schmerzen vollständig abklingen müssten, bevor er wieder vernünftig arbeiten könne; Konzepte für ein Leben und Arbeiten mit Schmerzen seien bei ihm nicht vorhanden. Als Ressource sei zu erwähnen, dass er bereits 24 Jahre an derselben Arbeitsstelle im Transportdienst des B.____ tätig sei und dort über gute Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte verfüge (S. 2). Infolge Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der ergonomischen Tests für die Beurteilung der Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei gutem Effort eine bessere Leistung erbringen könnte als er in den Tests gezeigt habe. Die demonstrierte funktionelle Leistungsfähigkeit liege deutlich unter den Belastungsanforderungen der bisherigen Arbeit. In der angestammten Tätigkeit bestehe im Rahmen eines Vollzeitpensums – aufgrund verschiedener Belastungsreduktionen – aktuell eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Durch rehabilitative Massnahmen zur Muskelkräftigung und durch eine allgemeine Rekonvaleszenz lassen sich aus rein

somatisch-rheumatologischer Sicht mittelfristig voraussichtlich wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erlangen, wobei noch offen sei, ob gewisse Leistungseinbußen persistieren würden. Angesichts der lange dauernden Arbeitsunfähigkeit sei ein schrittweiser Wiedereinstieg mit einer Pensumssteigerung von 50 auf 100 % innert dreier Monate zu empfehlen. Aus psychischen Gründen sei die Arbeitsfähigkeit aktuell nicht eingeschränkt (S. 3 f.). Eine leidensangepasste Tätigkeit (mittelschwer, mit Rotation im Stehen und Sitzen, Treppensteigen und Stehen während maximal drei Stunden pro Tag) sei dem Beschwerdeführer ganztags zumutbar, wobei angesichts der erwähnten Einschränkungen der Belastbarkeit von einer mindestens 75%igen Restarbeitsfähigkeit auszugehen sei, welche sich voraussichtlich wieder auf 100 % steigern lassen werde (S. 4).
3.5

Dr. med. C.____, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, stellte am 18. September 2013 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/37 S. 6): - Chronisches lumbo- und thorakospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei - Fehlhaltung, Haltungsinsuffizienz, diffusen Myogelosen, muskulärer Dysbalance - Status nach mikrochirurgischer Foraminotomie und Diskektomie am 3. Februar 2012 - MRI der HWS und BWS vom 29. April 2013: geringe Protrusionen bei C6/7, L1/2 und L5/S1; Tangierung der Nervenwurzel C7 links; keine Spinalkanalstenose; insgesamt leichte degenerative Veränderung der HWS und LWS - zentralem Schmerz-Wind - up ; Differentialdiagnose: somatoforme Schmerzstörung - Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt - hoher Score im HADS-Test

Keinen Einfluss auf das Leistungsvermögen hätten folgende Diagnosen: - Kniearthrose links - Status nach Thrombose der Vena

fibularis und Vena

gastrocnemius Unterschenkel links

Der Beschwerdeführer leide an einem chronischen lumbo- und thorakospondylo genen Schmerzsyndrom; aus rheumatologischer Sicht sei die Prognose diesbezüglich an sich gut. Es bestehe indes der Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung sowie eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt. Im Verlauf habe sich eine zunehmende subjektive Verschlechterung der Symptomatik bei unverändertem klinischem Befund gezeigt; fünf von fünf Waddel-Zeichen seien positiv. Der Beschwerdeführer wiederhole bei jeder Konsultation, dass er wegen der Schmerzen kaum seinen Haushalt besorgen und nicht mehr als zehn Minuten gehen oder stehen könne. Trotz mehrmaliger langer – in seiner Muttersprache geführter – Gespräche über die Krankheit, deren Prognose sowie die Therapiemöglichkeiten beziehungsweise das Erlernen von Schmerz coping-Strategien, einer Anpassung der medikamentösen Therapie und einer stationären Rehabilitation habe bis anhin keine Verbesserung des Schmerzzustands erreicht werden können (S. 7). Aus rheumatologischer Sicht müsste dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit – mit Einschränkungen (kein Heben und Tragen von Lasten über 15 kg, kein mehr als eine Stunde dauerndes Sitzen oder Stehen) – eigentlich möglich sein. Die bisherigen Versuche im Pensum von 50 % seien aber erfolglos verlaufen. Der Beschwerdeführer habe jeweils nur einige Minuten gearbeitet und sei dann wegen einer Schmerz Zunahme wieder nach Hause gegangen. Seit dem 14. September 2013 und bis auf Weiteres bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (S. 8).
3.6

Nachdem der Beschwerdeführer am 6. Mai und 26. August 2013 im Auftrag seiner Berufsvorsorgeeinrichtung von Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht worden war, stellte dieser in seinem Gutachten vom 24. September 2013 folgende Diagnosen (Urk. 7/42 S. 29): - Depressive Episode (ICD-10 F32.0) im Sinne einer chronischen Depression mit leichter, allenfalls leicht bis mittelgradiger Ausprägung in den letzten Monaten, allenfalls aktuell etwas akzentuiert nach Tod der Mutter im Juli 2013 - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Was die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und jeder anderen leidensangepassten Tätigkeit anbelange, sei es dem Beschwerdeführer zumutbar, die Arbeit wieder aufzunehmen und dabei angesichts der allgemeinen Dekonditionierung

mit einem Pensum von 50 % einzusteigen und dieses dann innert eines Jahres auf 80 % zu steigern. Insofern könne dauerhaft von einer Berufsunfähigkeit von 20 % ausgegangen werden (S. 29). Es seien die Krankheit auf rechterhaltende psychosoziale Belastungen vorhanden; das Krankheitsbild habe sich indes verfestigt.

Die Angaben des Beschwerdeführers, dass er nicht mehr laufen und – auch körperlich leichteste – Tätigkeiten nicht mehr ausüben könne und bei der Arbeit (spitalinternes Transportieren von Medikamenten, Kehricht, Spezialabfall schmutziger Wäsche sowie Essen mit einem Elektromobil [vgl. Urk. 7/5 S. 2]) selbst beim Fahren über Unebenheiten und beim Bremsen Schmerzen

zu verspüren, seien – auch unter Berücksichtigung der in den Untersuchungen beobachtbaren Inkonsistenzen und des theatralischen Beschwerdevortrags – mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer Aggravation zuzu schreiben und nur zu einem kleinen Teil mit der Grunderkrankung mit Depression und Angst, einer Schmerzstörung und einer daraus entstandenen Vermeidungsangst bei Schmerzen zu erklären (S. 28 und S. 30). 3. 7

Dr. med. E.____, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 27. September 2013 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und attestierte dem Beschwerdeführer vom 24. Juni bis 7. Juli 2013 eine 100%ige und ab dem 9. Juli 2013 noch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/36 S. 2 f.). Es sei mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf bis auf 80 % innert zwei bis vier Monaten zu rechnen (S. 3). 3.8

In seiner gestützt auf die Akten verfassten Stellungnahme vom 23. Oktober 2013 gelangte Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Anästhesiologie, Zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Arzt des Regionalärztlichen Diensts (RAD) der IV, zum Schluss, dass in somatischer Hinsicht – vor allem gestützt auf die Beurteilung der Ärzte des B.____, Rheumatologie, vom 13. September 2013 (Urk. 7/35 S. 1-6) von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit auszugehen sei. Betreffend den psychischen Gesundheitszustand sei eine Begutachtung indiziert (Urk. 7/64 S. 6 f.). 3.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 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. 9

Am 19. Juni 2014 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der IV-Stelle vom Psychiater Dr. Y.____ untersucht. Dieser diagnostizierte in seinem Gutachten vom 29. Juli 2014 eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41 (Urk. 7/61 S. 17 und S. 25). Die Störung sei sehr leicht ausgeprägt und bedinge keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 25, S. 27). 3.10

Nach Kenntnisnahme der Expertise von Dr. Y.____ vom 29. Juli 2014 (Urk. 7/61) hielt RAD-Arzt Dr. F.____ am 4. August 2014 fest, es lägen keine psychiatrischen Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 7/64 S. 6 f.). 3.11

Auf entsprechende Nachfrage gab RAD-Arzt Dr. F.____ am 26. August 2014 an, dass gestützt auf das Gutachten von Dr. Y.____ vom 29. Juli 2014 (Urk. 7/61) von keiner nebst den körperlichen Einschränkungen bestehenden psychisch bedingten Leistungseinbusse auszugehen sei. In somatischer Hinsicht sei auf Grund der Beurteilung der Ärzte des B.____, Rheumatologie, vom 13. September 2013 (Urk. 7/35 S. 1-6) – spätestens ab 22. August 2012 – von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten und einer 75%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit auszugehen. Die Einschränkung des Leistungsvermögens sei durch die Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule bedingt (Urk. 7/64 S. 8). 4. 4.1

Nach Lage der Akten leidet der Beschwerdeführer – bei Status nach mikrochirurgischer Foraminotomie und Diskektomie L1/2 – an Rückenbeschwerden und weist im Bereich der Wirbelsäule auf verschiedenen Ebenen massige degenerative Veränderungen auf (vgl. insbesondere Urk. 7/12 S. 14, Urk. 7/36 S. 7, Urk. 7/35 S. 2, Urk. 7/37 S. 6 und S. 17 f.). Zudem besteht eine psychische Symptomatik (vgl. insbesondere Urk. 7/36 S. 2, Urk. 7/42 S. 29, Urk. 7/61 S. 17). 4.2 4.2.1

Was die Auswirkungen der physischen Beschwerden auf das Leistungsvermögen anbelangt, steht aufgrund der zitierten Arztberichte fest, dass die Belastbarkeit der Wirbelsäule eingeschränkt ist. Dem Beschwerdeführer

ist deshalb namentlich das Heben und Tragen von beziehungsweise das Hantieren mit Lasten nur noch in – quantitativ und zeitlich – limitiertem Umfang zumutbar (Urk. 7/12 S. 16, Urk. 7/33 S. 13, Urk. 7/35 S. 4, Urk. 7/37 S. 8, Urk. 7/64 S. 8). Aufgrund der bildgebend nachgewiesenen und der klinischen Befunde gingen die Ärzte einhellig davon aus, dass der Beschwerdeführer – nach einer kurzzeitigen Periode gänzlicher Arbeitsunfähigkeit

im Anschluss an den

komplikationslos verlaufenen operativen Eingriff vom 3. Februar 2012 und nach einer Wiedereinstiegs- beziehungsweise Rekonditionierungsphase –

in einer leidensangepassten (und damit allenfalls gar in der angestammten) Tätigkeit

schon bald wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erlangen werde (vgl. Gutachten Dr. Z.____ vom 2. Oktober 2012 [Urk. 7/12 S. 16] und vom 4. April 2013 [Urk. 7/33 S. 12], Bericht G.____, Rheumaklinik, vom 13. September 2013 [Urk. 7/35 S. 4], Bericht Dr. C.____ vom 18. September 2013 [Urk. 7/37 S. 8]; vgl. auch Austrittsbericht A.____ vom 18. Juni 2013 [Urk. 7/36 S. 9]). Tatsächlich steigerte der Beschwerdeführer das Pensum nach der 50%igen Wiederaufnahme der Arbeit indes nicht – wie erwartet – innert weniger Monate sukzessive auf 100 % , sondern zeigte – trotz unauffälligen Heil ungs verlaufs beziehungsweise ohne dass eine V erschlechterung eingetreten wäre, trotz Unterstützung durch einen Job Coach und trotz Rücksichtnahme sowohl durch seine Vorgesetzten als auch durch seine Arbeitskollegen (vgl. Verlaufsprotokoll Job-Coaching, Urk. 7/27) – eine zunehmende massive Leistungseinschränkung , wobei er schliesslich die Arbeit jeweils gar nach wenigen Minuten wegen Schmerzen wieder abbrach und den Arbeitsplatz verliess (Urk. 7/37 S. 8). Angesichts der wenig gravierenden Befunde an der Wirbelsäule ist ohne Weiteres nachvollziehbar, dass

die Ärzte, die im Rahmen der Untersuchungen und des Arbeitsassessments eine erhebliche Selbstlimitierung und diverse Inkonsistenzen festgestellt hatten, die demonstrierte Leistungseinschränkung

vor dem Hintergrund einer

psychischen Störung (Schmerzverarbeitungsstörung [Urk. 7/33 S. 11]) respektive einer somatoformen Schmerzstörung [Urk. 7/36 S. 7, Urk. 7/37 S. 6] , eines zentralen Schmerz-Window

[Urk. 7/36 S. 7] , einer Schmerzchronifizierung beziehungsweise – ausweitung

[Urk. 7/12 S. 16 , Urk. 7/33 S. 9, Urk. 7/35 S. 2]) , einer Selbstlimitierung (Urk. 7/35 S. 3) beziehungsweise die Eingliederung behindernde r negative r

Krankheitsüberzeugungen (Urk. 7/35 S. 4) sahen . Insofern ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht – wenn nicht gar in der angestammten, so jedenfalls in einer seinem Rückenleiden optimal angepassten – Tätigkeit schon bald nach dem operativen Eingriff vom 3. Februar 2012 (und damit noch vor Ablauf des Wartejahrs) wieder zu 100 % arbeitsfähig war. 4.2. 2

Hinsichtlich der psychischen Beschwerden gelangte der Psychiater Dr. Y.____

gestützt einerseits auf die Akten und andererseits auf die Ergebnisse seiner unter Beizug eines Dolmetschers durchgeführten fundierten (auch testpsychologischen) Untersuchung vom 19. Juni 2014 mit überzeugender Begründung zum Schluss, dass der Beschwerdeführer an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41) leide. Angesichts der nur sehr leichten Ausprägung der

sich im Alltag kaum einschränkend auswirkenden (vgl. Urk. 7/61 S. 22 ; u .a. erhaltene bzw. wiedergewonnene Fähigkeit, alltägliche Verrichtungen ausüben zu können, soziale Kontakte zu pflegen, regelmässig in die H.____ zu reisen)

Störung vermag auch ohne Weiteres einzuleuchten , dass Dr. Y.____ dem fraglichen Leiden keine Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit zumass (vgl. Gutachten vom 29. Juli 2014, Urk. 7/61 S. 22). Damit ist die Frage, ob die festgestellte Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - welcher Diagnose es an einem Bezug zum Schweregrad fehlt (zur Publikation bestimmtes Bundesgerichtsurteil 8C_478/2015 vom 1 2.

Februar 2016 E. 4.2) - vorliegend überhaupt eine invali disierende Bedeutung hat, mit Blick auf die rechtserheblichen Indikatoren (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3), namentlich die Kategorie „Konsistenz“ (E. 4.4), auch aus rechtlicher Sicht zu verneinen.

Auf eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Störung lassen auch die weiteren Arztberichte nicht schliessen. So verneinte Dr. Y.____ eine leichte beziehungsweise mittelgradige depressive Episode, wie sie der behandelnde Psychiater Dr. E.____ und der Gutachter Dr. D.____ diagnostizierten, mit durchaus nachvollziehbarer Begründung. Die fraglichen Diagnosen wären im Übrigen gegebenenfalls jedenfalls nicht anspruchrelevant, weil leicht- bis mittelgradige Episoden einer Depression und selbst mittelgradige depressive Episoden nach der Rechtsprechung regelmässig nicht als von depressiven Verstimmungs Zuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines selbstständigen Gesundheitsschadens betrachtet werden, die es der betroffenen Person verunmöglicht, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden (Urteil des Bundesgerichts 8C_104/2014 vom 26. Juni 2014 E. 3.3.4 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil 9C_856/2013 vom 8. Oktober 2014 E. 5.1.2; sodann Urteil 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 und Urteil 9C_863/2015 vom 7. Januar 2016 E. 1, wonach BGE 141 V 281 an der bundesgerichtlichen Praxis nichts geändert hat).

Auf die Arbeitsfähigkeits einschätzung von Dr. D.____ kann zudem schon deshalb nicht abgestellt werden, weil dieser in seiner psychiatrischen Expertise vom 24. September 2013 (Urk. 7/42) nicht schlüssig darlegte, aufgrund welcher funktioneller – psychischer – Defizite er den Beschwerdeführer als dauerhaft zu 20 % berufs unfähig einschätzte. 4.2.3

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer in einer seinem Rückenleiden angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Dass die IV-Stelle – gestützt auf die Stellungnahme des RAD-Arzt Dr. F.____ vom 26. August 2012 (Urk. 7/64 S. 8) – von einer lediglich 75%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ausging (Urk. 2), ist damit zu erklären, dass Dr. F.____ auf die von den Rheumatologen des B.____ während der Rekonvaleszenzphase attestierte 25%ige Leistungseinbusse (erhöhter Pausenbedarf im Rahmen eines Vollzeitpensums [Urk. 7/35 S. 5 und S. 4]) abstellte. Ein durch eine Dekonditionierung bedingtes und an sich mittels entsprechenden Trainings innert Kürze behebbares Leistungsdefizit vermag indes keine dauerhafte invalidenversicherungsrechtlich

bedeutsame Arbeits unfähigkeit zu begründen. 4. 3

Bei der Ermittlung des Invaliditätsgrads ging die IV-Stelle gestützt auf den im IK-Auszug für das Jahr 2011 verzeichneten Lohn von Fr. 67'144.-- (Urk. 7/14 S. 5) und unter Berücksichtigung der bis 2013 eingetretenen Nominallohnentwicklung von einem Valideneinkommen von Fr. 68'222.60 aus. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens stellte sie auf den Tabellenwert für Hilfsarbeiten ab. Da selbst unter Annahme einer lediglich 75- statt einer 100%igen Arbeits unfähigkeit ein (rentenausschliessender) Invaliditätsgrad von rund 32 % resultiert (Urk. 7/63, Urk. 2 S. 2), ist die Abweisung des Rentensuchs jedenfalls nicht zu beanstanden. 4. 4

Betreffend die beantragte Rückweisung der Sache an die IV-Stelle zur Prüfung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen (Urk. 1 S. 6) schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die ab Juni 2013 gewährten Wiedereingliederungsmassnahmen (Urk. 7/23)

am 3. September 2013 im Einvernehmen mit dem Beschwerdeführer abgeschlossen wurden (Urk. 7/29) , weil d ieser

in der bisheri ge n

– grundsätzlich leidensangepas ten und ihm damals gemäss den Ärzten (zumindest) wieder zu 50 % zumutbare n – Tätigkeit , wenn er überhaupt (für wenige Stunden täglich) zur Arbeit erschienen war, kaum eine beziehungsweise gar keine verwertbare Leistung erbracht hatte (vgl. Verlaufsprotokoll Job - Coach ing [Urk. 7/27]; vgl. auch Urk. 7/37 S. 8). Angesichts de s

Umstands , dass sich der Beschwerdeführer aktenkundig für gänzlich arbeitsunfähig hält, waren weitere berufliche Massnahmen , wie sie der Beschwerdeführer im Einwand vom 7. Oktober 2014 beantragte (Urk. 7/73 S. 1) , nicht erfolgversprechend . Da die Verweigerung (erneuter) entsprechender Leistung en (Urk. 2) keine Sank tionierung einer Verletzung von Pflichten nach Art. 7 IVG oder nach Art. 43 Abs. 2 ATSG darstellte, bestand kein Anlass zur Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens (vgl. Art. 7b IVG in Verbindung mit Art. 21 Abs. 4 ATSG; Urk. 1 S. 6 , Urk. 7/73 S. 1) . Dem Beschwerdeführer bleibt es unbenommen, bei entsprechender Motivation und Leistungsbereitschaft zu gegebener Zeit e rneut ein Gesuch um berufliche Massnahmen zu stellen , worauf die Beschwerdegeg nerin verfügungsweise auch hingewiesen hat (vgl. hierzu Urk. 2 S. 2) . 4.5

Nach dem Gesagten erweist sich die Leistungsverweigerung in allen Teilen als rech tens. Von weiteren medizinischen Abklärungen (Urk. 1 S. 2) beziehungsweise dem Beizug der Personalakten des letzten Arbeitgebers und /oder (weiterer) Akten der früheren Berufsvorsorgeeinrichtung (Urk. 1 S. 4)

ist kein anderes Ergebnis zu erwarten, weshalb davon abgesehen werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) . Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen abweichend von Art. 61 lit. a ATSG vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streit wert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 800.-- dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kreso

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 Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub Fischer

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