

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00136 vom 29. Oktober 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-10-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00136

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00136 du 29 octobre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00136 del 29 ottobre 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1985, absolvierte nach der obligatorischen Schulzeit eine Ausbildung als Elektroniker und arbeitete nach dem Lehrabschluss im Jahr 2005 mehrere Jahre in diesem Beruf (Urk. 6/56). Vom 1. August 2014 bis zum 31. Juli 2015 war er bei der Y.____ als Physiklaborant zu einem Pensum von 100 %

angestellt, wobei er ab Ende Dezember 2014 teilweise oder vollumfänglich krank geschrieben war

(Urk. 6/22 und Urk. 6/7/3). Wegen Rückenschmerzen und starker Muskelverkrampfung seit 6 Jahren sowie einer Erschöpfungsdepression wegen langer Krankheitsphase meldete er sich am 2. April 2015 (Eingangdatum) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, prüfte Massnahmen zur Arbeitsplatzhaltung (Urk. 6/35/1-5) und holte den Arbeitgeberbericht der Y.____ vom 6. Juli 2015 (Urk. 6/22) ein. Ausserdem nahm sie die Arztberichte der Z.____, vom 18. Februar 2015 (Urk. 6/6), vom 1. Juni 2015 (Urk. 6/14), vom 3. Juni 2015 (Urk. 6/20) und vom 29. Juni 2015 (Urk. 6/21) sowie das von der Krankentaggeldversicherung Swica in Auftrag gegebene orthopädische Gutachten von Dr. med.

A.____, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, vom 4. Dezember 2015 (Urk. 6/30) zu den Akten. Am 2. Mai 2016 bzw. 13. Juni 2016 sprach die IV-Stelle dem Versicherten die Übernahme der Kosten eines durch das B.____ durchgeführten Arbeitstrainings als Mitarbeiter Elektronikerunterhalt bei der C.____ vom 3. Mai 2016 bis zum 3. November 2016 sowie ein Taggeld während der Dauer der Massnahme zu (Urk. 6/33-34, Urk. 6/42). Am 25. Oktober 2016 gewährte die IV-Stelle X.____

sodann Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche für die Zeit vom 10. November 2016 bis zum 9. Mai 2017, mit deren Durchführung ebenfalls das B.____

beauftragt war (Urk.

6/45). Am 22. November 2016 erging der Abschlussbericht des B.____ über das mit dem Versicherten durchgeführte Arbeitstraining (Urk. 6/48-49). Per 10. November 2016 trat X.____ eine auf sechs Monate befristete Arbeitstelle als System Technician zu einem Pensum von 50 % bei der C.____ an (Urk. 6/51). Der betreffende Arbeitsvertrag vom 18. Oktober 2016 wurde am 20. Januar 2017 um weitere sechs Monate bis zum 30. September 2017 verlängert (Urk. 6/51-52). Die IV-Stelle schloss die Eingliederungsberatung am 9. Februar 2017 ab (Urk. 6/53). Am 21. Februar 2017 erstattete das B.____ den Abschlussbericht über die Arbeitsvermittlung (Urk. 6/57). Die IV-Stelle holte die Arztberichte von Dr.

med. D.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, Leitender Arzt Schmerz- & Komplementärmedizin am E.____, vom

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 Geburts gebrechen, 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. 1.2.1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E.

6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2.2

Gemäss BGE 143 V 418 ist die Frage nach den Auswirkungen sämtlicher psychischer Erkrankungen auf das funktionelle Leistungsvermögen grundsätzlich unter Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu beantworten

(E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen). Gleiches gilt gemäss BGE 145 V 215 E. 5 und E. 6.2 auch für – fachärztlich einwandfrei diagnostizierte - Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsumstörungen.

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl.

statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E.

5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl.

BGE 144 V 50 E. 4.3).

E. 1.2.3

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 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 herzustellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.6

Berichten des RAD nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (BGE

137 V 210 E. 1.2.1). Selbst eine Aktenbeurteilung ohne eigene Untersuchung kann beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich fest stehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts 9C_558/2016 vom 4. November 2016 E. 6.1, 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1 und 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 mit Hinweisen).

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des RAD zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 142 V 58 E. 5.1, 135 V 465 E. 4.4; 122 V 157 E. 1d; Urteile des Bundesgerichts 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.2 und 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.3).

E. 1.7

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). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente verneint mit der Begründung, es liege bei ihm kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor (Urk. 2). 2.2

Demgegenüber führt der Beschwerdeführer aus, er habe seit über 10 Jahren Rückenschmerzen, wobei sich sein Leiden in den letzten zwei Jahren stark verschlechtert habe. Er könne aktuell keiner geregelten Arbeit nachgehen. Die Wiedereingliederungsmassnahmen der Beschwerdegegnerin hätten nur in einem 50%-Pensum resultiert. Dieses könne er aber inzwischen auch nicht mehr ausüben und er sei seit September 2017 zu 100 %

krank

geschrieben. Die von der Beschwerdegegnerin getätigten medizinischen Abklärungen seien ungenügend und es sei ein neues Gutachten einzuholen (Urk. 1). 3. 3.1

Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer seit 2009 an chronischen rezidivierenden Kreuzschmerzen und glutealen Schmerzen leidet. Gemäss seinen Angaben wurden bereits damals, aktenkundig seit Ende 2012 diverse spezialärztliche (inklusive bildgebende und laborchemische) Untersuchungen vorgenommen (im Februar

2013 in der I.____, im August 2014 in der Rheumaklinik des J.____ [Arbeitsassessment] und im Oktober/November 2014 in der Praxis von Dr. med. K.____, FMH Neurochirurgie) und verschiedene Behandlungen (Physiotherapie, medikamentöse Behandlung, unter anderem mit opioidhaltigen

Analgetica [Oxycontin], Infiltrationen, Neuraltherapie), auch in stationärem Rahmen (vom 6. bis 14. Mai 2014 im L.____ und vom 23. Dezember 2014 bis 11. Januar 2015 in der M.____) durchgeführt, welche jedoch keinen anhaltenden Erfolg zeitigten; eine psychotherapeutische Behandlung lehnte der Beschwerdeführer ab. Die betreffenden, bis Ende Juni 2015 erstatteten Arztberichte wurden im Gutachten von Dr. A.____ vom 4. Dezember 2015 zusammengefasst (Urk. 6/30/2-6; vgl. Urk. 6/68/12-85), weshalb sie vorliegend nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird nachfolgend darauf Bezug genommen. 3.2

Gemäss dem von der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenen orthopädischen Gutachten von Dr. A.____ vom 4. Dezember 2015 (Urk. 6/30) besteht beim Beschwerdeführer ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit Schmerzexazerbation über Jahre ohne klinisches Korrelat. Der Beschwerdeführer sei seit längerem nicht mehr voll arbeitsfähig. Eine signifikante Pathologie habe trotz 5 MRI-Abklärungen der LWS nicht festgestellt werden können. Ebenfalls hätten entzündliche Veränderungen ausgeschlossen werden können. Aktuell stehe der Beschwerdeführer unter Neuraltherapie, welche aus schulmedizinischer Sicht wirkungslos sei, und unter Physiotherapie. Laut Beschwerdeführer werde dadurch eine Besserung erzielt. Er sei aber weiterhin auf Oxycontin 80 mg pro Tag angewiesen. Auffällig in der ganzen Anamnese sei, dass die mehrmals empfohlene Psychotherapie beziehungsweise eine erweiterte psychiatrische Abklärung durch den Beschwerdeführer immer abgelehnt worden sei. Daneben falle ein gewisses Medical Shopping sowie das Ausspielen der verschiedenen Therapieoptionen gegeneinander auf. Bei der aktuellen Untersuchung finde man folgende Befunde von Wichtigkeit: eine leichte skoliootische Fehllage der LWS, thorakal einen ausgeprägten Flachrücken, einen Gehörgangslot fingerbreit hinter Trochanter major, eine leichte Trichterbrust, einen Schulter tiefstand rechts ein Querfinger und ein minimales Shiften der LWS lumbal ganz leicht nach rechts. In der Anamnese würden Depressionen bzw. gewisse Probleme in Bezug auf die Lebensbewältigung beschrieben. Aktuell berichte der Beschwerdeführer von einem Burn out, welches durch die chronischen Schmerzen verursacht werde. Eine - vom Beschwerdeführer bislang abgelehnte - vertiefte psychiatrische Abklärung werde dringend empfohlen, da sich für die angegebenen Beschwerden kein anatomisches Korrelat finden lasse. Ebenfalls dringend angezeigt sei eine Strukturierung des Tagesablaufs. Ab dem 1. Februar 2016 sei der Beschwerdeführer in einer leichten, teils sitzenden, teils stehenden Tätigkeit, wie diejenige als Labortechniker, zu 50 % arbeitsfähig. 3.3

3.3.1

Gemäss dem Abschlussbericht Arbeitstraining des B.____ vom 22. November 2016 (Urk. 6/49) erschien der Beschwerdeführer aufgrund von Übelkeit im Zusammenhang mit den Schmerzen in der Anfangszeit nur knapp pünktlich zur Arbeit. Er habe denn auch Zweifel daran geäussert, ob er aufgrund seiner Schmerzen das Arbeitstraining ohne Absenzen und für die gesamte Dauer der vereinbarten sechs Monate durchführen könne. Die Rahmenbedingungen im Einsatzbetrieb hätten es dann aber dem Beschwerdeführer erlaubt, seine Präsenzzeiten (im Umfang eines 50%-Pensums) mit nicht mehr als zwei krankheitsbedingten Abwesenheiten pro Monat bis zum Ende einzuhalten. Auch die stetige

Medikamenteneinnahme sei hierfür entscheidend gewesen. Im Arbeitsalltag habe beim Beschwerdeführer wiederholt ein Leidensdruck festgestellt werden können. Vor diesem Hintergrund sei en seine motivierte und engagierte Arbeitshaltung sowie seine speditive und genaue Arbeitsweise stets besonders hervorgehoben worden. Die Grenze seiner Leistungsfähigkeit sei als ausgeschöpft erlebt worden, eine Steigerung des Arbeitspensums während des gesamten Arbeitstrainings sei nicht in Frage gekommen. Der Beschwerdeführer sei nach der Arbeit erschöpft gewesen und habe die Aufrechterhaltung seiner Stabilität von genügend Erholung abhängig gemacht. Er habe vergleichbare Arbeiten wie andere Mitarbeiter ausgeübt und sehr gute Resultate erzielt. Im Team sei er gar als Entlastung empfunden worden. Seine Leistungsfähigkeit habe im Rahmen des 50%-Pensums derjenigen der anderen Mitarbeiter entsprochen. Auch unter Zeitdruck sei seine Leistung nicht beeinträchtigt worden. Der Einsatzbetrieb habe ihm deshalb eine 50%-Stelle angeboten unter der Voraussetzung, dass sich der Gesundheitszustand nicht verschlimmere. Bis am Ende des Arbeitstrainings habe der Beschwerdeführer seine Leistung aufrechterhalten. Er werde als gut vorbereitet für den ersten Arbeitsmarkt eingeschätzt. Für eine nachhaltige Integration sei aber ein Arbeitgeber erforderlich, welcher Rücksicht auf seine gesundheitliche Problematik nehmen könne, vor allem, was regelmässige Absenzen (1- 2 Mal pro Monat) anbelange. Auch müsse die Bereitschaft vorhanden sein, den Beschwerdeführer ausreichend mit wechselbelastenden Tätigkeiten zu beschäftigen. Überraschend habe der Einsatzbetrieb im Oktober 2016 einen Einstellungsstopp angeordnet, weshalb der Beschwerdeführer dann lediglich noch eine auf sechs Monate befristete Stelle erhalten habe. Als Ergebnis des Arbeitstrainings könne festgehalten werden, dass dem Beschwerdeführer eine wechselbelastende Tätigkeit ohne gebückte Körperhaltung im Umfang von 50 % in einem wohlwollenden Arbeitsumfeld zumutbar sei.

3.3.2

Laut dem Abschlussbericht Arbeitsvermittlung des B.____ vom 21. Februar 2017 (Urk. 6/57) wirkte der Beschwerdeführer angesichts der schwierigen gesundheitlichen und finanziellen Situation bezüglich seiner beruflichen Zukunft zunehmend verunsichert. Die Stellensuche habe deshalb mit ihm nicht wie geplant besprochen werden können. Damit sei eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes einhergegangen, so dass er Termine nicht wahrnehmen können. Gemäss seinen Äusserungen seien seit November 2017 (richtig: 2016) intensivere Schmerzen aufgetreten, so dass er sich von der Arbeit krankmelden müssen. Trotz dieser ungünstigen Umstände habe der Arbeitsvertrag dank des sozialen Engagements des Einsatzbetriebes bis Oktober 2017 verlängert werden können. Die Massnahme habe hingegen frühzeitig beendet werden müssen mit dem Ziel, die gesundheitlichen Rahmenbedingungen zuerst zu klären. Im Moment sei der Beschwerdeführer auf einen sozial engagierten und wohlwollenden Arbeitgeber angewiesen. Eine nachhaltige berufliche Eingliederung sei erschwert. Denkbar sei eine Stelle, wo er bei einer Präsenzzeit von 50 % nicht die volle Leistung erbringen müsse.

3.4.3

Gemäss dem Arztbericht von Dr. D.____ an die Beschwerdegegnerin vom 6./ 8. März 2017 (Urk. 6/60) besteht beim Beschwerdeführer ein chronisches invalidisierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom beidseits mit myofascialer Komponente bei Hypermobilität, Differentialdiagnose: Bindegewebserkrankung im Sinne eines Ehlers

Danlos Syndroms, Myopathie. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ausser dem leichte bis mittelschwere depressive Episoden bei chronifizierter Schmerzproblematik

sowie eine psychosoziale Belastungssituation (beruflich) vorhanden. Es sei mit einer schmerzmedizinischen Behandlung begonnen worden, ebenso mit einer psychosomatischen Begleitbehandlung. Gegenwärtig befinde sich der Beschwerdeführer in einer Arbeitsreintegration zu 50 %. Durch die Rückenproblematik wahrscheinlich bedingt durch die Hypermobilität sei die körperliche Belastungsfähigkeit sicherlich herabgesetzt. Die lange Leidensgeschichte bzw. die depressiven Episoden bewirkten ebenfalls eine reduzierte Belastung. Die 50%ige Arbeit im jetzigen Setting sei sinnvoll. Über die Wirksamkeit der Massnahmen und eine mögliche Verbesserung der Symptomatik könne erst nach ca. vier Monaten Auskunft gegeben werden (vgl. auch Urk.

6/68/82-83) . 3 .4.2

Im Verlaufsbericht vom 29./30. Juni 2017 (Urk. 6/65) führte Dr. D.____ aus, durch die schmerzbedingte Behandlung habe eine leichte Verbesserung der Grundschmerzen erzielt werden können, eine Steigerung der Belastung sei aber nicht möglich geworden. Der Beschwerdeführer arbeite nun seit längerem zu 50 % in einer angepassten Tätigkeit und gebe glaubhaft an, dass bei einer Steigerung der Belastung die Schmerzen zunehmen würden. Langfristig wäre eventuell eine Steigerung der Belastungsfähigkeit durch ein entsprechendes Muskelaufbautraining möglich. 3 .5

Gemäss dem Arztbericht des Hausarztes Dr. F.____

vom 30. August 2017 (Urk. 6/68/6 -11) bestehen beim Beschwerdeführer (1) eine chronisch rezidivierende invalidisierende Lumboglutealgie beidseits bei tendenzieller Hypermobilität bis Instabilität L4/5/S1, deutlicher Beweglichkeit L3/4 und kranial davon, keine Neurokompression spinal oder foraminal, anamnestisch depressive Verstimmung sekundär im Rahmen der Schmerzchronifizierung, im MRI LWS/ISG vom 5. Mai 2014 waren keine Pathologien nachweisbar, (2) leichte bis mittel schwere depressive Episoden bei chronifizierten Schmerzen, (3) Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten der Lebensbewältigung (Z73.0), Differentialdiagnose: depressive Störung sowie (4) ein Lumbovertebralsyndrom mit Hypermobilität im Segment L2/3 nach Facettengelenksinfiltration L2/3 beidseits. Dem Beschwerdeführer sei es nicht möglich, mehrere Stunden am Stück nur zu sitzen. Gehen sei schon nach relativ kurzer Zeit nicht mehr möglich. Der Beschwerdeführer benötige nach einigen Stunden wieder Ruhepausen. Aktuell sei der Beschwerdeführer zu 50 % bzw. für vier Stunden pro Tag arbeitsfähig. Bislang habe er medikamentöse und psychotherapeutische Ansätze abgelehnt. Falls diese konsequent durchgeführt werden könnten, wäre eventuell eine Verbesserung zu erwarten. 3 .6

Laut dem Bericht des G.____ an Dr. D.____ vom 12. April 2017 (Urk. 6/71 /7-10) besteht beim Beschwerdeführer ein chronisches invalidisierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom beidseits mit myofascialer Komponente bei Hypermobilität, leichten bis mittelschweren depressiven Episoden bei chronifizierter Schmerzproblematik, psychosozialer Belastungssituation (beruflich) und aktueller Untersuchung zum Ausschluss einer Bindegewebserkrankung (z.B. Ehlers-Danlos Syndrom). Bezüglich des Verdachts auf eine Bindegewebserkrankung befinde sich der Beschwerdeführer in einem Graubereich. Für eine Bindegewebserkrankung sprächen sicherlich die bläulichen Skleren, die mässiggradige Trichterbrust sowie die Skoliose mit einem Cobbwinkel von 10 Grad, welche physiotherapeutischer Betreuung bedürfe. Die Pyrodinoline ergäben keinen Hinweis auf einige spezifische Erkrankungen des Bindegewebes (ein Ehlers-Danlos Syndrom vom

kyphoskolistischen und spondylocheirodysplastischen Typ sei damit ausgeschlossen). Wie besprochen, werde zur besseren Einschätzung um ein Aufgebot zur ophthalmologischen und kardiologischen Evaluation bei Verdacht auf Binde gewerbserkrankung gebeten. Der Beschwerdeführer werde nach Erhalt aller Diagnostik zur Befundbesprechung aufgeboten.

Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers konnten die Ärzte des G.____ keine Angaben machen (vgl. Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 19. Oktober 2017, Urk. 6/71/6).

3.7

RAD-Arzt Dr. H.____ führte in der Stellungnahme vom 15. November 2017 (Urk. 6/72/5) aus, es gebe beim Beschwerdeführer keine Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein chronisch rezidivierendes lumbales Schmerzsyndrom, keine Neurokompression, MRI LWS und Hüften: keine wesentlichen Pathologien und leichte bis mittelschwere depressive Episoden bei Problemen mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73.0). Die Einschränkungen in Bezug auf die bisherige Tätigkeit als Physiklaborant bestünden vor allem wegen den Rückenschmerzen beim längeren Sitzen. Es sei eine Tätigkeit mit Wechselbelastung zu empfehlen. Die von Dr. F.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit sei mangels objektiver pathomorphologischer Veränderungen nicht plausibel, die Einschätzung beruhe auf den subjektiven Äusserungen des Beschwerdeführers. Es liege damit durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % vor. Es sei nicht zu erwarten, dass weitere medizinische Massnahmen zu einer relevanten Reduktion der Arbeitsunfähigkeit führen würden. 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützt ihre Auffassung, wonach kein Gesundheitsschaden vorliege, welcher einen Anspruch auf eine Rente ausweise, auf die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. H.____ vom 15. November 2017 (Urk. 2; vgl. E. 3.7). 4.2

4.2.1

Die Feststellungen in dieser aktenbasierten Stellungnahme beruhen laut RAD Arzt Dr. H.____ (Urk. 6/72/5) auf eigener Beurteilung sowie auf den Arztberichten von Dr. D.____ vom 6./8. März und 31. Januar 2017 (Urk. 6/60, vgl.

E. 3.4), der Ärzte des G.____ vom 12. April 2017 (Urk. 6/71/7-10, vgl. E. 3.6), von Dr. F.____ vom 30. August 2017 (vgl. E. 3.5), der Ärzte des L.____ vom 20. Mai 2014 und der M.____ vom 12. Februar 2015 (Urk. 6/68/12-14 und Urk. 6/68/15-20, vgl. E. 3.1) sowie von Dr. A.____ vom 4. Dezember 2015 (Urk. 6/30, vgl. E. 3.2).

Es trifft zu, dass in den genannten Arztberichten sowie im orthopädischen Gutachten von Dr. A.____ aus somatischer Sicht hauptsächlich ein chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes und/oder lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne Neurokompression und (gemäss MRI) ohne wesentliche Pathologien im Bereich der Lendenwirbelsäule sowie der Hüfte diagnostiziert wurde. Insofern ergibt sich aus den Akten demnach tatsächlich kein klar fassbares organisches Korrelat für die vom Beschwerdeführer seit Jahren geklagten massiven Schmerzen. Soweit sich die besagten Ärzte überhaupt zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers geäussert haben, attestierten sie dem Beschwerdeführer indessen übereinstimmend gleichwohl eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit.

Dr. F.____, auf welchen sich RAD-Arzt Dr. H.____ im Rahmen seiner Beurteilung ausdrücklich bezog, reihte dabei in seinem Bericht vom 30. August 2017 – im Gegensatz zu

RAD Dr. H.____ (Urk. 6/72/5) – unter anderem (fachfremd) auch «leichte bis mittelschwere depressive Episoden bei chronifizierten Schmerzen» unter die «Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit» ein. Zur Frage nach den Einschränkungen in bisheriger Tätigkeit hielt er im Weiteren unter Hinweis auf das Gutachten von Dr. A.____ vom 4. Dezember 2015 fest, dass diese wie bisher 50 % betrage, wobei bei zunehmenden Schmerzen und wegen der Schmerzmedikation eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe (Urk.

6/68/8; vgl. zur Schmerzmedikation auch die Angabe von Dr. F.____ im Bericht an Dr. D.____ vom 9. Dezember 2016, wonach der Beschwerdeführer «wieder» einen extrem hohen Opiatbedarf habe [Urk. 6/68/81]). Gutachter Dr.

A.____ hielt im besagten Gutachten zwar fest, dass seine Diagnose «chronisches LVS mit Schmerzexazerbation über Jahre ohne klinisches Korrelat» laute. Daran anschliessend wies er jedoch darauf hin, dass in der vorliegenden Anamnese Depressionen bzw. Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung etc. beschrieben würden und der Beschwerdeführer aktuell von einem Burnout berichte, welches durch die chronischen Schmerzen verursacht worden sei. Er empfehle dringend eine vertiefte psychiatrische Abklärung (Urk. 6/30/10-11). Auch Dr. D.____ stellte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 8.

August 2017 fest, dass die Belastbarkeit des Beschwerdeführers nicht nur durch die Rückenproblematik, sondern auch durch die lange Leidensgeschichte bzw. die depressiven Episoden beeinträchtigt sei. Er bemerkte sodann ebenfalls, dass aufgrund der Schmerzen, der Medikation sowie der Depression das Konzentrationsvermögen des Beschwerdeführers eingeschränkt sei, ebenso auch das Auffassungsvermögen, die Anpassungsfähigkeit sowie – eben – die Belastbarkeit (Urk. 6/60/5-6). In seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 30. Juni 2017 bezeichnete er sodann die Angabe des seit längerer Zeit zu 50 % in angepasster Tätigkeit arbeitenden Beschwerdeführers, wonach bei einer Steigerung der Belastung die Schmerzen zunähmen, ausdrücklich als glaubhaft (Urk. 6/65/4; vgl.

auch die Feststellung im Abschlussbericht des B.____ vom 22. Oktober 2016, wonach die Grenze der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers bei einem Pensum von 50

% als ausgeschöpft erlebt worden und eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht in Frage gekommen sei [vgl. E. 3.3.1]).

Wohl ist – wie RAD-Arzt Dr. H.____ insoweit zu Recht bemerkte - mit Blick auf die somatische Befundlage nicht plausibel, dass dem Beschwerdeführer in einer angepassten (wechselbelastenden) Tätigkeit lediglich ein Pensum von 50 % möglich und zumutbar sein soll. Allein die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers würden sodann für die Annahme einer rechtserheblichen Einschränkung in der Tat nicht genügen. Nach dem Gesagten ergeben sich aber aus den besagten Berichten von Dr. F.____, Dr. A.____ und Dr. D.____ objektive Anhaltspunkte dafür, dass beim Beschwerdeführer eine psychische Störung bestehen könnte. Ausserdem finden sich auch in weiteren, von RAD-Arzt Dr. H.____ in seiner Stellungnahme nicht erwähnten Vorberichten Hinweise auf ein psychisches Leiden (vgl. den Bericht des J.____ über das Arbeitsassessment vom 21. August 2013, worin als arbeitsrelevante Diagnose ein Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4, angeführt wurde [Urk. 6/68/38], sowie den Bericht von Dr. med. N.____, leitende Ärztin Psychosomatik in der O.____, vom 30. Juli 2015 über das von ihr mit dem Beschwerdeführer am 21. Juli 2017 durchgeführte Vorgespräch, worin sie

ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41, sowie eine leichte Anpassungsstörung, ICD-10 F43.0, diagnostizierte [Urk. 6/68/78]). Darüber hätte die Beschwerdegegnerin nicht ein fach hinwegsehen dürfen. Ausserdem wäre auch eine eingehendere Befassung mit dem gemäss Aktenlage (vgl. Urk. 6/68/69 und Urk. 6/68/80-81) seit Jahren bestehenden, zeitweise massive n Konsum des

opioidhaltigen

und bekanntlich schnell süchtigmachenden

Schmerzmittel s

Oxycontin sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers geboten gewesen. 4.2.2

Zur zuverlässigen Beurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers erscheint daher eine fachärztliche Abklärung des psychischen Gesundheitszustandes sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erforderlich (davon scheint im Übrigen ursprünglich auch RAD-Arzt Dr. H. ___ ausgegangen zu sein, vgl. die Notizen vom 15. Juni, 3. und 18. November 2015 sowie vom 18.

Dezember 2015 im Verlaufsprotokoll der Eingliederungsberatung vom 13. Mai 2016 [Urk. 6/35]). Dass sich der Beschwerdeführer bislang – trotz mehrfacher ärztlicher Empfehlung – psychiatrisch nicht behandeln liess, ändert daran nichts: So lange nicht klar ist, ob und allenfalls an welchen psychiatrischen Beschwerdebildern der Beschwerdeführer leidet und ob ihn diese einschränken oder nicht, kann ein Abklärungsbedarf nämlich nicht allein wegen des Fehlens einer psychiatrischen Behandlung verneint werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_273/2017 vom 9. April 2018 E. 3.3 mit Hinweis auf BGE 143 V 409 E. 4.2.2 und E. 4.4; vgl. E. 1.2). Dies gilt umso mehr, als der Beschwerdeführer in den letzten Jahren etliche somatische Behandlungs- sowie ferner auch Eingliederungsbemühungen unternommen hat, was auf einen vorhandenen Leidensdruck schliessen lässt. 4.3

Anzufügen bleibt, dass gemäss dem Bericht des G. ___ an Dr.

D. ___ vom 12. April 2017 (vgl. E. 3.6) weitere Abklärungen bezüglich eines allfälligen Ehlers-Danlos Syndrom geplant waren. Ob diese Abklärungen vorgenommen wurden, geht aus den Akten nicht hervor. Insofern erscheint der medizinische Sachverhalt ebenfalls ergänzungsbedürftig. 4.4.

Es ergibt sich somit, dass die angefochtene Verfügung auf einem unvollständig abgeklärten medizinischen Sachverhalt beruht. Die Verfügung ist daher in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die medizinische Aktenlage aktualisiere. Je nach dem hat sie danach - unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gemäss E. 1.2.2 und E. 1.2.3 – jedenfalls ein psychiatrisches oder ein interdisziplinäres resp. polydisziplinäres Gutachten einzuholen. Danach hat sie über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu zu verfügen. 5.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57). Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 600.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden

Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 16. Januar 2018 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 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: - X.____ - 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 HurstBrügger

E. 6

/8.

März 2017 (Urk. 6/60/1-7) und vom 2

E. 9

/30.

Juni 2017 (Urk. 6/65), von Dr. med.

F.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 30. August 2017 (Urk. 6/68/1-11, unter Beilage diverser weiterer Arztberichte, Urk. 6/68/12-85) und des G.____ vom 19. Oktober 2017 (Urk. 6/71) ein. Am 7. November 2017 nahm Dr. med. H.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle Stellung (Urk. 6/72/5). Mit Vorbescheid vom 16. November 2017 kündigte die IV-Stelle X.____ die Abweisung seines Leistungsbegehrens an, da kein Gesundheitsschaden bestehe, welcher einen Anspruch auf eine Invalidenrente ausweise (Urk. 6/73). Nachdem dagegen vom Versicherten kein Einwand erhoben wurde, wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 16. Januar 2018 ab (Urk. 2). 2.

Gegen diese Verfügung erhob X.____ am 1. Februar 2018 Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei ihm nach Vornahme weiterer Abklärungen eine Invalidenrente zu sprechen (Urk. 1). Die

Beschwerdegegnerin ersuchte am 6. März 2018 um Abwei sung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwerdeführer am 1 2. März 2018 mit geteilt wurde (Urk. 7). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erfor derlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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