

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00868 vom 9. Juni 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-06-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00868

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00868 du 9 juin 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00868 del 9 giugno 2020

Erwägungen

E. 1

Der 1968 geborene X.____, gelernter Elektromonteur (Urk. 6/10/2), wurde in den Jahren 1992 bis 1994 wegen diverser Rückenbeschwerden im Rahmen beruflicher Massnahmen zum Elektrokontrolleur inklusive Mathematikkurs und Handelsdiplom mit Weiterführung zum kaufmännischen Angestellten umgeschult (Urk. 6/1, vgl. auch Urk. 6/10/3). Ab 1997 war er als Elektro service monteur für die Y.____ GmbH tätig (Urk. 6/ 33/2, Urk. 6/2/1-2). Am 22. Dezember 2014, ergänzt am 2. Februar 2015, meldete Dr. med. Z.____, Facharzt für Innere Medizin, spez. Rheumatologie, den Versicherten unter Hinweis auf diverse Diagnosen sowie eine Arbeitsunfähigkeit von 50 bis 100 % bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zur Früherfassung an (Urk. 6/3, Urk. 6/6). Nach einem ersten Gespräch zur Früherfassung am 6. März 2015 (Urk. 6/9) meldete sich der Versicherte am 11. März 2015 unter Angabe von Schmerzen an Rücken, Nacken, Schultern, Beinen und Gelenken sowie Apnoe und Schlafstörung für eine berufliche Integration/Rente bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung an (Urk. 6/11). Die IV-Stelle liess daraufhin (erneut) Auszüge aus dem individuellen Konto des Versicherten erstellen (IK-Auszüge, Urk. 6/16 und 6/76) und nahm medizinische Berichte (Urk. 6/ 20, Urk. 6/24-25) sowie die beim Krankentaggeldversicherer vorhandenen Unterlagen (Urk. 6/18) zu den Akten. Es folgten berufliche Abklärungen (Urk. 6/26 ff., Urk. 6/32-33) und der Abschluss einer Zielvereinbarung zwecks Frühintervention in der Zeit von Juli 2015 bis Januar 2016 (Urk. 6/35), welche in der Folge umgesetzt wurde (Urk. 6/38 ff., 6/47 ff., 6/65). Mit Mitteilung der IV-Stelle vom 2. Mai 2016 wurde die Integrationsmassnahme im Betrieb aus gesundheitlichen Gründen beendet (Urk. 6/64). Weitere ärztliche Berichte wurden erstattet (Urk. 6/44, 6/61-63, 6/68-69, 6/79). Mit Schreiben vom 27. März 2017 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, sein Gesundheitszustand könne mit einer adäquaten fachpsychiatrischen Behandlung/Therapie sowie einer adäquaten schmerztherapeutischen Nachsorge wesentlich verbessert werden. Unter Hinweis auf seine Schadenminderungspflicht forderte sie den Versicherten auf, ihr mitzuteilen, bei welchem Arzt er diese Massnahme durchführen werde (Urk. 6/87). Daraufhin nahm der Versicherte

eine psychiatrische Behandlung bei Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, auf (Urk. 6/89), welcher am 9. Dezember 2017 einen ärztlichen Bericht verfasste (Urk. 6/96). Nach erneuter Vorlage des Dossiers bei ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; vgl. Urk. 6/97/8-10) stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 16. März 2018 die Abweisung seines Rentenbegehrens in Aussicht (Urk. 6/98). Dagegen erhob der Versicherte

am 26. März 2018 (Urk. 6/99), ergänzt am 8. Mai 2018 (Urk. 6/101), Einwand. Nach Einholung der RAD-Stellungnahme von med. pract. B.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, vom 15. August 2018 (Urk. 6/103/2-3) verfügte die IV-Stelle am 3. September 2018 im angekündigten Sinne (Urk. 6/105 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil I des Sozialversicherungsrechts; ATSG). 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

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (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 145 V 215 E. 5.1, 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 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittel schwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturier ten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Ände rung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshin dernder 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). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 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

Die regionalen ärztlichen Dienste (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 Prüfmethoden 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).

RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.4).

Praxismässig 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).
2.

E. 2

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 4. Oktober 2018 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm Leistungen der Invalidenversicherung (Rente und berufliche Massnahmen) zuzusprechen. Die Sache sei zwecks Einholung eines medizinischen Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 , vgl. auch Urk. 1 S. 9 Ziff. 27). Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 5. November 2018 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwerdeführer am 7. November 2018 mitgeteilt wurde (Urk. 7).

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

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, es lägen keine Befunde mit lang an dauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Aus den fachärztlichen Berichten der behandelnden Ärzte ergebe sich, dass aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe. Das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung sei ebenfalls verneint worden. Zudem liege weder ein Therapiewunsch noch eine erkennbare Motivation des Beschwerdeführers für eine psychotherapeutische Behandlung vor.

Gemäss Aktigraphie (nicht invasives Verfahren zur Untersuchung menschlicher Aktivitäts- und Ruhezyklen) sei die Ruheeffizienz hoch, wes halb der subjektiv beschriebene unerholbare Schlaf nicht objektiviert werden können. Gemäss der Einschätzung des RAD sei die medizinische Aktenlage klar und es liege keine dauerhafte und erhebliche Erwerbsunfähigkeit vor (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte dagegen zusammengefasst vor, die Beschwerdegegnerin habe den Untersuchungsgrundsatz verletzt. Eine reine Aktenbeurteilung durch den RAD reiche nur aus, wenn ein lückenloser Befund vorliege und es im Wesentlichen lediglich um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts gehe. Ohne eigene Untersuchung könne der RAD nur dazu Stellung nehmen, ob der einen oder der anderen medizinischen Ansicht zu folgen sei oder ob weitere Untersuchungen zu veranlassen seien. Sodann sei es bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen weitere Untersuchungen zu veranlassen. Die behandelnden Ärzte hätten zuletzt eine Arbeitsunfähigkeit von 70-80 % attestiert (Urk. 1 S. 6). Ferner treffe es nicht zu, dass Dr. A. ___ keine relevanten Befunde erhoben habe. Hinzukomme, dass die Ärzte der Klinik C. ___ während seines einmonatigen Aufenthaltes eine mittelgradige depressive Episode sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert und ihm eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 70 % attestiert hätten, was sie mit Befunden untermauert hätten (Urk. 1 S. 7). Überdies habe das seit 2009 bestehende schwergradige Schlafapnoesyndrom im Jahr 2013 anhand eines Polysomnogramms bestätigt werden können (Urk. 1 S. 7). Die Schlafeffizienz habe 77 % betragen, es seien pro Stunde durchschnittlich 34 atmungsbedingte Aufwachreaktionen aufgetreten und die Sauerstoffsättigung sei auf 80 % gesunken. Es sei ihm damals eine Atemmaske für die Nacht verschrieben worden. Aktuell

sei er gar auf eine nächtliche Sauerstoffbeatmung angewiesen. Zusammenfassend könnten die Einflüsse des Schlafapnoesyndroms anhand der Aktigraphie nicht abschliessend beurteilt werden. Die geklagten Beschwerden an der Wirbelsäule seien zumindest teilweise durch bildgebend ausgewiesene Befunde erklärbar und hätten zur Attestierung einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit gar in angepasster Tätigkeit geführt (Urk. 1 S. 8). Dadurch, dass die behandelnden Ärzte von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zwischen 50 und 80 % aus gingen, würden erhebliche Zweifel an der aktenbasierten RAD-Beurteilung bestehen, welche zwingend zu einer Begutachtung hätten führen müssen. Sodann seien bei der Ressourcenprüfung die ressourcenhemmenden Faktoren wie Komorbiditäten und Persönlichkeitsstruktur gänzlich ausser Acht gelassen worden (Urk. 1 S. 9). 3. 3.1

Dem Bericht der Klinik D.____ vom 17. April 2013 ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer habe sich mit dem Ziel vorgestellt, endlich nicht mehr unter Tagesmüdigkeit zu leiden, nachdem verschiedene Behandlungsversuche der Schlafapnoe gescheitert seien (Urk. 6/25/24). Mittels APAP-Therapie (Automatic Positive Airway

Pressure) habe die Atmungsstörung laut Geräteaufzeichnung behoben werden können, indes habe sich die Tagesmüdigkeit nicht verändert (Urk. 6/25/26).

Zwecks Einstellung der nächtlichen Beatmung war der Beschwerdeführer laut Bericht vom 7. November 2014 vom 3. bis am 7. November 2014 in der Klinik E.____ , Rehabilitationszentrum, hospitalisiert (Urk. 6/25/21-22). 3.2

In seinem zuhause des Krankentaggeldversicherers erstatteten Bericht vom 20. Januar 2015 nannte Dr. Z.____

eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 4. August bis 18. Dezember 2014 sowie eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 19. Dezember 2014 (Urk. 6/18/12). Als Diagnosen führte er - mit weiteren Details - eine zunehmende Erschöpfung bei schwergradigem obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10 G47.31), eine unklare Insomnie mit Durchschlafstörung, eine erschwerte Nasenatmung, eine Polyglobulie , eine massive arterielle Hypertonie sowie ein zervikozephal

spondylogenes Schmerzsyndrom beidseits linksbetont auf (Urk. 6/18/11).

Seinem Bericht zuhause der IV-Stelle vom 18. Mai 2015 ist sodann zu entnehmen, die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit habe sich ab dem 10. Februar 2015 auf 30 % reduziert (Urk. 6/24/3). Die Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit müsse mittels einer ergonomischen Evaluation abgeklärt werden (Urk. 6/24/4). Ferner äusserte Dr. Z.____ den Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Urk. 6/24/2).

Am 14. April 2016 gab Dr. Z.____ an, beim Beschwerdeführer liege eine Polymorbidität vor. Die Arbeitsfähigkeit habe mehrheitlich um 30 % herum geschwankt . Es sei von einem stationären Verlauf auszugehen und er halte eine interdisziplinäre Begutachtung für sinnvoll (Urk. 6/61). 3. 3

Die Ärzte des Universitätsspitals F.____ , Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 9. März 2015 unter anderem eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und ein zervikozephal

spondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (Urk. 6/25/13). Sie gingen davon aus, bei den Rückenschmerzen spielten sowohl die bekannten degenerativen Veränderungen als auch psychische Faktoren eine relevante Rolle (Urk. 6/25/14). 3. 4

Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 18. Mai 2015 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein zervikales- und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, eine Coxarthrose beidseits sowie ein schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom (Urk. 6/25/1). Er ging von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Büro und von einer leicht höheren Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus (Urk. 6/25/2-3). 3.5

Die Ärzte des F.____, Klinik für Rheumatologie, nannten in ihrem Bericht vom 17. September 2015 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ihr Fachgebiet betreffend eine leichtgradige Coxarthrose beidseits sowie ein zervikovertebrales und lumbospondylogenes Syndrom links mit/bei segmentaler Dysfunktion der Halswirbelsäule (HWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) sowie sekundär myofaszialen Befunden paravertebral der HWS, Brustwirbelsäule (BWS) und LWS (Urk. 6/44/1). Sie gaben an, der Beschwerdeführer sei vom 15. bis am 19. Juni 2015 stationär bei ihnen gewesen (Urk. 6/44/2; vgl. auch den Austrittsbericht vom 19. Juni 2015, Urk. 6/68/7 ff.). Sodann führten sie aus, die Beweglichkeit sei im Bereich sowohl der HWS als auch der BWS und der LWS eingeschränkt. Dies wirke sich bei der Arbeit insoweit aus, als längeres Stehen und Gehen sowie das Heben mittelschwerer und schwerer Lasten nicht möglich sei. Das Tragen von Lasten im angestammten Beruf verschlechtere die Beschwerden (Urk. 6/44/3). Für eine angepasste Tätigkeit hielten die Ärzte eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für möglich (Urk. 6/44/4). 3.6

Dem Bericht von Prof. Dr. med. H.____, Facharzt für Neurochirurgie, und Dr. med. I.____, Facharzt für Rheumatologie, vom 2. Februar 2016 ist zu entnehmen, dass am 26. Dezember 2015 beim Beschwerdeführer eine Mikrodiskektomie L5/S1 beidseits von links und eine Rezessotomie L4/5 links durchgeführt wurden. Dies wegen einer Parese, welche auf eine wachsende Cauda-kompressiv luxierte Diskushernie L5/S1 links bei mässiger

Rezessusstenose L4/5 beidseits zurückzuführen gewesen sei

(Urk. 6/68/12; vgl. auch den Operationsbericht vom 29. Dezember 2015, Urk. 6/68/15 f.). Fünf Wochen postoperativ habe der Beschwerdeführer über eine vollständige Rückbildung der Schmerzen im linken Bein sowie im Rücken berichtet. Auch die Gefühlsstörungen und die Paresen im linken Bein hätten deutlich gebessert. Der Beschwerdeführer nehme indes noch dreimal täglich eine Tablette Zaldiar ein. Das Operationsresultat sei exzellent (Urk. 6/68/12).

Sie empfahlen, die Physiotherapie fortzusetzen. Der Beschwerdeführer könne seine Arbeit als Elektro-Service monteur wieder stufenweise erhöhen, tabufrei (Urk. 6/68/13).

Prof. H.____

führte am 19. Mai 2016 aus, er habe den Beschwerdeführer im Februar 2016 einmal postoperativ nachkontrolliert. Aus wirbelsäulen chirurgischer Sicht könne er wieder arbeiten, jedoch sei er polymorbid, weshalb eine interdisziplinäre Abklärung angezeigt sei (Urk. 6/68/6).

3. 7

Dem Bericht des Spitals J. ___ vom 19. April 2016 ist zu entnehmen, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lägen eine komplexe Schlafapnoe/Hypoapnoe-Symptomatik, eine nicht-organische Insomnie sowie ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom vor (Urk. 6/62/1). Für die bisherige Tätigkeit weise der Beschwerdeführer eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit auf (Urk. 6/62/2). 3.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2) , weshalb die Gerichtskosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind.

E. 6.2

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses sowie dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Mangels Vorliegens einer Honorarnote ist die Prozessentschädigung ermessensweise festzusetzen. Unter Berücksichtigung der massgebenden Kriterien hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 3. September 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen ergänzende Abklärungen treffe und hernach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

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

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 1

5. 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 Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrWidmer

E. 8

Dr. med. K.____, Teamleiterin Rehabilitation der Universitätsklinik L.____, nannte in ihrem Bericht vom 25. April 2016 namentlich die Diagnosen eines chronischen Panvertebralsyndroms, aktuell lumbal linksbetont akzentuiert, rezidivierender Oligoarthralgien überlastungsassoziiert-degenerativ sowie eines schweren obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (Urk. 6/63/6-7). Sie gab an, schwere körperliche Tätigkeiten sowie das Einhalten von Zwangshaltungen seien aufgrund der vorliegenden degenerativen Veränderungen der gesamten Wirbelsäule nicht möglich (Urk. 6/63/7). Zur genauen Beurteilung des Belastungsprofils empfehle sie die Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (Urk. 6/63/8). 3.

E. 9

Dr. phil. M.____, Fachpsychologin für Psychotherapie und Somnologin, und Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichteten am 30. September 2016, der Beschwerdeführer sei vom 22. August bis am 23. September 2016 stationär bei ihnen in der Klinik C.____ in Behandlung gewesen. Sie diagnostizierten eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine sonstige Schlafapnoe (ICD-10 G47.38), eine sonstige Spondylose mit Radikulopathie im Zervikalbereich (ICD-10 M47.22) sowie eine sonstige Spondylose mit Radikulopathie im Lumbosakralbereich (ICD-10 M47.27; Urk. 6/79/1).

Die Fachpersonen führten aus, der Beschwerdeführer habe über eine subjektiv deutlich reduzierte Konzentrationsfähigkeit berichtet und er sei auf die Schmerzproblematik und die Schlafstörung eingeengt. Er habe über Entscheidungsprobleme, weniger Interesse an anderen Menschen, reduzierte Libido und sozialen Rückzug geklagt (Urk. 6/79/1 -2). Er habe angegeben, der Schmerz begleite ihn den ganzen Tag, er wolle so nicht mehr leben, sei überfordert, antriebs- und lustlos und weise eine gedrückte Stimmung auf (Urk. 6/79/5).

Im Lauf der Behandlung sei er sich zunehmend bewusst geworden, dass er trotz Schmerzen auch Lebensqualität habe (Urk. 6/79/2). Trotz - unter Einnahme von Zolpidem (Urk. 6/79/5) - kurzer Schlaf latenz und hoher Ruheeffizienz

bei nur kurzen Wachphasen sowie Anwendung der Servoventilation sei der Schlaf subjektiv unerholsam geblieben (Urk. 6/79/2, Urk. 6/79/5). Wegen eines Verdachts auf ein immunpathogenes Schmerzsyndrom hätten sie einen Lüscher-Test durchgeführt, welcher den Verdacht bestärkt habe, zum anderen aber auch auf die Belastung durch Schmerzmittel hingewiesen habe. Als Anschlussbehandlung seien eine weitere Einstellung des Medikaments Trittico sowie das Aufsuchen eines Psychiaters vorgesehen. Zudem sei ein Arbeitsversuch im Rahmen von 30 % geplant (Urk. 6/79/3). 3.10

In seinem Bericht vom 9. Dezember 2017 führte Dr. A.____ aus, er habe den Beschwerdeführer vom 4. Mai bis am 3. Oktober 2017 behandelt. Er äusserte den Verdacht auf eine Somatisierungsstörung beziehungsweise eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.0, F45.4), welche - ebenso wie das Schlafapnoe-Syndrom - Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe (Urk. 6/ 96/6). Im ärztlichen Befund legte er dar, es sei ein leichtes bis höchstens mittelgradiges depressives Syndrom mit Niedergeschlagenheit, Freud- und Interesselosigkeit, Rückzugs- und Isolationstendenz festzustellen, welches der Beschwerdeführer selbst als Folge und nicht etwa als Ursache seiner Beschwerden sehe.

Der durch geführte Persönlichkeitstest sei auffällig ausgefallen. Er spreche für eine starke Abwehr- und Negationstendenz und weise auf starre Abwehrmechanismen und Überkompensation von Minderwertigkeitsgefühlen hin. Es liege das Bild eines (gegenwärtig) niedergeschlagenen, depressiven und besorgten Menschen vor, der eine psychiatrische Intervention durch Verdrängung und Verleugnung erschwere. Das Ergebnis spreche für eine ordentliche, selbstkritische, aber wenig flexible Persönlichkeit mit histrionischen und hypochondrischen Zügen. Typischerweise würden solche Patienten körperliche Symptome als Reaktion auf psychischen Stress entwickeln. Insgesamt ergebe sich ein neurotisches Bild, das mit einer somatoformen Störung kompatibel sei (Urk. 6/ 96/8). Für die angestammte Tätigkeit liege seit Jahren eine Arbeitsunfähigkeit von 70 bis 80 % vor. Einschränkend würden sich dabei die allgemeine Ermüdbarkeit, die Leistungseinbusse durch Schläfrigkeit und das depressive Syndrom bei permanentem Schmerzerleben auswirken (Urk. 6/ 96/8-9).

Dr. A.____ fügte an, der Beschwerdeführer sei glaubhaft daran interessiert, seine Arbeitsfähigkeit zu verbessern (Urk. 6/ 96/10). 3.11

Am 5. Februar 2018 äusserte sich RAD-Arzt med. pract . B.____ dahingehend, dass der Beschwerdeführer laut Arztbericht von Prof. H.____ vom 24. Mai 2016 aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht wieder arbeiten könne. In fachpsychiatrischer Behandlung habe sich der Beschwerdeführer nur während weniger Monate befunden und gemäss Bericht von Dr. A.____ vom 9. Dezember 2017 habe keine Motivation für eine psychotherapeutische Behandlung vorgelegen. Der Beschwerdeführer habe betont, keine psychischen Probleme zu haben. Im Rahmen eines Ferienaufenthaltes habe er überdies nahezu beschwerdefreie Tage erlebt. Vor diesem Hintergrund sei die von Dr. A.____ postulierte Arbeitsunfähigkeit in der Höhe von 70 bis 80 % nicht nachvollziehbar. Einschränkend liege lediglich die Verdachtsdiagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vor. Ressourcen seien vorhanden. Insgesamt liege keine Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 6/97/9).

Am 15. August 2018 ergänzte med. pract . B.____, die Aktigraphie habe eine hohe Ruheeffizienz zu Tage gefördert und die subjektiv beschriebene Unerholbarkeit seines Schlafes habe somit nicht objektiviert werden können. Daraus, dass der Beschwerdeführer keine neuen Arztberichte vorgelegt habe, schliesse er, dass keine medizinische Behandlung stattfinde und kein entsprechender Leidensdruck bestehe. Ein objektivierbarer Gesundheitsschaden sei nicht ausgewiesen (Urk. 6/103/2-3). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei ihrer Beurteilung auf die Aktenbeurteilung durch den RAD. Diese ist daher näher zu betrachten.

Aus dem Austrittsbericht der Klinik C.____ vom 30. September 2016 würdigte RAD-Arzt med. pract. B.____ den Umstand, dass der Beschwerdeführer im Sommer 2016 einen Urlaub in Amerika verbracht hatte (Urk. 6/97/7), liess hingegen unberücksichtigt, dass anlässlich des gut einen Monat dauernden Klinikaufenthalts von Fachpersonen unter anderem eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert worden waren (Urk. 6/79/1). Zwar trifft es zu, dass die Psychologin und der Psychiater im Austrittsbericht keine Arbeitsunfähigkeit attestierten, jedoch wiesen sie darauf hin, dass ein Arbeitsversuch im Rahmen von 30 % geplant sei, und baten um eine Krankschreibung entsprechend dem Verlauf (Urk. 6/79/3). Mithin erscheint die Würdigung dieses Berichts durch den RAD einseitig, was

bereits gewisse Zweifel an seiner Beurteilung aufkommen lässt.

Sodann überzeugt es nicht, dass der Arbeitsmediziner des RAD die vom Psychiater

Dr. A.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70 bis 80 % (Urk. 6/96/8-9) unter Hinweis auf angeblich vorhandene Ressourcen (der Beschwerdeführer bezeichnete sich als arbeitswillig und sei in der Lage, in den Urlaub zu fahren) und unter der Annahme, dass

sich lediglich die Verdachtsdiagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung einschränkend auswirke, für nicht nachvollziehbar erklärt, ohne dies näher zu begründen

(Urk. 6/97/9). Denn damit ist - falls diese Einschätzung überhaupt zutreffen sollte - noch nicht gesagt, dass gar keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegen würde. Auch dass der Beschwerdeführer selber der Meinung war, keine psychischen Probleme zu haben und in Einklang damit keinen Therapiewunsch hegte (Urk. 6/97/9), lässt nicht für sich alleine bereits auf eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit schliessen, sondern könnte beispielsweise ebenso auf eine fehlende Krankheitseinsicht hinweisen. In diese Richtung deuten die Angaben von Dr. A.____, wonach der Persönlichkeitstest eine starke Abwehr- und Negationstendenz ergeben habe und eine psychiatrische Intervention durch Verdrängung und Verleugnung erschwert sei (Urk. 6/96/8).

Med. pract.

B.____

verliess mit der Bewertung psychiatrischer Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sein Fachgebiet der Arbeitsmedizin, was den Beweiswert seiner Ausführungen deutlich verringert.

Seine Aktenbeurteilungen vom 5. Februar und vom 15. August 2018 (Urk. 6/97/9-10, Urk. 6/103/2-3) erfüllen nach dem Gesagten

die allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an versicherungsinterne ärztliche Feststellungen nicht, da nicht unerhebliche Zweifel an ihrer

Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweis). Im Übrigen

konnte im vorliegenden Verfahren nicht - auch nicht aus Gründen der Verhältnismässigkeit - von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, zumal im Rahmen beweiswertiger psychiatrischer Berichte eine Arbeitsunfähigkeit nicht in nachvollziehbar begründeter Weise verneint worden war. Vor

diesem Hintergrund sind weitere Abklärungen aus psychiatrischer Sicht angezeigt. 4.2

In somatischer Hinsicht stützte sich der R A D auf die Beurteilung von Prof. H.____, wonach der Beschwerdeführer aus rein wirbelsäulenchirurgischer Sicht wieder arbeiten könne (Urk. 6/97/9). Dabei v e r schwieg med. pract . B.____ den Umstand, dass Prof. H.____

f estgehalten hat te, eine interdisziplinäre Abklä rung sei angezeigt (Urk. 6/68/6), und dass er im Zusammenhang mit dem p endenten invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren auf die Abklärungen durch die Rheumaklinik der Uni versitäts klinik L.____ verwies en hat te (Urk. 6/68/13).

Hinzu kommt, dass Prof. H.____ den Beschwerdeführer postoperativ nur ein einziges Mal gesehen hat (Urk. 6/68/12, Urk. 6/68/6). Dabei zeigte sich der Beschwerdeführer zwar schmerzfrei, doch nahm er noch dreimal täglich Zaldiar ein (Urk. 6/68/12), wobei es sich um ein Opioid-Analgetikum zur Behandlung mittelstarker bis starker Schmerzen handelt (<https://compendi um.ch/ product / 115836-zaldiar-filmtabl>; besucht am 20. Mai 2020).

Unberücksichtigt liess med. pract . B.____ sodann die demjenigen von P rof. H.____ widersprechenden Berichte (vgl. Urk. 6/97/9 und Urk. 6/103/ 2-3). Zwar war die Ausgangslage eine andere - da präoperativ-, als die Ärzte des F.____, Klinik für Rheumatologie, den Beschwerdeführer selbst für angepasste Tätigkeiten in einem Umfang von 50 % als eingeschränkt erachteten (E. 3.5 vorstehend, Urk. 6/44/4). Indes postulierten die Ärzte des Spitals J.____ auch im April 2016 noch eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit (E. 3.7 vorstehend, Urk. 6/62/2).

Auch die Ärztin der Uni versitäts klinik L.____ gab im April 2016 an, schwere körperliche Tätigkeiten sowie das Einhalten von Zwangshaltungen seien nicht möglich (E. 3.8 vorstehend, Urk. 6/63/7), wobei die angestammte Arbeit als Elektromonteur hohe körperliche Beanspruchungen aufwies (Urk. 6/60/5). Nach dem Gesagten sind - in Einklang mit der Beurteilung durch die Ärztin der Uni versitäts klinik L.____ (Urk. 6/63/8) - auch bezüglich der Beschwerden an der und um die Wirbelsäule weitere Abklärungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten sowie in einer angepassten Tätigkeit angezeigt. Ferner drängt sich eine interdisziplinäre Beurteilung auf, zumal die Schmerzen sowohl psychische als auch somatische Ursachen zu haben scheinen (vgl. Urk. 6/24/2, 6/25/13-14, 6/79/1, 6/96/6). 4.3

Beim Beschwerdeführer steht überdies eine allfällige Einschränkung namentlich durch ein Schlafapnoe-Syndrom im Raum (Urk. 6/18/11, 6/25/1, 6/62/1, 6/63/7, 6/96/6). Da umfassende administrative Erstbegutachtungen regelmässig poly disziplinär und damit zufallsbasiert anzulegen sind, insbesondere dann, wenn die medizinische Situation nicht offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fach gebiete beschlägt (BGE 139 V 349 E. 3.2), wird eine polydisziplinäre Begutach tung vorzunehmen sein.

5. 5.1

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 stän diger 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 Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 5.2

Die Beschwerdegegnerin hat den entscheidrelevanten Sachverhalt nach dem Gesagten ungenügend abgeklärt.

Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese im Sinne vorstehender Erwägung rechtsgenügende medizinische Abklärungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angestammter sowie gegebenenfalls in leidensangepasster Tätigkeit vornehme. Anschliessend wird die Beschwerdegegnerin über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung neu zu entscheiden haben. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6.

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