

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01074 vom 30. November 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01074

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01074 du 30 novembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01074 del 30 novembre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967, absolvierte eine Lehre als Radio-TV-Elektroniker (Urk. 7/6/4) und war seit dem 1. April 2006 in einem 100%-Pen sum als Mitarbeiter Elektronik bei der Y.____ AG für Druckmesstechnik angestellt (Urk. 7/13). Am 9. April 2015 wurde der Versicherte unter Hinweis auf eine Halswirbelsäulen-(HWS-)Operation (zudem 10 Diskushernien + Morbus Bechterew) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zur Früherfassung gemeldet (Urk. 7/3). Die IV-Stelle stellte dem Versicherten das Formular zum Bezug von IV-Leistungen zu, das dieser am 6. Mai 2015 (Eingangdatum) ausgefüllt retournierte

(Urk. 7/6). In der Folge holte die IV-Stelle den Bericht der Rheumapoliklinik des Kantonsspitals Z.____ vom 23. Juni 2015 (Eingangdatum, Urk. 7/12) und den Bericht der Abteilung für Wirbelsäulenchirurgie der Universitätsklinik F.____ vom 25. Juni 2015 (Urk. 7/14) ein. Am 29. Juli 2015 teilte sie dem Versicherten mit, dass als Frühinterventionsmassnahme die Kosten für eine Sitz-Stehhilfe und für einen Bürostuhl von A.____ Zürich übernommen würden (Urk. 7/18). Daraufhin zog die IV-Stelle die Akten der Krankentaggeldversicherung AXA Versicherungs AG (Urk. 7/22) und den Bericht des Instituts für Anästhesiologie des Universitätsspitals B.____ vom 13. August 2015 (Urk. 7/28) bei. Am 27. August 2015 teilte sie dem Versicherten mit, dass sie als weitere Frühinterventionsmassnahme die Kosten einer Heilstollen Vollkur in C.____ übernehmen (Urk. 7/31). Am 29. Dezember 2015 wurde der Versicherte von med. pract. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) untersucht (Bericht vom 18. Februar 2016, Urk. 7/42). Per 1. Januar 2016 wurde das Pen sum des Versicherten bei der

Y.____ AG für Druckmesstechnik auf 50 % reduziert (Anstellungsvertrag vom 25. August 2015, Urk. 7/35/1). Mit Schreiben vom 8. April 2016 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sein Gesundheitszustand

mit einem Opiatentzug wesentlich verbessert werden könne. Im Sinne seiner Mitwirkungspflicht (bzw. Schadenminderungspflicht) habe er sich einer entsprechenden Behandlung bzw. Massnahme zu unterziehen (Urk. 7/51). Gleichentags teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass aufgrund seines Gesundheitszustands derzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 7/52). Schliesslich verneinte sie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 8. April 2016, Urk. 7/53, und Einwand vom 4. Mai 2016, Urk. 7/56; vgl. auch Einwandergänzung vom 25. Juli 2016, Urk. 7/59) mit Verfügung vom 25. August 2016 (Urk. 2) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 27 % einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente.

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

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 (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. 1.3

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

). 4.3

RAD-Ärztin D.____ erklärte im Wesentlichen, dass als medizinischer Hauptbefund eine verminderte Belastbarkeit der HWS nach Operation festgestellt werden könne. Die vom Beschwerdeführer geklagten Missempfindungen der Hände könnten keinem objektiven Korrelat zugeordnet werden. Anhand der vorliegenden medizinischen Berichterstattung und der körperlichen Untersuchung vom 29. Dezember 2015 sei ein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. In seiner bisherigen Tätigkeit als Elektroniker bestehe seit März 2015 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. In angepasster Tätigkeit mit körperlich leichter wechselbelastender Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne dauerhafte Zwangshaltungen, ohne Arbeiten mit dauerhaft erhobenen Armen und über

der eigenen Schulterhöhe, ohne häufige wirbelsäulenbelastende Arbeiten sei seit März 2015 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben. Ein Opiatentzug sei dringend indiziert (Urk. 7/42/9). 4.4

Diese Einschätzung von RAD-Ärztin D. ___ ist angesichts der genannten Befunde sowie der dazugehörigen Erläuterungen für den Untersuchungszeitpunkt (29. Dezember 2015) einleuchtend und plausibel. Gleiches gilt für den Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns (1. November 2015 (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG [Anmeldung am 6. Mai 2015, vgl. Sachverhalt Ziffer 1, bei seit dem 6. November 2014 bestehender Arbeitsunfähigkeit [Urk. 7/22/1]), zumal nicht ersichtlich ist und vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht wurde, sein Gesundheitszustand habe sich zwischen anfangs November 2015 und Ende Dezember 2015 verbessert.

Auf die Einwände von Dr. E. ___, der im Schreiben vom 29. April 2016 zunächst ausdrücklich bestätigte, dass RAD-Ärztin D. ___ aus

orthopädischer Sicht den klinischen Status durchgeführt und vollumfänglich erhoben habe (Urk. 7/55/1), ist RAD-Ärztin D. ___ in der Stellungnahme vom 1. Juli 2016 ausführlich eingegangen. Sie legte dabei insbesondere in nachvollziehbarer Weise dar, dass sie im Rahmen ihrer klinischen Untersuchung sämtliche funktionellen Auswirkungen der Leiden des Bewegungsapparates – und diesbezüglich auch den rheumatologischen Sachverhalt – berücksichtigt habe. Überzeugend ist auch ihre Aussage, wonach für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit Blick auf die festgestellte milde Spondylarthritis nicht der Nachweis der HLA-B27 entscheidend sei, sondern wie sich diese Spondylarthritis – gestützt auf den von ihr erhobenen Untersuchungsbefund der Wirbelsäule – konkret auswirke (Urk. 7/60/3). Die Notwendigkeit eines Entzugs bzw. einer erheblichen Reduktion der Opiode wurde von den Ärzten des Instituts für Anästhesiologie des B. ___ sodann insofern bestätigt, als diese im Bericht vom 26. April 2016 angaben, dass die Opiode im Vergleich zur letzten Konsultation auf ein Drittel hätten reduziert werden können. Zudem erachteten auch die Ärzte des Instituts für Anästhesiologie des B. ___ die Einnahme von schnellwirksamen Opioiden offenbar als problematisch (vgl. Urk. 7/55/4-5).

Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der klinischen Untersuchung von Rückenbeschwerden grösseres Gewicht zukommt als der bildgebenden Diagnostik allein. Ob aufgrund der erhobenen klinischen Befunde (neuerliche) bildgebende Abklärungen notwendig sind, liegt dabei im Ermessen des untersuchenden Arztes. RAD-Ärztin D. ___ hat solche vorliegend offenbar nicht als erforderlich erachtet, was angesichts dessen, dass sie insbesondere auf MRI-Befunde der HWS von November 2014 und Februar 2015 sowie auf die Ergebnisse einer Ganzkörperskelettszintigrafie von Juni 2015 zurückgreifen konnte (Urk. 7/22/28, Urk. 7/22/34 und Urk. 7/12/6), nachvollziehbar erscheint. Dies auch vor dem Hintergrund, dass Dr. E. ___ im Bericht vom 8. Juni 2015 betreffend die damals durchgeführte Ganzkörperskelettszintigrafie erklärt hatte, dass sich aktuell zumindest gröbere entzündliche Veränderungen, insbesondere auch Synovitiden, ausschliessen lassen würden (Urk. 7/12/7).

Inwiefern es im kurzen Zeitraum zwischen der Untersuchung bei RAD-Ärztin D. ___ am 29. Dezember 2015 (Urk. 7/42/1) und der Berichterstattung von Dr. E. ___ am 29. April 2016 (Urk. 7/55/1-2) zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers gekommen sein soll, hat Dr. E. ___ sodann nicht begründet. Auch sonst

finden sich in den medizinischen Akten keine Anhaltspunkte für eine seitherige Verschlechterung der objektiven Befunde.

Eine rheumatologische Begutachtung sowie weitere bildgebende Untersuchungen sind unter diesen Umständen nicht angezeigt. 4.5

Was die von Dr. E. ___ in den Berichten vom 23. Juni 2015 und vom 29. April 2016 erwähnte Adipositas betrifft (Urk. 7/12/1 und Urk. 7/55/1), ist zu bemerken, dass Fettleibigkeit grundsätzlich keine rentenrelevante Invalidität begründet, wenn sie keine körperlichen, geistigen oder psychischen Schäden bewirkt und nicht die Auswirkung von solchen Schäden ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts I 839/06 vom 17. August 2007 E. 4.2.3 und I 745/06 vom 21. März 2007 E. 3). Hingegen muss sie unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles als invalidisierend betrachtet werden, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zur Folge hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_496/2012 vom 19. September 2012 E. 2.2 mit Hinweisen). Vorliegend besteht gemäss der überzeugenden Beurteilung von RAD-Ärztin D. ___ unabhängig von einer allfälligen Gewichtsreduktion eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, weshalb die Adipositas nicht als invalidisierend zu erachten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_496/2012 vom 19. September 2012 E. 3.2). Das Schlafapnoesyndrom hat Dr. E. ___ fach fremd und lediglich vermutungsweise diagnostiziert (Urk. 7/12/1 und Urk. 7/55/2). Die von den Ärzten des Instituts für Anästhesiologie des B. ___ im Bericht vom 13. August 2015 nur verdachtsweise gestellte Diagnose einer depressiven Verstimmung (Urk. 7/28/1) vermag schliesslich ebenfalls keine Invalidität zu begründen. In Bezug auf die Einschätzungen der behandelnden Ärzte (vgl. E. 3.1-3 und E. 3.5-7) ist im Übrigen der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass sie mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). 4.6

Die Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 2 ff.) sind sodann nicht stichhaltig. Wie unter E. 4.3 dargelegt, hat RAD-Ärztin D. ___ ihre Diagnosestellung begründet, einen somatischen Gesundheitsschaden als ausgewiesen erachtet und die Beschwerden damit – entgegen den Darlegungen des Beschwerdeführers – nicht einfach auf den Opiatkonsum zurückgeführt. Im Weiteren hat sie gestützt auf die erhobenen Befunde denn auch ein detailliertes – und nachvollziehbares – Belastungsprofil erstellt. Ferner haben die von RAD-Ärztin D. ___ durchgeführten neurologischen Tests (Urk. 7/42/8) keinen Anlass für weitergehende Untersuchungen in neurologischer Hinsicht ergeben. Auch eine neurologische Begutachtung ist daher nicht angezeigt. 4.7

Demgemäss kann davon ausgegangen werden, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit mit dem von RAD-Ärztin D. ___ umschriebenen Belastungsprofil im relevanten Zeitraum zwischen dem frühest möglichen Rentenbeginn und der angefochtenen Verfügung vom 25. August 2016 (Urk. 2) in einem 100%-Pensum zumutbar war. 5.

Der von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 25. August 2016 vorgenommene Einkommensvergleich ergab einen rentenaus schliessenden Invaliditätsgrad von 27 % (Urk. 2). Die Grundlagen des Validen- und Invalideneinkommens sowie der berücksichtigte leidensbedingte Abzug von 10 % wurden vom Beschwerdeführer nicht in

Zweifel gezogen (vgl. Urk. 1). Für eine nähere Überprüfung von Amtes wegen besteht kein Anlass (BGE 125 V 413 E. 1b und E. 2c). 6.

Die angefochtene Verfügung, mit der ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung verneint wurde, erweist sich daher als rechtens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. 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 zugestellt. 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 Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Hurst Kreyenbühl

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 26. September 2016 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei ihm mindestens eine Viertelsinvalidenrente auszurichten; eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine polydisziplinäre Abklärung durchzuführen zu lassen, worauf neu zu entscheiden sei (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 31. Oktober 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 1. November 2016 angezeigt wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass der Beschwerdeführer seit dem 6. November 2014 erheblich in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Gemäss der medizinischen Beurteilung des RAD sei ihm eine

behinderungsangepasste Tätigkeit jedoch zu 100 % zumutbar. Ohne Behinderung hätte er als Mitarbeiter Elektronik bei der Firma Y.____ AG für Druckmesstechnik im Jahr 2015 ein Einkommen von Fr. 82'127.85 erzielen können, mit Behinderung gemäss den Tabellen der Schweizerischen Lohn strukturerhebung des Bundesamtes für Statistik 2012 – unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % - ein Einkommen von Fr. 59'959.35 (Lohn für Hilfsarbeiten). Bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 22'168.50 resultiere somit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 27 % (Urk. 2 S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, dass ihm die Beschwerde gegnerin keine Teilinvalidenrente gewährt habe, weil sie sich auf eine unvollständige RAD-Untersuchung abgestützt habe. Aufgrund der bestehenden Rückenproblematik hätte er nicht nur von einem Orthopäden, sondern auch von einem Rheumatologen und von einem Neurologen begutachtet werden müssen. Abzustellen sei vorliegend auf die nachvollziehbaren Fachberichte der behandelnden Fachinstitutionen, wonach er (auch) in angepasster Tätigkeit maximal zu 50 % arbeits- bzw. leistungsfähig sei. Sollte das Gericht die Teilinvalidenrente wider Erwarten nicht bereits als ausgewiesen erachten, wäre die vorliegende Streitsache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag gebe, um die gesamten Beschwerden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit prüfen zu lassen (Urk. 1 S. 2 ff.). 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Dr. med. E.____, Oberarzt Rheumatologie des Spitals Z.____, stellte im Bericht vom 23. Juni 2015 (Eingangsdatum) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/12/1): (1) Status nach Dekompression C4/5 und C5 /6 sowie Spondylodese mit Cage- Interposition auf diesen zwei Niveaus am 28. Januar 2015 (Universitätsklinik F.____) bei Diskushernien mit Spinalkanalstenose und Myelonkompression - subakute bis chronische Cervikobrachialgien nach links, wahrscheinlich C6 und C7 betreffend (2) ein wechselnd panvertebrales Schmerzsyndrom, chronisch rezidivierend seit Jahren - vorwiegend auf degenerativer Basis - multisegmental, zum Teil fortgeschrittene Diskopathien an der HWS und Brust- wirbelsäule (aktuelles MRI) - Status nach CRS C6 rechts - intraforaminale Diskusprotrusion C4/5 beidseits - Diskushernie C5/6 rechts - Einengung des Spinalkanals - dominant axiale Spondylarthritis - milder Verlauf über Jahre - aktuell myotendinotisch und enthesiopathisch exacerbiert, vor allem am Rippen thorax und costosternal (3) eine milde, dominant axiale Spondylarthritis (Status nach vormaliger lumbo- sakraler Manifestation) - mit zusätzlichen Diskopathien der Lendenwirbelsäule (LWS)

- Rezidiv-Diskushernie L5/S1 - Status nach Diskushernienoperation, Hemilaminektomie L5/S1 rechts 1999 - Status nach entzündlichem Rückenschmerz 2009 - Status nach florider Sakroileitis rechts 2006 - HLA-B27 positiv (extern 2006) (4) ein Testosteronmangelsyndrom - Status nach psycho-physischer Alteration - aktuell substituiert (5) eine Adipositas WHO II (bis III), BMI 38 kg/m² (6) eine arterielle Hypertonie (im Rahmen eines metabolischen Syndroms?) (7) ein mögliches Schlafapnoesyndrom (8) Status nach operiertem Carpal tunnel syndrome (CTS) rechts Oktober 2009

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. E.____ nicht. Er gab an, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten beruflichen Tätigkeit aktuell weiterhin zu 50 % arbeitstätig und -fähig sei. Er unterstütze den Wunsch und die Motivation des Beschwerdeführers dahingehend, dass er seitens der Beschwerdegegnerin Unterstützung erhalte, um sich beruflich neu zu orientieren bzw. eine Umschulung durchzuführen. Er werde aber auch für eine anderweitige, leichte Arbeit aller Voraussicht nach zu 50 % arbeitsunfähig bzw. minderbelastbar bleiben (Urk. 7/12/2-4).

E. 3.2

Die Ärzte der Abteilung für Wirbelsäulenchirurgie der Universitätsklinik F.____ erklärten in ihrem Bericht an den Krankentaggeldversicherer vom 11. Juni 2015 unter Hinweis auf die am 18. Januar 2015 durchgeführte Operation der HWS, der Beschwerdeführer sei in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit vom 12. Mai 2014 (Datum der letzten Kontrolle) bis 14. Juni 2014 zu 50 % arbeitsunfähig. Ab Mitte Juni 2015 rechneten sie mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Aktuell werde in der Schmerzzambulanz des B.____ die Schmerzmedikation eingestellt. Sobald die Schmerzen unter Kontrolle seien, könne mit einer weiteren Erhöhung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden (Urk. 7/22/20-21).

Im Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 25. Juni 2015 hielten die Ärzte der Universitätsklinik F.____ fest, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit vom 12. Mai (Datum der letzten Kontrolle) bis 14. Juni 2014 zu 50 % arbeitsunfähig sei. Mit einer Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit bzw. einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne gerechnet werden. Ab wann, sei noch nicht absehbar (Urk. 7/14/6-7).

E. 3.3

Dr. med. G.____, Assistenzarzt im Institut für Anästhesiologie des Universitätsklinikums B.____, stellte im Bericht vom 13. August 2015 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/28/1): (1) chronische neuropathische Armschmerzen links, Status nach Dekompression C4/5 + C5/6 sowie Spondylodese am 28. Januar 2015 (2) eine mild dominant axiale Spondylarthritis, HLA-B27 positiv (3) einen Verdacht auf eine depressive Verstimmung

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (1) eine arterielle Hypertonie und (2) einen substituierten Testosteronmangel. Er gab an, dass er die Frage der Arbeitsfähigkeit nicht beurteilt habe (Urk. 7/28/1-3).

E. 3.4

RAD-Ärztin D.____ nannte im Bericht vom 18. Februar 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/42/8): (1) eine schmerzhafteste Bewegungs- und Belastungseinschränkung der HWS nach - Dekompression und Spondylodese C4/5 und C5/6 (2) ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei - Status nach Operation mit Hemilaminektomie und Diskushernienoperation L5/S1 (3) eine milde Spondylarthritis - HLA -B 27 positiv

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt RAD-Ärztin D.____ fest (Urk. 7/42/8): (1) diffuse Missempfindungen der Hände und des linken Armes nach CTS-Operation und Spondylodese der HWS ohne Bezug zu einzelnen Dermatomen oder peripheren Nerven (2) einen Verdacht auf eine iatrogene Opiatabhängigkeit

RAD-Ärztin D.____ gab an, dass in der bisherigen Tätigkeit als Elektroniker seit März 2015 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Eine optimal angepasste Tätigkeit wäre mit einem vollen Pensum möglich. Eine stufenweise Eingliederung sei sinnvoll (Urk. 7/42/9).

E. 3.5

Die Ärzte der Instituts für Anästhesiologie des Universitätsspitals B.____ gaben im an med. pract. H.____, praktischer Arzt, gerichteten Bericht vom 26. April 2016 an, dass die Opiode im Vergleich zur letzten Konsultation auf ein Drittel hätten reduziert werden können. Subjektiv bestehe weiterhin ein gutes Ansprechen. Aus schmerztherapeutischer Sicht sei deren Einnahme in einer stabilen geringen Dosierung (wie aktuell) prinzipiell zu vertreten. Die fixe Einnahme von schnellwirksamen Opioiden (aktuell bis zu 3 x 10 mg) bei einer geringen Opioidbasis (von 2 x 5 mg) stehe aber in einem Missverhältnis. Es sollte eine obere Limite angestrebt werden (Urk. 7/55/5).

E. 3.6

Dr. E.____ vom Spital Z.____ führte im Bericht vom 29. April 2016 zuhanden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers aus, dass RAD-Ärztin D.____ aus orthopädischer Sicht den klinischen Status durchgeführt und vollumfänglich erhoben habe. Aus rheumatologischer Sicht würden aber einzelne Untersuchungen fehlen, insbesondere betreffend Beurteilung der entzündlichen Rückenschmerzen, der myofaszialen Schmerzen/Befunde und auch der Neurodynamik (insbesondere upper limb tension Tests). Darüber hinaus würden neuere Bildgebungen vollständig fehlen. Dies wäre bei dieser komplexen und gemischten Problematik mit mechanischen und entzündlichen Schmerzursachen aber zu erwarten gewesen, um die Akuität der morphostrukturellen Pathologien und deren Relevanz im Kontext besser einschätzen zu können. Zusammenfassend bestehe eine komplexe Problematik mit sich wechselseitig unterhaltenden Problemen und Schmerzen von teils myofaszialem Charakter, teils enthesiopathisch-entzündlichem Charakter. Darüber hinaus bestünden weiterhin wechselnd neuropathische Schmerzen bei multisegmentalen Diskopathien mit Nervenwurzeltangierungen, sowohl an der HWS wie auch an der LWS. Die Adipositas und das von ihm vermutete Schlafapnoesyndrom würden zudem sicherlich die Fatigue, die Qualität der nächtlichen Erholung und die Schlafarchitektur beeinflussen, so dass die Leistung zusätzlich gemindert sei. Diese Faktoren würden im RAD-Bericht in keiner Weise berücksichtigt. Im Weiteren liege noch eine gewisse Opioid-Abhängigkeit vor. Diese sei aber Ausdruck der vorherrschenden komplexen Schmerzsymptomatik. Er schätze die Arbeitsunfähigkeit für die aktuelle Tätigkeit auf 75 %. Sollte der Beschwerdeführer eine angepasste, leichte wechselbelastende Tätigkeit finden können (ohne Heben und Tragen von Lasten, ohne repetitives Bücken und ohne Einhaltung einer monoton-statisch belastenden Position), wäre mittel- bis langfristig höchstens eine Arbeitsfähigkeit von 50 % denkbar (Urk. 7/55/1-2).

E. 3.7

Dr. med. I.____, Oberarzt am Institut für Anästhesiologie des Universitätsspitals B.____, erklärte im Bericht vom 6. Juni 2016 zuhanden von med. pract. H.____, dass die Medikamentenaustestungen ein Ansprechen auf Opiode gezeigt hätten. Diesbezüglich und nach Rücksprache mit Dr. G.____ würden sie zum jetzigen Zeitpunkt eine niedrig dosierte Opioidmedikation als indiziert erachten (Urk. 7/58/1).

E. 3.8

RAD-Ärztin D.____ führte in der Stellungnahme vom 1. Juli 2016 aus, dass die von Dr. E.____ im Schreiben vom 29. April 2016 genannten Diagnosen alle bekannt und berücksichtigt worden seien. Zum rheumatologischen Sachverhalt sei ergänzend darauf hinzuweisen, dass dieser im Rahmen der RAD-Untersuchung sehr wohl berücksichtigt worden sei. Es sei unbestreitbar und bekannt, dass ein positiver HLA-B27 vorliege. Dieser Befund sei häufig mit einer Spondylarthritis assoziiert. Im Falle des Beschwerdeführers seien in den medizinischen Akten ein Entzündungsschub der Iliosacralgelenke im Jahr 2006 und ein weiterer im Jahr 2009 dokumentiert. Entscheidend für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei jedoch nicht, ob der HLA-B27 nachgewiesen werde, sondern wie sich die Spondylarthritis auswirke. Dazu diene der Untersuchungsbefund der Wirbelsäule, der im Rahmen der RAD-Untersuchung erhoben worden sei. Im Weiteren halte der RAD daran fest, dass die Opiateinnahme, wie sie zum Zeitpunkt der RAD-Untersuchung geschildert worden sei, den Verdacht nahelege, dass eine Abhängigkeit eingetreten sei. Insbesondere die regelmässige Einnahme von schnellwirksamen Tropfen sei aus Sicht des RAD kritisch zu beurteilen. Dies tönne auch im Bericht des Instituts für Anästhesiologie des Universitätsklinikums B.____ vom 26. April 2016 an. Für die Beurteilung der funktionellen Auswirkungen von Leiden des Bewegungsapparates sei die klinische Untersuchung mit Erhebung der Bewegungsausmasse, Umfangmasse usw. entscheidend. Der Untersuchungsgang einer orthopädischen Untersuchung erfasse dies und sei daher geeignet, funktionelle Auswirkungen zu erfassen. Aus Sicht des RAD sei eine zusätzliche rheumatologische Untersuchung nicht erforderlich (Urk. 7/60/3-4). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich in der angefochtenen Verfügung in medizinischer Hinsicht auf die Beurteilungen von RAD-Ärztin D.____ vom 18. Februar und 1. Juli 2016 (Urk. 7/42 und Urk. 7/60/3-4). 4.2

Der Bericht von RAD-Ärztin D.____ vom 18. Februar 2016 beruht auf einer fachärztlich-orthopädischen Untersuchung des gesamten Bewegungsapparates und wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben. RAD-Ärztin D.____ hat detaillierte Befunde erhoben, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen auseinandergesetzt. Zudem hat sie die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt. Inwiefern RAD-Ärztin D.____ als Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates fachlich nicht resp. ungenügend qualifiziert sein sollte, den Leiden des Beschwerdeführers Rechnung zu tragen, ist nicht ersichtlich, zumal Schmerzen des Bewegungsapparates Gegenstand sowohl der Rheumatologie als auch der Orthopädie bilden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_203/2010 vom 21. September 2010 E. 4.1). Der Bericht von RAD-Ärztin D.____ erfüllt demnach grundsätzlich die rechtsprechungsrechtlichen Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlage (vgl. E.

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 Dreiviertels rente 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.