

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00413 vom 13. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00413

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00413 du 13 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00413 del 13 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1

2. April 2016 meldete er sich bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/7). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte in der Folge nebst Auszügen aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 7/1 ff., 7/10 und 7/13) insbesondere einen Arbeitgeberfragebogen (Urk. 7/16) sowie diverse Arztberichte (Urk. 7/6 und 7/24/2 ff.) ein. Mit Schreiben vom 14. Oktober 2016 teilte sie dem Versicherten mit, dass keine beruflichen Massnahmen angezeigt seien (Urk. 7/26). Nach Eingang einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 7. November 2016 (Urk. 7/27/3 ff.) stellte die IV-Stelle dem Versicherten sodann mit Vorbescheid vom 24. November 2016 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/28). Dieser erhob in der Folge am 3. Januar 2017 (Urk. 7/30) und ergänzend am 24. Februar 2017 Einwand (Urk. 7/40) . Am 7. März 2017 verfügte die IV-Stelle indes im angekündigten Sinne (Urk. 7/44 = 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

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

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 arbeits unfähig 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. 1.4

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). Von der Rückweisung der Sache an den Versicherungsträger zur Gewährung des rechtlichen Gehörs ist nach dem Grundsatz der Verfahrensökonomie dann abzu sehen, wenn dieses Vorgehen zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem gleichlaufenden und der Anhörung gleichgestellten Interesse der versicherten Person an einer möglichst beförderlichen Beurteilung ihres Anspruchs nicht zu vereinbaren sind (vgl. zum Ganzen BGE 137 I 195 E. 2.3.2; BGE 136 V 117 E. 4.2.2.2; BGE 133 I 201 E. 2.2).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrative Expertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der –

anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurück zuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE

137 V 210

E. 4.4.1. 4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_815/2012 vom 21. Oktober 2013 E. 3.4, publiziert in SVR 1/2014 UV Nr. 2 S. 3) . 2.

E. 2

Hiergegen erhob X.____ am 6. April 2017 Beschwerde (Urk. 1) mit dem Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihm sei eine Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter seien medizinische Abklärungen anzuordnen, um den Leistungsanspruch zu bestimmen. Ausserdem ersuchte der Versicherte um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 23. Mai 2017 (Urk. 6) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde, worüber der Versicherte mit Verfügung vom 31. Mai 2017 (Urk. 8) in Kenntnis gesetzt wurde. Gleichzeitig wurde dessen Gesuch um unentgeltliche Prozessführung bewilligt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017 (Urk. 2) stellte sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, der Versicherte sei aus versicherungsmmedizinischer Sicht sowohl in seiner bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig . Die Zuspriechung von Leistungen der Invalidenversicherung sei daher nicht möglich , zumal der Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren keine neuen medizinischen Tatsachen vorgebracht habe .

E. 2.2

Demgegenüber vertrat der Versicherte in seiner Beschwerdeschrift vom 6. April 2017 (Urk. 1) im Wesentlichen die Auffassung, er leide an diversen physischen Beeinträchtigungen wie unter anderem Hepatitis C sowie an starken Depressionen. Seine gesundheitliche Situation habe sich seit 2014 massiv verschlechtert und er sei seither in seiner Arbeitsfähigkeit stark eingeschränkt (S. 3). Es habe weder eine RAD-Untersuchung noch eine Begutachtung stattgefunden, obwohl die behandelnden Ärzte diverse Diagnosen gestellt hätten, die gesamthaft betrachtet eine Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Der Sachverhalt sei daher nicht genügend abgeklärt worden (S. 7). Er könne bei bestem Willen nicht mehr in einem Pensum arbeiten, welches zur Bestreitung seines Lebensunterhalts notwendig wäre. Er sei über 60 Jahre alt, seine Energiereserven seien erschöpft und er habe sich sozial völlig zurückgezogen. Wenn überhaupt sei ihm nur noch ein sehr kleines Arbeitspensum zumutbar (S. 8).

E. 2.3

Unter Bezugnahme auf die seitens des Versicherten im Beschwerdeverfahren eingereichten ärztlichen Unterlagen führte die IV-Stelle in ihrer Beschwerdeantwort vom 23. Mai 2017 (Urk. 6) ergänzend an, dass psychische Störungen nur dann als invalidisierend gelten würden, wenn sie schwer und erwiesenermassen therapieresistent seien. Hiervon könne für die Zeit vor Erlass der Verfügung vom 7. März 2017 nicht ausgegangen werden, da die Behandlung des psychischen Leidens erst im Anschluss daran aufgenommen worden sei. 3. 3.1

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers lässt sich anhand der Aktenlage im Wesentlichen wie folgt darstellen:

Vom 24. Juni bis 3. Juli 2014 war der Versicherte zur stationären Abklärung wegen dunklen Durchfalls im B.____, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, hospitalisiert. Dem Bericht vom 10. Juli 2014 sind namentlich die folgenden Diagnosen zu entnehmen (Urk. 7/6/1): - Reizdarmsyndrom seit 2013, - Gastro-Oesophageale

Refluxkrankheit , - Unklare Raumforderung in der Harnblase, - Bulbäre

Urethrastriktur , - Prostatahyperplasie, - Einfache kortikale Nierenzysten links, - Chronische Hepatitis C (Erstdiagnose 1990), - COPD mit Lungenemphysem mittelschweren Grades, - Periarthropathia

humeroscapularis rechts, - Depression, - Penicillin-Allergie.

Der Stuhlgang habe sich nach Absetzen von Ciproxin zur Behandlung eines Harnwegsinfektes vollständig normalisiert (Urk. 7/6/2). In mikrobiologischer Hinsicht konnten keine Auffälligkeiten eruiert werden (Urk. 7/6/9 f.).

3.2

Anlässlich einer ambulanten Untersuchung vom 6. Oktober 2014 in der Klinik für Urologie des B.____ wurde - unter Berücksichtigung der Ergebnisse einer Computertomographie vom 29. September 2014 - zusätzlich ein Angiomyolipom im

Oberpol der rechten Niere diagnostiziert (Urk. 7/6/11). Im Rahmen weitere r

computertomographische r Untersuchungen vom 7. April 2015 und 10. Juni 2016 konnten in Bezug auf das Angiomyolipom sowie die Nierenzysten keine Grössenveränderungen festgestellt werden (Urk. 7/6/13 f. und 7/24/12). 3.3

Dr. med. C.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Arbeitsmedizin, attestierte am 12. April 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Januar bis 31. Mai 2016. Der Versicherte sei auch schon vorgängig in seiner Arbeitskapazität wesentlich eingeschränkt gewesen. Die bereits seit längerer Zeit indizierte Anmeldung bei der Invalidenversicherung sei mittlerweile unumgänglich (Urk. 7/6/18). In seinem Bericht vom 8. Oktober 2016 führte Dr. C.____ sodann aus, der Allgemeinzustand des Beschwerdeführers reduziere sich zusehends , und er leide zudem an einer konstanten Müdigkeit . Während der gesamten Beobachtungszeit seien ferner zu tiefe Blutdruckwerte feststellbar gewesen. Aufgrund der verminderten physischen Belastbarkeit sei er als Orchestertechniker seit Juli 2015 bis auf weiteres zu 75 % arbeitsunfähig. Einer angepassten Tätigkeit könne der handwerklich erfahrene und vielseitig begabte Versicherte in einem Teilzeitpensum nachgehen (Urk. 7/24/3 f.). 3.4

RAD-Ärztin dipl. med. D.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie Prävention und Gesundheitswesen, vertrat in ihrer Stellungnahme vom 7. November 2016 die Auffassung, keine der bekannten Diagnosen wirke sich dauerhaft auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus. Eine leichte körperliche und wechselbelastende Tätigkeit sei seit jeher ohne Einschränkungen möglich. Den Unterlagen könne entnommen werden, dass sich aus urologischer Sicht keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen lasse. Hinsichtlich der Gastroenterologie fehle es an Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit. Die festgestellten Symptome seien jedoch behandelbar, weshalb auch in diesem Kontext nicht auf eine Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden könne. Eine Depression werde weder beschrieben noch sei diese fachärztlich belegt. Eine Behandlung sei ebenfalls nicht erfolgt , was auch für die diagnostizierte Periarthritis humeroscapularis gelte. Die COPD werde im Übrigen in den Arztberichten als seit vielen Jahren stabil beschrieben. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne in Anbetracht dieser Umstände nicht nachvollzogen werden, weshalb der Versicherte in seiner angestammten oder in einer angepassten Tätigkeit nicht mehr arbeiten könne (Urk. 7/27/3 ff.). 3.5

Dem im Beschwerdeverfahren eingegangenen Bericht von lic. phil. E.____ , Fachpsychologin für Psychotherapie, und Dr. med. F.____ , Fachärztin für Psychiatrie und

Psychotherapie, vom 3. April 2017 sind folgende Diagnosen zu entnehmen: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) , - Erschöpfungsdepression (ICD-10 F32.9) .

Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 8. März 2017 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung mit einer Einzelsitzung pro Woche. Die depressive Störung schweren Grades äussere sich durch ein starkes Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen, eine ausgeprägte Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft, sehr starke Schuldgefühle , eine ausgeprägt gedrückte Stimmung, eine Verminderung der Interessen und der Freude, ziemliche Energielosigkeit und Selbstvorwürfe, starke Einschlafschwierigkeiten und frühes Erwachen am Morgen, eine starke Tendenz zum Weinen sowie dem Gefühl, dass alles sehr anstrengend sei. Der Versicherte habe berichtet, bereits in seiner Kindheit depressive Symptome gehabt zu haben, welche sich phasenweise bis heute durch sein ganzes Leben gezogen hätten. Aufgrund der genannten Symptome habe er sich sozial isoliert und gehe nur noch aus seiner Wohnung, wenn er wirklich müsse. Eine Tätigkeit im angestammten Beruf als Orchester techniker sei dem Beschwerdeführer aufgrund der depressiven Symptomatik nicht mehr zumutbar (zum Ganzen Urk. 3/4). 4. 4.1

Zwischen den Parteien ist strittig, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat . Die IV-Stelle stütze sich bei ihrer leistungsabweisenden Verfügung vom 7. März 2017 (Urk. 2) im Wesentlichen auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin dipl. med. D. ___ vom 7. November 2016 (vgl. E. 3.4). Der Beschwerdeführer rügt allerdings , der medizinische Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt worden . (vgl. E. 2.1 ff.). 4.2

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

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 eigener Untersuchung im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen 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). 4. 3

4. 3 .1

Dipl. med. D.____ nahm eine Würdigung des medizinischen Sachverhalts vor, ohne den Beschwerdeführer selbst zu untersuchen. Dies ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, sofern es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, da die direkte ärztliche Auseinandersetzung mit dem Explo ranten in solchen Fällen in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1

und 9C_73/2014 vom 9. April 2014 E. 4.2).

Vorliegend mag dies in Bezug auf die vorwiegend der Gastroenterologie und Urologie zuzuordnenden Diagnosen zutreffen, da in diesem Zusammenhang in regelmässigen Abständen

computer tomographische Untersuchungen durchgeführt und die Diagnosen ausserdem mehrfach seitens verschiedener behandelnder Ärzte

bestätigt wurden (vgl. E. 3.1 f.). Anders verhält es sich indes namentlich in Bezug auf die konkreten Auswirkungen der ebenfalls festgestellten COPD sowie der Hepatitis C-Erkrankung. Allein in Anbetracht des Umstandes, dass Erstere in den Arztberichten seit mehreren Jahren als stabil bezeichnet wurde (Urk. 7/6/1 und 7/6/11),

ist

nicht leichthin darauf zu schliessen, dass sie die Leistungsfähigkeit des Versicherten nicht beeinträchtigt, zumal diese Erkrankung typischerweise mit Atemlosigkeit und verminderter körperlicher Belastbarkeit einhergeht (vgl.

<https://www.lungenliga.ch/de/krankheiten-ihre-folgen/copd/symptome.html>,

zuletzt besucht am 6. Dezember 2017). Des Weiteren fällt auf, dass sich dipl. med. D.____ nicht

mit den Symptomen der

chronischen Hepatitis C und deren allfälligen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auseinandergesetzt, sondern lediglich die Diagnose aufgeführt hat (Urk. 7/27/4).

Diesbezüglich ist zum einen festzuhalten, dass in den Akten keine Berichte der behandelnden Ärzte – insbesondere der G.____ (vgl. Urk. 7/27/2) – enthalten sind, obwohl

sich der Beschwerdeführer regelmässigen Kontrollen zu unterziehen hat (Urk. 1 S. 8). Insofern erfolgte die Beurteilung des RAD nicht in Kenntnis der vollständigen

Vorfällen. Zum anderen weist der Versicherte in seiner Beschwerdeschrift wiederholt auf seine ständige Müdigkeit respektive die erschöpften Energiere serve hin (Urk. 1 S. 5 ff.), wobei ein Zusammenhang zur Hepatitis C nicht unwahrscheinlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 430/02 vom 19. November 2003 E. 5). Ungeklärt bleibt sodann, ob die Müdigkeit allenfalls durch die depressive Erkrankung (mit)verursacht wird und damit psychischer Natur ist (vgl. hierzu Urk. 3/4). 4.3.2

Im Weiteren ist festzuhalten, dass auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch dipl. med. D.____ ,

welche die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung übernommen hat (Urk. 2 S. 1), nicht überzeugt. Nachvollziehbar ist zwar, dass sich aus urologischer Sicht keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen lässt, zumal eine solche auch von den Ärzten des B.____ nicht attestiert worden ist (vgl. Urk. 7/6/2, 7/6/12 und 7/27/2). Als nicht widerspruchsfrei erweist sich indes die Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit des Versicherten als Orchestertechniker. So wurde zunächst festgehalten, dass der Versicherte in dieser Hinsicht unter anderem durch seinen reduzierten Allgemeinzustand und die zunehmende Müdigkeit eingeschränkt sei. Schliesslich wurde allerdings der Schluss gezogen, dass kein Gesundheitsschaden vorliege, welcher die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit längerfristig beeinträchtigt (Urk. 7/27/4 f.). Es verhält sich allerdings so, dass die Arbeit als Orchestertechniker mit Blick auf die Angaben des Arbeitgebers im Fragebogen vom 16. Juni 2016 keineswegs als leichte körperliche Tätigkeit im Sinne des von dipl. med. D.____ genannten individuellen Belastungsprofils (Urk. 7/27/4) eingestuft werden kann. Der Beschwerdeführer hatte oftmals unter grossem Zeitdruck mittelschwere Lasten von zehn bis 25 Kilogramm zu heben oder zu tragen. Die auszuführende Arbeit erforderte nebst einer sehr guten körperlichen Konstitution insbesondere auch ein hohes Mass an Konzentration und Pflichtbewusstsein (Urk. 7/16/3 und 7/16/8 f.).

Betreffend die vom Versicherten über viele Jahre ausgeübte selbständige Erwerbstätigkeit als Möbeldesigner respektive -hersteller (vgl. Urk. 7/12/1) liegt ebenfalls nahe, dass es sich hierbei nicht bloss um eine leichte körperliche Tätigkeit gehandelt hat. Angesichts all dieser Gegebenheiten leuchtet nicht ein, weshalb die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht in keiner Weise eingeschränkt sein soll. Selbiges gilt sodann für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in Bezug auf beziehungsweise anpassungsgerechte Tätigkeiten. Auch in diesem Kontext bestehen zumindest geringe Zweifel daran, ob die von dipl. med. D.____ festgestellten Beeinträchtigungen - reduzierter Allgemeinzustand, zunehmende Müdigkeit und verminderte physische Belastbarkeit (vgl. Urk. 7/27/4) - nicht auch die Leistungsfähigkeit bei körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten negativ beeinflussen. 4.3.3

Nach dem Gesagten kann

also

festgehalten werden, dass die Stellungnahme von dipl. med. D.____ vom 7. November 2016 die allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen RAD- Bericht nicht erfüllt, da

in mehrfacher Hinsicht zumindest geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit nicht auszuräumen sind. Auf die Beurteilung kann folglich in Nachachtung der strengen bundesgerichtlichen Praxis (vgl. E. 4.2) nicht abgestellt werden. 4.3.4

Entgegen dem Hauptantrag des Beschwerdeführers rechtfertigt sich allerdings gestützt auf die zum jetzigen Zeitpunkt bestehende Aktenlage keine Zusprennung einer Invalidenrente. Namentlich kann nicht ohne weiteres auf die Einschätzungen der behandelnden Ärzte abgestellt werden. So attestierten lic. phil. E. ___ und Dr. F. ___

einzig eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf die angestammte Tätigkeit (vgl. E. 3.5). Unklar bleibt, wie es sich hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit verhält und von welchem Belastungsprofil aus psychiatrischer Sicht auszugehen ist. Ohnehin ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5). Dies gilt insbesondere auch für die Einschätzung von Dr. C. ___, welcher davon ausging, dass der Versicherte einer angepassten Tätigkeit nur in einem Teilzeitpensum nachgehen könne (vgl. E. 3.3). 4.3.5

Wie vom Versicherten eventualiter beantragt,

besteht Anlass für zusätzliche medizinische

Abklärungen, da die Beantwortung der entscheidungswesentlichen Tatfragen wie namentlich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit nur auf einer vollständigen Beweisgrundlage möglich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_953/2

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

E. 010

vom 29. April 2011 E. 5.1).

Angesichts des geltenden Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) wäre die Beschwerdegegnerin gehalten gewesen, für die Zusammentragung dieses Beweismaterials besorgt zu sein, was sie jedoch zu Unrecht unterlassen und nun nachzuholen hat. Hierbei drängt sich in Anbetracht der multiplen Erkrankungen des Beschwerdeführers, welche sowohl physischer als auch psychischer Natur sind, eine polydisziplinäre Begutachtung auf. 4.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Aktenlage für eine abschließende Beurteilung der gesundheitlichen Situation sowie der (allfälligen) Invalidität des Beschwerdeführers als unzulänglich erweist. Die angefochtene Verfügung vom 7. März 2017 (Urk. 2) ist demnach aufzuheben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der obigen Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und

unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 6 00.-- anzusetzen. Die Kosten sind der unterliegenden Beschwerde gegenüber in aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 7. März 2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen verfähre und neu entscheide. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Y.____ 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 Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GrünigWürsch

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