

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00686 vom 14. Juli 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00686](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00686)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00686 du 14 juillet 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00686 del 14 luglio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1970 geborene X.\_\_\_\_ meldete sich am 7. Oktober 2011 unter Hinweis auf eine Versteifung im rechten Handgelenk zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/8). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab. Am 15. März 2012 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sein Gesundheitszustand aufgrund des überhöhten Alkoholkonsums nicht abschliessend beurteilt werden könne, die Symptomatik durch eine Entzugs-/Entwöhnungsbehandlung vermindert oder ganz wegfallen könne und das Abklärungsverfahren während dieser Zeit sistiert werde. Sie forderte ihn auf, innert zwei Monaten ab Erhalt des Schreibens mitzuteilen, wann und wo er die erwähnte Massnahme durchführen werde (Urk. 7/22). Nachdem der Versicherte den Nachweis betreffend Entzugs-/Entwöhnungsbehandlung nicht eingereicht hatte, verlängerte die IV-Stelle die besagte Frist bis zum 8. respektive 30. Juni 2012 (Urk. 7/23-24). Am 31. Mai 2012 informierte der Versicherte die IV-Stelle über die medikamentöse Entzugsbehandlung durch seinen Hausarzt Dr. med. Z.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH (Urk. 7/25). Mit Schreiben vom 8. Juli 2013 (Urk. 7/39) teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass die Arbeitsvermittlung abgeschlossen sei, da er zwischenzeitlich eine angemessene Tätigkeit gefunden habe. In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung (Allgemeine Innere Medizin, Handchirurgie, Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie) durch die A.\_\_\_\_ (Expertise vom 23. Juni 2014; Urk. 7/68/2-23). Am 11. März 2015 informierte die IV-Stelle den Versicherten über den Abschluss der Eingliederungsberatung, da eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt gemäss den Angaben des Versicherten gesundheitlich nicht möglich sei (Urk. 7/78). Mit Vorbescheid vom 1. September 2015 (Urk. 7/86) stellte die IV-Stelle unter Hinweis auf einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 23 % die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen der Versicherte Einwand (Urk. 7/88) erhob und den Bericht seines Hausarztes vom 2. Dezember 2015 (Urk. 7/96) einreichte. Mit Verfügung vom 13. Mai 2016 (Urk. 2) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab.

### **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

kommen den 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**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen 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 aussergewöhnliche 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; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 15. Juni 2016 Beschwerde (Urk. 1) unter Beilage des Schreibens des B.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2016 (Urk. 3/5) sowie des Schreibens respektive der Aktennotizen der Sozialen Dienste der Stadt Zürich vom 6. und 14. Juni 2016 (Urk. 3/6-8) und beantragte, die Verfügung vom 13. Mai 2016 sei aufzuheben, der medizinische Sachverhalt sei durch die Beschwerdegegnerin genügend abzuklären und dem Beschwerdeführer seien Leistungen der Invalidenversicherung zuzusprechen. In formeller Hinsicht stellte der Beschwerdeführer das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 27. Juli 2016 (Urk. 6) ersuchte die Beschwerdegegnerin um Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 29. Juli 2015 mitgeteilt wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre leistungsabweisende Verfügung (Urk. 2) damit, dass der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (vorwiegend einhändige, nur wenig Kraft voraussetzende wechselnde lastende Arbeiten mit zusätzlichen Pausen für den rechten Arm) zu 80 % arbeitsfähig sei. Entsprechend ergebe sich im Rahmen des Einkommensvergleichs ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 23 %. Im Weiteren werde die vom Beschwerdeführer geltend gemachte mittelschwere bis schwere „chronic obstructive pulmonary disease“ (COPD) durch die eingereichten Unterlagen nicht ausreichend bestätigt, zumal im Gutachten der A.\_\_\_\_ keine aus geprägten Lungenbeschwerden angegeben worden seien. Ferner führe der Haus arzt in seinem Bericht vom 2. Dezember 2015 zahlreiche psychosoziale Gründe (unter anderem schlechte Schulbildung, mangelnde Sprachkenntnisse) auf, welche bei der Invalidenversicherung nicht herangezogen werden dürften. Im Übrigen sei der Beschwerdeführer bezüglich Arbeitsvermittlung bereits zweimal beraten worden, wobei die Vermittlung auf dessen Wunsch abgeschlossen worden sei, weshalb aktuell keine weiteren Massnahmen angezeigt seien (S. 2-3).

## E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, aufgrund seiner schlechten pneumologischen Verfassung, welche seit mindestens November 2014 bestehe, und der gänzlichen Unbeweglichkeit der rechten Hand sei ihm mindestens eine Viertelsrente zu gewähren. Da er zudem aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen einen Invaliditätsgrad von mindestens 23 % erreiche, seien Eingliederungsmassnahmen durchzuführen. Im Übrigen wäre die Beschwerdegegnerin aufgrund der Angaben des Hausarztes verpflichtet gewesen, den Beschwerdeführer zur pneumologischen Begutachtung zu überweisen (S. 6 Ziff. 4 und Ziff. 6). 3.

### 3.1

In der von der Beschwerdegegnerin veranlassten Expertise vom 23. Juni 2014 (Urk. 7/68/2-23) nannten die Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Chirurgie spez. Handchirurgie, Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Neurologie, Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin und FMH Rheumatologie, und Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, folgende Diagnosen (S. 12): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Panarthrodese des rechten Handgelenks mit Wrist-Fusion-Plate unter Zuhilfenahme von Beckenkammspan rechts vom 13.8.2010 (ICD-10 M12.53) nach posttraumatisch unbehandelter Scaphoidfraktur im Rahmen eines Kontusionstraumas 2008 - Verdacht auf diskretes Entrapment-Syndrom eines Astes des Nervus radialis superficialis im Narbenbereich Handgelenk rechts (ICD-10 M54.2) - Verdacht auf beginnende asymptomatische Arthrose im CMC-Gelenk rechts (ICD-10 M19.3) - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Entzündungsreaktion unklarer Aetiologie (CRP 90mg/l), kein Focus eruierbar - unauffälliges rotes und weisses Blutbild, Elektrolyt-, Leber- und Nierenwerte, CDT im Normbereich - Pleuraschwarte dorsal rechts, wahrscheinlich im Rahmen von Rippenserienfrakturen - Störung durch Alkohol, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.20) - CDT Wert 0,5 % (< 2,6) - Status nach mehreren Grand-Mal-Anfällen (wahrscheinlich Alkoholverzug) und Status nach Schädelhirntrauma nach Sturz im Rahmen mehrerer Grand-Mal-Anfälle am 11.1.2008 mit: - Schädelkalottenfraktur occipital links - Felsenbeinlängsfraktur links - Subduralhämatom

temporo-occipital, in den hinteren Hemisphärenspalt ziehend

Im Gutachten wurde festgehalten, dass aus internistischer Sicht die eingeschränkte Belastbarkeit im rechten Handgelenk im Vordergrund stehe. Bei Status nach mehreren Kontusionsverletzungen hätten sich neben Schädelfrakturen und Hirnblutungen auch Rippenfrakturen manifestiert, welche indessen keinen Einfluss auf die Belastbarkeit hätten und asymptomatisch seien. Residuell habe sich eine Pleuraschwarte gebildet und laborchemisch sei ein erhöhter Entzündungswert objektiviert worden, wobei ein klinisches Korrelat fehle (S. 13).

Aus psychiatrischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Eine somatoforme Schmerzstörung könne ausgeschlossen werden, da die entsprechenden Kriterien nicht erfüllt seien. Über dies bestehe eine Alkoholabstinenz seit über 12 Monaten (S. 13).

In neurologischer Hinsicht ergäben sich aufgrund der anamnestischen Angaben und unter Berücksichtigung des aktuellen klinischen Untersuchungsbefunds betreffend die eingeschränkte Belastbarkeit des rechten Handgelenks keine Hinweise auf eine neurogene Beteiligung. Es fehlten insbesondere sensible Defizite und Anhaltspunkte für einen neurogenen Schmerz (S. 13).

Unter handchirurgischen Gesichtspunkten sei nach einer unfallbedingten, nicht behandelten Scaphoidfraktur im Jahre 2008 im Rahmen einer schweren posttraumatischen radio- und midcarpalen Arthrodese des rechten Handgelenks im Jahre 2010 eine regelrecht indizierte Operation korrekt durchgeführt worden. Die Behandlung sei nach einem Jahr unter einer deutlichen Verbesserung der Schmerzsituation und bei klinisch und radiologisch zeitgerecht durchgebaute Arthrodese abgeschlossen worden. Das Abschlussröntgen zeige eine ossär durchgebaute Arthrodese mit korrekter Implantatlage ohne Zeichen für Lockerung oder Infekt im Bereich des Implantats. Es sei ein Endzustand eingetreten, wobei die beidhändige und betont rechtsseitige rohe Kraft der oberen Extremitäten reduziert sei. Die zusätzliche Arthrose im distalen Handgelenk rechts (CMC) sei asymptomatisch und im Gesamtkontext nicht relevant. Das vermutete Entrapment des Nervus radialis im Narbenbereich sei als mild und ungeordnet zu betrachten (S. 13 f.).

Im Weiteren wurde festgehalten, dass die handchirurgische Beurteilung für die Arbeitsfähigkeit relevant sei. Bei Erreichen des Endzustands könne für den Zeitpunkt nach der Arthrodeseoperation vom 13. August 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Bauhandlanger bis zum Abschluss der Behandlung am 17. August 2011 attestiert werden. Anschliessend sei von den operierenden Handchirurgen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden, jedoch ohne genaue Beschreibung des Arbeitsprofils. Aus aktuell gutachterlicher Sicht bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Bei Verletzung nach Rauferei im Mai 2010 und anschliessender Arbeitsunfähigkeit könne keine genaue Stellungnahme abgegeben werden. Es sei jedoch davon auszugehen, dass durch dieses Ereignis die Handgelenksbeschwerden rechts im Sinne einer Re-Traumatisierung deutlich zugenommen und in der operativen Versorgung resultiert hätten. Aus psychiatrischer, neurologischer und internistischer Sicht bestehe beim Beschwerdeführer in allen seinen körperlichen Einschränkungen angepassten und seinen Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, wobei einfache lebenspraktische Tätigkeiten ohne allzu grosse Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit geeignet seien (S. 15).

Als Verweistätigkeiten kämen vorwiegend einhändige, nur wenig rohe Kraft voraussetzende Tätigkeiten im Stehen und Sitzen in Frage, wobei die rechte dominante Hand als Hilfs- hand, schwergewichtig als Haltehand weiterhin gut einsetzbar sei. Die Tätigkeiten sollten weder im Freien noch unter starken Temperaturschwankungen oder in feuchter Umgebung erfolgen. Sie sollten zudem wechselbelastend mit Pausen für den rechten Arm durchführbar sein. Die Leistungsfähigkeit sei auf 80 % reduziert, bedingt durch die limitierte Handgelenks beweglichkeit und die damit verbundenen Ausweichbewegungen. Das Besteigen von Leitern und Gerüsten sollte vermieden werden (S. 15 f.).

Medizinische Massnahmen seien nicht notwendig, da es sich im Handgelenksbereich um einen Residualzustand handle (S. 16). 3.2

In seinem Verlaufsbericht vom 12. Mai 2015 (Urk. 7/83/1) nannte der Hausarzt Dr. Z. \_\_\_ folgende Diagnosen: - Status nach Handgelenksarthrodese am 13. August 2013 (richtig 2010, vgl. Urk. 7/47/3-4 S. 1) bei fortgeschrittener radiocarpaler und midcarpaler Arthrose rechts - eingeschränkte Beweglichkeit im Handgelenk - komplett sistierter Alkoholkonsum seit 5/2012

Der Hausarzt verwies betreffend angepasste Tätigkeiten auf Arbeiten, welche „weniger belastend für das Handgelenk“ seien und postulierte eine um 50 % verminderte Leistungsfähigkeit, wobei ein Arbeitseinsatz von 4 Stunden pro Tag möglich sei. Er führte weiter aus, dass der Beschwerdeführer das Medikament Spiriva 18 Mikrogramm nehme und sich die Prognose betreffend COPD verschlechtere bzw. jene betreffend Handgelenk gleichbleibend sei. 3.3

Am 2. Dezember 2015 äusserte sich der Hausarzt erneut zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und nahm insbesondere zum Gutachten der A. \_\_\_ Stellung (Urk. 7/96). Er führte aus, dass gegen die gutachterliche neurologische Beurteilung (100%ige Arbeitsfähigkeit) nichts einzuwenden sei, da der Beschwerdeführer relativ wenig Schmerzen im Handgelenk habe. Aus handchirurgischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit indessen zu mehr als nur 20 % eingeschränkt, weil der Beschwerdeführer Rechtshänder und die Beweglichkeit des Handgelenks nach der Operation stark eingeschränkt sei. Der Beschwerdeführer müsse aufgrund seiner mangelnden Schulbildung und Deutschkenntnisse einfache manuelle Arbeiten verrichten, bei welchen die Belastung des rechten Handgelenks über 80 % der Arbeitszeit sehr stark wäre. Dr. Z. \_\_\_ hielt weiterhin fest, dass die gutachterliche psychiatrische Einschätzung der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit die Umstände, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner mangelnden Schulbildung und Sprachkenntnisse eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nur sehr erschwert finden könne und er wahrscheinlich aufgrund der Einschränkungen am Handgelenk nur schwer mit anderen Bewerbern konkurrieren könne, nicht berücksichtigt habe (S. 1).

Im Weiteren lasse das Gutachten ausser Acht, dass der Beschwerdeführer an einer mittelgradigen bis schweren COPD leide, weshalb bei ihm bei grösseren Anstrengungen Atemnot auftrete. Der Beschwerdeführer versuche, dies zu verheimlichen, weil er bis anhin nicht auf das Zigarettenrauchen verzichten könne. Er habe denn auch seit dem 3. November 2014 eine entsprechende Inhalationsmedikation (Spiriva 18 Mikrogramm, S. 2).

Der Hausarzt wies schliesslich darauf hin, dass er für den Beschwerdeführer eine Tätigkeit in einer Reinigungsfirma gefunden habe, wo er seit 27. Mai 2015 zu 50 % arbeite. Der

direkte Chef des Beschwerdeführers habe festgestellt, dass die Leistungsfähigkeit des Letzteren eingeschränkt sei, wobei ein einmaliger Versuch, mehr zu arbeiten, gescheitert sei. Die bisher gemachten Erfahrungen auf der jetzigen Arbeitsstelle sprächen für eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (S. 2). 3.4

Was die vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren eingereichte Aktennotiz betreffend das Gespräch der Sozialen Dienste der Stadt Zürich mit Dr. H.\_\_\_\_, Oberarzt m.e.V. an der Abteilung für Pneumologie am B.\_\_\_\_, vom 14. Juni 2016 (Urk. 3/7) angeht, gilt Folgendes: Rechtsprechungsgemäss stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles auf den bis zum Erlass der streitigen Verfügung (hier: 13. Mai 2016) ein getretenen Sachverhalt ab. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, haben somit prinzipiell ausser Acht zu bleiben. Diese Regel gilt indessen nicht in Bezug auf Umstände, die mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und die geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_279/2015 vom 27. August 2015 E. 3.2.1).

Gemäss der genannten Aktennotiz teilte Dr. H.\_\_\_\_ mit, dass der Beschwerdeführer in einer sehr schlechten Verfassung sei und umgehend hospitalisiert werden müsse. Aufgrund der Aktenlage bestehe die schlechte Verfassung schon seit November 2014. Im Weiteren liege mit grosser Wahrscheinlichkeit eine schwere COPD vor, wobei eine genaue Diagnose zurzeit noch nicht möglich sei, da zunächst allfällige akute Symptome bekämpft werden müssten. Auch wenn das Telefongespräch mit Dr. H.\_\_\_\_ erst nach dem 13. Mai 2016 stattfand respektive der Beschwerdeführer erst nach diesem Zeitpunkt hospitalisiert wurde, so bestehen Hinweise dafür, dass die schlechte Verfassung schon vor dem Erlass der in Frage stehenden Verfügung bestand, weshalb die Aktennotiz für die Beurteilung des strittigen Rentenanspruchs relevant ist. 4. 4.1

Der Hinweis auf eine COPD respektive auf eine sich verschlechternde Prognose bezüglich COPD findet sich erstmals im Verlaufsbericht des Hausarztes vom 12. Mai 2015 (vgl. E. 3.2). Der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), dipl. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Nachgang zu diesem Bericht fest, dass die nach der Begutachtung eingegangenen Unterlagen nichts an seiner Stellungnahme vom 4. Juli 2014 (80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gemäss Gutachten der A.\_\_\_\_) änderten (Urk. 7/85 S. 7 und S. 5 f.). Zusammen mit dem Einwand gegen den Vorbescheid vom 1. September 2015 (Urk. 7/86) reichte der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin sodann den Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2015 inklusive Lungenfunktionsuntersuchung (vgl. E. 3.3) ein, in welchem eine mittelgradige bis schwere COPD beschrieben wird. In diesem Zusammenhang hielt der RAD-Arzt dipl. med. I.\_\_\_\_ fest, dass bei der allgemein-internistischen Untersuchung bei der Medas (richtig A.\_\_\_\_) keine ausgeprägten Lungenbeschwerden angegeben worden seien und die eingereichten Befunde das Vorliegen einer mittelschweren bis schweren COPD nicht ausreichend bestätigten (Urk. 7/99 S. 2).

Hierzu ist Folgendes zu bemerken: Im Gutachten der A.\_\_\_\_ wurde das Vorliegen einer Ruhe-/Belastungsdyspnoe, von chronischem Husten und von Thoraxschmerzen verneint. Gleiches gilt für Hinweise für eine Einschränkung der kardiopulmonalen Leistungen (Urk. 7/68/2-23 S. 25). Das Gutachten datiert indessen vom 23. Juni 2014, wobei die entsprechenden Untersuchungen zwischen dem 27. März und 7. April 2014 durchgeführt wurden (Urk. 7/62/1-2 S. 1). Die erwähnten Berichte von Dr. Z.\_\_\_\_ sind somit über 1 Jahr respektive 1½ Jahre nach den gutachterlichen Untersuchungen verfasst worden. Der

Hinweis des nicht auf die Behandlung von Atemwegs- und Lungenerkrankungen spezialisierten RAD-Arztes, wonach im Gutachten keine ausgeprägten Lungenbeschwerden erwähnt worden seien, überzeugt nicht, zumal eine Entwicklung der entsprechenden Symptome der COPD im erwähnten Zeitrahmen nicht per se ausgeschlossen werden kann.

Im Weiteren ging auch der in Allgemeiner Innerer Medizin und Pneumologie spezialisierte Facharzt Dr. H. \_\_\_ (vgl. <https://www.medregom.admin.ch/>) einen Monat nach Erlass der in Frage stehenden Verfügung von einer mit grosser Wahrscheinlichkeit vorliegenden schweren COPD aus und wies darauf hin, dass der schlechte Zustand des Beschwerdeführers bereits seit November 2014 bestanden habe (vgl. E. 3.4). 4.2

Nach dem Gesagten durfte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungsabweisung nicht auf das – im damaligen Zeitpunkt fast zwei Jahre alte - Gutachten der A. \_\_\_ stützen. In den Akten finden sich sodann keine fachärztlichen Stellungnahmen, welche ein abschliessendes rechtsgenügendes Bild betreffend die Lungenbeschwerden des Beschwerdeführers ergeben bzw. zulassen, zumal Dr. H. \_\_\_ lediglich auf die „grosse Wahrscheinlichkeit“ einer schweren COPD hinwies und zudem festhielt, dass eine genaue Diagnose aktuell noch nicht möglich sei (vgl. E. 3.4). Die angefochtene Verfügung vom 13. Mai 2016 (Urk. 2) ist deshalb aufzuheben und die Sache zur Ergänzung des Sachverhalts in Bezug auf die Lungenbeschwerden des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Damit erweist sich das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1 S. 2) als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 13. Mai 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 den Anspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - 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  
Schleiffer  
Marais

#### **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.