

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00355 vom 20. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00355

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00355 du 20 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00355 del 20 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1954, ist seit Oktober 2004 in der Schweiz und arbeitete in den Jahren 2012 und 2013 als (Hilfs-)Maler und Hilfgärtner im Verein Z.____ (Urk. 12/2/1; Urk. 12/5; Urk. 12/8; Urk. 12/9/2). Er erzielte danach laut IK-Auszug (Urk. 12/5) kein geregeltes Einkommen mehr. Sein Hausarzt Dr. med. A.____, Arzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, schrieb ihn ab 1. August 2014 wegen Rückenschmerzen zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 12/9/2). Am 2. Oktober 2014 erfolgte in der B.____ eine Diskushernien-Operation (Urk. 12/1; Urk. 12/2/5). Unter Hinweis auf den Aus trittsbericht der B.____ vom 2. Oktober 2014 meldete sich X.____ am 19. Dezember 2014 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 12/1; Urk. 12/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte einen IK-Auszug (Urk. 12/5) und Hausarztberichte von Dr. A.____ ein (vom 5. Februar 2015 [Urk. 12/9], 12. Mai 2015 [Urk. 12/11], 14. August 2015 [Urk. 12/12]). Dr. A.____ legte seinen Berichten verschiedene Aus tritts- und Sprechstundenberichte der B.____ (vom 31. Oktober 2014 [Urk. 12/9/6 f.], 21. März 2015 [Urk. 12/11/5 f.], 31. März 2015 [Urk. 12/11/7 f.]) und einen älteren Bericht des C.____ vom 30. Juni 2014 bei (Urk. 12/9/8 f.). Weiter fragte die IV-Stelle den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) für diverse Stellungnahmen zu den Haus- arzt berichten an (vom 19. Februar 2015 [Urk. 12/20/2 f.], 18. Mai 2015 [Urk. 12/20/3 f.], 27. August 2015 [Urk. 12/20/5]). Gestützt auf die RAD-Stellung- nahmen stellte die IV-Stelle X.____ mit Vorbescheid vom 10. September 2015 die Vernei nung des Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht, da eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit bestehe (Urk. 12/14). Dagegen erhob X.____, nunmehr vertreten durch das Departement Soziales der Stadt Winterthur (Urk. 12/18), am 8. Oktober (Urk. 12/16) und 16. November 2015 (Urk. 12/21) Einwände mit der Begründung, es sei von einer 50%igen Arbeitsun fähigkeit und entsprechend einem solchen Invaliditätsgrad auszugehen (Urk. 12/21). Unter Stellungnahme zu den Einwänden und unter Bestätigung ihres Vorbescheides verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 11. Februar 2016 den Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 12/23 = Urk. 2). Sie stellte lediglich einen Invaliditätsgrad von 20 % fest (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 Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsge brechen, 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

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. 1.3

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 aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

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. 1.5

Im Verfahren vor den kantonalen Versicherungsgerichten gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG), d.h. umfassende und pflichtgemässe Würdigung der Beweise ohne Bindung an förmliche Beweisregeln. Alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, sind objektiv zu prüfen und danach ist zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Anspruchs gestatten. Bei einander widersprechenden medizinischen Berichten im Besonderen ist das gesamte Beweismaterial zu würdigen und es sind die Gründe anzugeben, weshalb auf die eine und nicht auf die andere (fach-)ärztliche Beurteilung abzustellen ist (Urteil des Bundesgerichts

9C_492/2012 vom 25. September 2012 E. 5.1.1 mit weiteren Hinweisen auf BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 1.6

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.7

Praxisgemäss kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.4).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV), ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

Zu beachten ist, dass an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind, wenn einzig oder im Wesentlichen gestützt auf eine versicherungsinterne Abklärung und Beurteilung entschieden wird (Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2012 vom 25. September 2012 E. 5.3 mit weiteren Hinweisen auf BGE 135 V 465). 2.

E. 2

Hiergegen liess X.____ am 16. März 2016 Beschwerde erheben (Urk. 1) mit den Rechtsbegehren, die Verfügung vom 11. Februar 2016 sei aufzuheben und ihm sei eine halbe Rente der Invalidenversicherung zu gewähren. Eventualiter sei die Arbeitsfähigkeit durch eine berufliche Abklärungsstelle abzuklären. Subeventualiter sei das Verfahren an die IV-Stelle zurückzuweisen mit dem Hinweis, es sei eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch eine berufliche Abklärungsstelle durchzuführen. Dies habe unter Kostenfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin zu erfolgen. Ausserdem ersuchte er um unentgeltliche Prozessführung. Zusätzlich reichte X.____ als weitere Unterlage ein E-Mail vom 29. Februar 2016 von Dr. A.____ ein (Urk. 3/3). Mit Beschwerdeantwort vom 24. Mai 2016 ersuchte die IV-Stelle um Abweisung der Beschwerde (Urk. 11). Mit Verfügung vom 27. Mai 2016 bewilligte das Sozialversicherungsgericht X.____ die unentgeltliche Prozessführung (Urk. 13). Zudem stellte es ihm eine Kopie der Beschwerdeantwort zu und schloss den Schriftenwechsel unter Vorbehalt weiterer Verfahrensschritte ab (Urk. 13 S. 2). Auf die

Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung : 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) stellte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf den Standpunkt, dem Versicherten sei aufgrund der medizinischen Beurteilung eine angepasste Tätigkeit zu 80 % zumutbar. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit habe sie sich auf die versicherungsmedizinische Einschätzung des RAD gestützt. Es liege ein Invaliditätsgrad von 20 % vor, weshalb kein Rentenanspruch bestehe.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer macht demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, aufgrund der fehlenden anderslautenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch einen Arzt sei auf die Beurteilung des Hausarztes Dr. A.____ abzustellen. Dieser habe mit E-Mail vom 29. Februar 2016 (Urk. 3/3) nochmals bestätigt, dass die Arbeitsfähigkeit 50 % betrage. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 66'621.55 und einem Invalideneinkommen von Fr. 33'310.80 ergebe sich somit ein Invaliditätsgrad von 50 %. Er habe deshalb Anspruch auf eine halbe Rente (Urk. 1 S. 3).

3.1

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stellt sich anhand der Aktenlage wie folgt dar: 3.2

Das C.____ diagnostizierte am 30. Juni 2014 (Urk. 12/9/8 f.) auf grund geklagter Rückenschmerzen eine linksparamediane Diskushernie L5/S1 mit Reizsyndrom L5 links. Es empfahl eine periradikuläre Infiltration im D.____. 3.3

Am 2. Oktober 2014 unterzog sich der Beschwerdeführer in der B.____ einer Dekompressions-Laminotomie L4/5 beidseits und einer Sequestrektomie von links sowie einer Dekompressions-Laminotomie L5/S1 links und einer Recessotomie (Urk. 12/1). Nach den Angaben des behandelnden Spezialarztes, PD Dr. med. E.____, Teamleiter Wirbelsäulenchirurgie, folgte daraus eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % bis Ende November 2014. Danach bestehe aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht keine Limitation in Bezug auf die Wiederaufnahme der Arbeit. Der Beschwerdeführer habe sich bei seinem Hausarzt, Dr. A.____, zur klinischen Verlaufskontrolle zu melden (Urk. 12/9/6). 3.4

Im Hausarztbericht vom 5. Februar 2015 (Urk. 12/9/1) führte Dr. A.____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Dekompressions-Laminotomie L4/5 beidseits und Sequestrektomie von links bei L5- und S1-Radikulopathie auf. Ausserdem legte Dr. A.____ seinem Hausarztbericht den vor erwähnten Sprechstundenbericht der B.____ vom 31. Oktober 2014 (Urk. 12/9/6 f.) und den vorerwähnten Bericht des C.____ vom 30. Juni 2014 (Urk. 12/9/8 f.) bei. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er eine depressive Episode (Urk. 12/9/1). Er informierte in seinem Hausarztbericht weiter über eine gegenwärtige Schmerztherapie. Sodann attestierte er dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. August 2014 an (Urk. 12/9/2) bis auf Weiteres und stellte ab dem 1. August 2015 die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit in einem angepassten Arbeitsbereich zu 20 % in Aussicht (Urk.12/9/3). Die bisherige Tätigkeit als Maler und Hilfgärtner sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Angaben dazu, welche behinderungsangepasste Tätigkeit mit welchem Belastungsprofil möglich wäre, machte er nicht. Zudem hielt er fest,

der Beschwerdeführer brauche eine Psychotherapie mit Motivation (Urk. 12/9/3). 3.5

In der ersten Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 19. Februar 2015 (Urk. 12/20/3) fasste dieser die bisherigen Arztberichte zusammen und hielt mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen fest, für eine angepasste Tätigkeit gebe es keine Angaben in den wenigen Arztberichten. Die Angaben des Hausarztes Dr. A.____ bezüglich bisheriger bzw. zuletzt ausgeübter Tätigkeit seien nachvollziehbar. Demgegenüber müsse die Aussage der B.____, dass ab Dezember 2014 aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht keine Limitationen in Bezug auf eine Wiederaufnahme der Arbeit bestünden, unter Berücksichtigung einer mehr als 24jährigen Praxiserfahrung als extrem optimistisch angesehen werden. Letztlich würde ein wirklich aktuelle, objektive Befunde enthaltender Bericht, um eine abschliessende versicherungsmedizinische Beurteilung vornehmen zu können, fehlen. Aus diesen Gründen sei von Dr. A.____ ein Verlaufsbericht mit weiteren Angaben, insbesondere hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, zu fordern. 3.6

Im zweiten Verlaufsbericht vom 12. Mai 2015 (Urk. 12/11) beurteilte Dr. A.____ den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als stationär. Als aktuelle Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine Lumbalgie und die L5- und S1-Radikulopathie links bestehend seit 2014 auf (Urk. 12/11/1). Weiter bestünden keine veränderten Befunde. Das Ressourcenprofil für berufliche Tätigkeiten bestehe in der bisherigen Tätigkeit in zwei Stunden pro Tag bzw. 20 bis 30 Stunden pro Tag (richtig: pro Woche). Eine angepasste Tätigkeit sei im Büro möglich. Die Verminderung der Leistungsfähigkeit belaufe sich auf 50 % (Urk. 12/11/1). Die Arbeitsfähigkeit könne durch die medizinische Massnahme einer Physiotherapie verbessert werden. Es bestehe eine Belastbarkeit für Massnahmen der Wiedereingliederung im Umfang von mindestens zwei Stunden pro Tag. In diesem Umfang seien leichte Arbeiten gut möglich (Urk. 12/11/3). Des Weiteren sei die Arbeitsmotivation des Versicherten gering. Weiter liege eine psychosoziale Belastung durch die Ehefrau vor (Urk. 12/11/4). Letztlich legte Dr. A.____ seinem Verlaufsbericht vom 12. Mai 2015 zwei Sprechstundenberichte der B.____ vom 24. März (Urk. 12/11/5 f.) und 2. April 2015 (Urk. 12/11/7 f.) bei. Daraus geht im Wesentlichen hervor, dass der Versicherte am 22. März 2015 eine akute Lumbalgie erlitten hatte, die medikamentös behandelt wurde. 3.7

Gestützt auf den zweiten Verlaufsbericht von Dr. A.____ vom 12. Mai 2015 und die Berichte der B.____ legte der RAD-Arzt Dr. F.____ in seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2015 dar (Urk. 12/20/4), dass unter Berücksichtigung aller bis jetzt vorliegender Arztberichte aus versicherungsmedizinischer Sicht zwar unverändert der bereits bekannte somatische Gesundheitszustand ausgewiesen

sei, dieser sei nun jedoch stabil. Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitseinschätzung seien die wenigen Angaben nachvollziehbar, so dass für die bisherige bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit (für die nach wie vor kein Anforderungsprofil vorliege) zunächst ab 1. August 2014 von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % und ab 12. Mai 2015 (Zeitpunkt des ersten Verlaufsberichts von Dr. A.____) von einer Arbeitsfähigkeit von ungefähr 25 % auszugehen sei (Urk. 12/20/4). Für eine angepasste Tätigkeit sei medizinischtheoretisch ebenso wie bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 12. Mai 2015 auszugehen. Seitdem sei aber medizinischtheoretisch unter Abstützung auf die Angabe von Dr. A.____ eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, resultierend aus einer vollzeitigen Präsenz und einer Leistungsminderung von ungefähr 20 % wegen der

Notwendigkeit häufigerer Pausen und generell langsamerem Arbeitstempo anzunehmen.
3.8

Nach Ablauf der einjährigen Wartezeit gemäss Art. 28 IVG, der auf den 1. August 2015 datiert war, ersuchte die IV-Stelle Dr. A. ___ erneut um einen Verlaufsbericht. Am 14. August 2015 hielt er in seinem dritten Verlaufsbericht fest, es würden deutliche lumbovertbrale Schmerzen bei Status nach Diskushernie L5/L5 (richtig wohl: L4/5) mit L5/S1-Radikulopathie vorliegen. Als veränderte Befunde listete er eine depressive Episode sowie eine unentzifferbare Wortfolge auf (Urk. 12/12/1). Die Arbeitsfähigkeit könne nun nicht mehr mit medizinischen Massnahmen verbessert werden. Es bestehe jedoch eine Belastbarkeit für Massnahmen der Wiedereingliederung im Umfang von mindestens zwei Stunden pro Tag, und zwar im Umfang der Schmerztherapie (Urk. 12/12/3). Ausserdem zeige der Beschwerdeführer keine Arbeitsmotivation. Ansonsten gebe es keine Faktoren, welche die Krankheit aufrechterhalten würden (Urk. 12/12/4). 3.9

In seiner dritten Stellungnahme vom 27. August 2015 hielt der RAD im Wesentlichen fest, dass der nochmals von Dr. A. ___ angeforderte Arztbericht keine neuen bzw. anderen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit enthalte. Aus dem Arztbericht ergebe sich jedoch der Hinweis, dass der Beschwerdeführer keine Arbeitsmotivation zeige (Urk. 12/20/5). Letztlich sei demnach bezüglich der zweiten RAD-Stellungnahme vom 18. Mai 2015 auf keine Änderungen zu schliessen. 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich auf die Beurteilung durch den RAD-Arzt Dr. F. ___, in welcher sich dieser insbesondere auf den Verlaufsbericht des Hausarztes vom 12. Mai 2015 berief und eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 80 % festlegte (Urk. 12/20/4). Der Beschwerdeführer entgegnet dem, es müsse aufgrund fehlender anderslautender Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit durch einen Arzt auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 50 % durch Dr. A. ___ abgestellt werden (Urk. 1). 4.2

Der Beschwerdeführer übersieht in seiner Begründung der Beschwerde zwar, dass sich die Beschwerdegegnerin nicht auf eine eigene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, sondern auf eine Beurteilung durch den RAD abstützt. Soweit er daher geltend macht, es finde sich in den Akten kein Anhaltspunkt für eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den RAD (Urk. 1 S. 4), ist dies unzutreffend. Weiter ist das Vorbringen des Beschwerdeführers unrichtig, dass eine Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit selbst abgegeben habe, ohne über die nötige Qualifikation zu verfügen (Urk. 1 S. 4), legt doch die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung dar, dass sie sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die versicherungsmedizinische Einschätzung des RAD stütze (Urk. 2 S. 2). Dennoch bleibt die Auffassung des Beschwerdeführers zu prüfen, wonach eine Begründung (des RAD bzw. der Beschwerdegegnerin) für eine von der hausärztlichen Einschätzung divergierende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht vorliege (Urk. 1 S. 4). Folglich sind die vorhandenen Arztberichte im Lichte der Rechtsprechung zu würdigen und auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hin zu untersuchen. 4.3

Gemäss Rechtsprechung (vgl. vorne E. 1. 7) kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der

Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu. Der Beweiswert von RAD-Berichten ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen

und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt. Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen. Zu beachten ist, dass an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind, wenn einzig oder im Wesentlichen gestützt auf eine versicherungsinterne Abklärung und Beurteilung entschieden wird. 4.4

Die B.____ äusserte sich einzig in ihrem Sprechstundenbericht vom 3. November 2014 (Urk. 12/9/6) zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Darin attestierte sie diesem eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis Ende November 2014. Danach sind keinem der Sprechstundenberichte der B.____ (vom 24. März 2015 [12/11/5] und vom 2. April 2015, [Urk. 12/9/6]) Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu entnehmen. Dasselbe gilt für den Bericht des C.____ vom 30. Juni 2014, der sowieso älter ist und noch vor der Operation vom 2. Oktober 2014 und vor der IV-Anmeldung am 19. Dezember 2014 datiert. Aus diesen Berichten lässt sich demnach nicht auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit schliessen.

Der Hausarzt Dr. A.____ äusserte sich nicht in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise zur Arbeitsfähigkeit. So ergibt sich aus seinem Verlaufsbericht vom 12. Mai 2015 einerseits zwar ein Ressourcenprofil für berufliche Tätigkeiten im bisherigen Arbeitsbereich von nur 2 Stunden pro Tag und die Möglichkeit einer angepassten Tätigkeit „im Büro“. Laut Dr. A.____ ist dabei aber von einer Verminderung der Leistungsfähigkeit von 50 % auszugehen (Urk. 12/11/1). Andererseits sind nach Dr. A.____ für die Massnahmen der Wiedereingliederung im Umfang von mindestens 2 Stunden pro Tag leichte Arbeiten gut möglich (Urk. 12/11/3). Diese handschriftlichen Angaben ergeben kein schlüssiges Ganzes. Auch das E-Mail von Dr. A.____ vom 29. Februar 2016 (Urk. 3/3), das der Beschwerdeführer mit seiner Beschwerde zur Klarstellung der Angaben von Dr. A.____ in dessen Verlaufsbericht vom 12. Mai 2015 eingereicht hat, hilft nicht weiter. Danach weist der Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % auf bei einer täglichen Arbeitszeitleistung von maximal 2-4 Stunden. Ausgegangen von einem normalen Arbeitstag von grundsätzlich 8.24 Stunden sind 2 Stunden nicht 50 %, sondern knapp 25 %. Weiter könnten die Angaben von Dr. A.____ dahingehend verstanden werden, dass bei der täglichen Arbeitszeitleistung von maximal 2-4 Stunden eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % besteht. Dies widerspricht jedoch dem Schluss, der sich aus der Angabe im Verlaufsbericht vom 12. Mai 2015 ergibt, wonach für Massnahmen der Wiedereingliederung im Umfang von mindestens 2 Stunden pro Tag leichte Arbeiten gut möglich seien. Letztlich spielen laut Dr. A.____ auch invaliditätsfremde psychosoziale Belastungsfaktoren eine Rolle, dass die Krankheit aufrechterhalten bleibe (vgl. Urk. 12/11/4). Insgesamt ist der primär massgebende Verlaufsbericht vom 12. Mai 2015 mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit damit nicht nachvollziehbar dargelegt. Er erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an einen im juristischen Sinne beweiswerten Hausarztbericht nicht.

Auch die RAD-Stellungnahmen überzeugen nicht, und zwar nicht nur, weil sie den als nunmehr durch das Gericht als nicht nachvollziehbar bezeichneten Verlaufsbericht vom 1

2. Mai 2015 selbst für verständlich erklären. Vielmehr ist entscheidend, dass der RAD in keiner Weise seine medizinischtheoretische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit begründet, obwohl dazu offensichtlich Veranlassung besteht. Es ist nicht ersichtlich, wie der RAD gestützt auf die Angaben von Dr. A. ___ auf eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 80 % kommt, obwohl Dr. A. ___ in seinen Ausführungen eine Leistungsverminderung von 50 % auflistet. Ausserdem stützt sich die RAD-Stellungnahme angeblich auf die Angaben von Dr. A. ___ , enthält aber dennoch Aussagen wie etwa, dass sich die Arbeitsfähigkeit „aus einer vollzeitigen Präsenz und einer Leistungsminderung von ungefähr 20 % wegen der Notwendigkeit häufiger Pausen und generell langsamem Arbeitstempo“ ergeben würde, ohne dass diese Angaben so aus irgendeinem aktenkundigen Arztbericht hervorgehen würden. Daher sind mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit auch die RAD-Stellungnahmen nicht nachvollziehbar.

Wenn sich der RAD für seine vom Hausarzt sich unterscheidende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gedanklich auf beispielsweise invaliditätsfremde psychosoziale Belastungsfaktoren berufen oder sich auf einen von der Medizin unterscheidenden juristischen Krankheitsbegriff (bio-psychischer und nicht bio-psychisch-sozialer Krankheitsbegriff wie in der Medizin) beziehen wollte, dann hätte er dies in seiner Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit anführen müssen. Dadurch wird es wahrscheinlicher, dass das Gericht die versicherungsmedizinische Beurteilung nachvollziehen und danach eine empfohlene zumutbare Arbeitsfähigkeit als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt gelten lassen kann. Sodann können zwar RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen der Rechtsprechung an beweiswerte Berichte grundsätzlich genügen. Wird aber wie hier einzig oder im Wesentlichen gestützt auf eine versicherungsinterne Beurteilung entschieden, sind rechtsprechungsgemäss strenge Anforderungen zu stellen. Diesfalls sind bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Es bestehen aufgrund der obigen Ausführungen (E. 4.5) nicht nur geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Feststellungen des versicherungsinternen Arztes. Vielmehr liegen erhebliche Zweifel vor. Demzufolge sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen.

Insgesamt betrachtet ist demnach dem Beschwerdeführer beizupflichten, dass es an einer Begründung für die divergierende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit fehlt. Allein der Hinweis der Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stütze sie sich weiterhin auf die versicherungsmedizinische Einschätzung des RAD, genügt nicht zur Begründung und Nachvollziehbarkeit der Arbeitsfähigkeitseinschätzung von 80 % . Weiter überzeugt auch die Ausführung der Beschwerdegegnerin nicht, dass weitere medizinische Unterlagen, die eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit notwendig machen würden, nicht eingereicht worden seien, ist es doch Sache der Beschwerdegegnerin, den medizinischen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, bis sie über eine hinreichende Entscheidungsgrundlage verfügt. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers kann auf grund des Gesagten mithin nicht als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt betrachtet werden. 5.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung der gesundheitlichen Situation und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als unzulänglich

erweist. Die Verfügung vom 11. Februar 2016 ist daher aufzuheben und die Sache ist zur Vornahme weiterer Abklärungen und zum anschliessenden neuen Entscheid über die Ansprüche des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gut zuheissen. 6.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 11. Februar 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über die Ansprüche des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Departement Soziales der Stadt Winterthur - 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 Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GrünigStuedler

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).

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