

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00962 vom 9. November 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-11-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00962

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00962 du 9 novembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00962 del 9 novembre 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1963, war von Januar 1995 bis März 2008 als Gartenbauer/Landschaftsgärtner bei der Y.____ GmbH in einem 100%-Pen sum angestellt (Urk. 7/15).

Am 22. Mai 2006 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf lumbale Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/4). Nach ersten Abklärungen und diversen Kostengutsprachen zur Arbeitsplatzerhaltung (Urk. 7/19, Urk. 7/20, Urk. 7/23) informierte der Versicherte am 25. März 2008 die IV-Stelle über eine neue, rüchenschonendere Arbeitsstelle (Urk. 7/25). Vom

1. Mai 2008 bis

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]). 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

) darf aufgrund der Diagnose, vorliegend immerhin (auch) eine mittelgradige depressive Episode, und des Zeitablaufs nicht (mehr) ohne weiteres auf Therapierbarkeit geschlossen bzw. die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz verneint werden. Es ist nicht auszuschliessen, dass die diagnostizierte mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom eine Eigenständigkeit und ein Ausmass erreicht hat, das invalidenversicherungsrechtlich relevant ist. Solange aber Anhaltspunkte für eine psychiatrische Erkrankung vorliegen und weitere Sachverhaltsabklärungen möglich sind, darf im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 61 lit. c ATSG) die Folge der Beweislosigkeit für einen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden nicht greifen (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221; 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweis).

Schlüssige medizinische Ausführungen, die eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im nunmehr anzuwendenden strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 erlauben würden, liegen hier nicht vor. Die Prüfung der invalidenversicherungsrechtlich relevanten Beeinträchtigungen ist nicht möglich, da sich die gegebenen Arztberichte sowie die Stellungnahmen des RAD Arztes nicht eingehender dazu äussern. Kommt hinzu, dass verschiedene somatische Erkrankungen vorliegen, was eine gesamtheitliche Betrachtung und Einschätzung der arbeitsrelevanten Einschränkungen erfordert.

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, insbesondere 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).

Zur abschliessenden Klärung sind weitere medizinische Angaben notwendig. Die Sache ist daher unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 8. Oktober 2018 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur umfassenden, rechtsgenügenden medizinischen Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Gestützt auf diese Abklärungen wird sie in Berücksichtigung des gesundheitlichen Verlaufs erneut über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu entscheiden haben.

In dem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5. 5.1

Das vorliegende Verfahren geht um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen, es ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind dabei nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

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 der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung hat. Letztere ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 GSVGer ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streit Sache, der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 8. Oktober 2018

E. 1.3

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 1.4

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.5

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). 2.

2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 8. Oktober 2018 (Urk. 2) hielt die Beschwerdegegnerin fest, die medizinische Abklärung habe ergeben, dass die körperlichen Beschwerden eher zweitrangig seien und keinen direkten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Eine Arbeitsunfähigkeit sei insbesondere aufgrund des psychischen Gesundheitszustandes attestiert worden, wobei Belastungen innerhalb der Familie vorliegen würden. Der Schweregrad des psychischen Leidens sei aufgrund weniger objektiver Befunde nicht erkennbar. Mit der Fortsetzung der Therapie könne eine weitere Besserung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Aus diesem Grund seien die vorliegenden Diagnosen als nicht invalidisierend zu bewerten und der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu verneinen. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 1. November 2018 (Urk. 1) zusammengefasst geltend,

aufgrund seiner zahlreichen somatischen Leiden könne er seine angestammte Tätigkeit als Landschaftsgärtner nicht mehr verrichten, was die Beschwerdegegnerin anerkannt habe. Sodann leide er an einer chronifizierten, mittelschweren bis schweren, depressiven Störung, weshalb er zu 100 % erwerbsunfähig sei und deshalb Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe. 3.

E. 3

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

E. 3.1

Bereits im Jahr 2007 begab sich der Beschwerdeführer mit psychophysischem Erschöpfungszustand und Anpassungsstörung bei erheblicher psychosozialer Belastung in psychosomatische Rehabilitation in die Klinik B.____. Während des Aufenthalts habe der Beschwerdeführer körperlich und psychisch gut rekonduziert werden können. Die Ärzte empfahlen die Fortsetzung einer regelmässigen Psychotherapie (vgl. Bericht der Klinik B.____ vom 1. November 2007, Urk. 7/61/102-104).

Im März 2016 entwickelte der Beschwerdeführer nach einem Suizidversuch seines Sohnes erneut einen psychophysischen Erschöpfungszustand - ähnlich wie im Jahr 2007 - , aufgrund dessen ihn sein Hausarzt, Dr. C.____, All gemeine Medizin FMH, in die psychosomatische Rehabilitation in das Reha Zentrum D.____ überwies (vgl. Schreiben vom 27.

Mai 2016, Urk. 7/61/135), wo er vom 6. Juni bis 10. Juli 2016 hospitalisiert war und eine interdisziplinäre Therapie (Medizin, Pflege, Psychologie, Physiotherapie, Sporttherapie,

Ergotherapie) durchgeführt wurde. Im Austrittsbericht vom 8. Juli 2016 (Urk. 7/61/7-10) beschrieben die Ärzte des Reha zentrums D.____

den Beschwerdeführer bei Eintritt als wach und allseits orientiert. Das formale Denken werde vom Beschwerdeführer als verlangsamt empfunden. Er sei auf die Thematik der eigenen Krankheit sowie derjenigen des Sohnes

eingeeengt. Inkohärenzen gebe es keine, Ängste und Zwänge würden verneint werden. Der affektive Rapport sei herstellbar. Der Beschwerdeführer wirke hin gegen leichtgradig niedergestimmt und habe Schuldgefühle gegenüber dem Sohn. Der Antrieb werde vom Beschwerdeführer als verarmt empfunden, sozial habe er sich zurückgezogen. Sie diagnostizierten einen psychophysischen Erschöpfungszustand bei akuter Belastungssituation mit Depersonalisationstendenz bei ausgeprägter psychosozialer Belastung sowie mit Anpassungsstörung mit reaktiver Depression. Die Ärzte hielten zusammenfassend fest, der Beschwerdeführer habe vom Aufenthalt profitieren können und neue Perspektiven und Möglichkeiten gewonnen. Er könne die Dinge nun ruhiger und ohne Angst angehen. Sie attestierten dem Beschwerdeführer bis zum 30. Juli 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Im Anschluss sei in Kooperation mit dem Hausarzt und Arbeitgeber ein Wiedereinstieg in die bisherige Tätigkeit in einem 50%-Pensum geplant.

E. 3.2

Seit dem 15. August 2016 war der Beschwerdeführer bei Dr.

E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in wöchentlicher psychiatrischer Behandlung. Dr. E.____

beschrieb den Beschwerdeführer in seinem Arztbericht vom 21. Januar 2017 (Urk. 7/67) als wach, allseits orientiert, ängstlich, niedergestimmt, innerlich unruhig und mit Insuffizienzgefühlen. Mit Verweis auf die fehlende psychische Belastbarkeit und die psychophysische Erschöpfung diagnostizierte er eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.2) ohne psychotische Symptome, derzeit in Teilremission, und attestierte ihm in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Landschaftsgärtner eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In welchem Umfang der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeiten könne, könne er nicht beantworten. Da zur depressiven Störung noch diverse körperliche Beschwerden hinzukommen würden, sei die Prognose derzeit nicht gut. Bei Weiterführung der Psychotherapie sei ein Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess jedoch möglich. Die Belastung durch den psychisch kranken Sohn, der beim Beschwerdeführer zu Hause lebe,

würde die Krankheit aber aufrechterhalten (vgl. Verlaufsbericht vom 19. Juli 2017, Urk. 7/78).

In seinem Verlaufsbericht vom 22. Dezember 2017 (Urk. 7/86) diagnostizierte Dr. E.____ neben der rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1) eine vermutlich seit der Jugend bestehende anankastische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.5). Die Prognose sei nach wie vor ungünstig, auch wegen der körperlichen Leiden. Andere belastende Faktoren würden derzeit aber keine bestehen. Er attestierte auch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit.

E. 3.3

In Bezug auf die körperlichen Beschwerden führte Dr. C.____ in seinem Arztbericht vom 13. November 2016 (Urk. 7/61/1-4) aus, neben dem psychischen Erschöpfungszustand würden Schmerzen im gesamten Rücken, den bei den Knien sowie in der linken Schulter hinzukommen. Er nannte unter anderem folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - chronisch-rezidivierende lumbospondylogene Beschwerden - Erstmanifestation 2002, Schmerzexazerbation 2004-2006 - Leichte degenerative Veränderungen (MRI 9. November 2016) - chronisch-rezidivierendes thorakovertebrales Schmerzsyndrom - geringgradige degenerative Veränderungen (MRI 9. November 2016) - chronisch-rezidivierendes zervikospondylogenes Schmerzsyndrom - Osteochondrosen C5/6 und C6/7, diskrete neuroforaminäre Enge C7 links (MRI 9. November 2016) - Gonarthrosen beidseits - Vordere Kreuzbandinsuffizienz linkes Knie bei Status nach arthroskopisch diagnostizierter Ruptur (1982) - Status nach Arthroskopie rechtes Knie (September 1997) mit retropatellärer Knorpelglättung - Status nach hinterer Ellbogenluxation und Schulterkontusion rechts (12. Februar 2000) - Status nach Ellbogenluxation und dorsale Débridement - Arthroplastik

Aus somatischer Sicht

schätzte er den Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit je nach Schmerzsituation zu 50 % arbeitsfähig ein.

Das aufgrund chronischer Schulterschmerzen indizierte MRT Arthrographie des linken Schultergelenks am 30.

November 2016 (Urk. 7/66/5) habe eine AC-Gelenksarthrose mit Knochenmarksödem sowie eine Tendinosis calcarea in der vorderen Supraspinatussehne gezeigt (vgl. Arztbericht vom 8. Dezember 2016, Urk. 7/66/2). In seinem Arztbericht vom 19. November 2017 nannte

Dr. C.____

die mittelgradige depressive Episode als Hauptdiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/84).

E. 3.4

Bei Verdacht auf eine tiefe Beinvenenthrombose auf der linken Seite wurde der Beschwerdeführer am 16. Dezember 2017 notfallmässig ins Spital F.____ ein gewiesen, wo er bis am 29. Dezember 2017 hospitalisiert war (vgl. Austrittsbericht vom 9. Januar 2018,

Urk. 7/101/20-24). Die Ärzte konstatierten, der initiale Verdacht auf eine tiefe Beinvenenthrombose habe sich nicht erhärtet. Die Symptomatik mit pseudoradikulären Schmerzen links, transient verminderter Kraft sowie Knie- und Sprunggelenksschwellung links sei im Rahmen des bekannten lumbospondylogenen Schmerzsyndroms zu interpretieren, aggraviert durch eine Fehllagerung bei Status nach Sprunggelenksverletzung im August 2017 sowie einer Anpassungsstörung. Unter der konservativen analgetischen Therapie mit schmerzmodulierender Medikation und Physiotherapie habe sich die Symptomatik teilweise regredient gezeigt, mit einer schrittweisen Verbesserung der Mobilität. Zwei Tage nach Spitalaustritt am 29. Dezember 2017 wurde der Beschwerdeführer erneut im Spital F.____

vorstellig. Er habe über immobilisierende Schmerzen gluteal rechts, im rechten Oberschenkel und Knie sowie im rechten Sprunggelenk lateral geklagt. Unter unveränderter analgetischer Therapie sei es sehr rasch zu einer deutlichen Beschwerdebesserung gekommen. Eine Röntgenkontrolle des rechten Kniegelenks habe zwar eine Retropatellararthrose gezeigt, aber nur eine geringe Verschmälerung des Gelenkspalts femorotibial. Die Ärzte des Spitals F.____ hielten fest, auf eine weitere Diagnostik werde verzichtet. Im Vordergrund stehe die psychosomatische Problematik (vgl. Austrittsbericht vom 26. Januar 2018, Urk. 7/101/17-19).

E. 3.5

Am 12. Januar 2018 wurde der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand ins Rehasentrum D.____ entlassen, wo er bis am 15. Februar 2018 hospitalisiert war. In Bezug auf den Psychostatus des Beschwerdeführers führten die Ärzte des Rehasentrums D.____

in ihrem Austrittsbericht vom 13. März 2018 (Urk. 7/98) aus, der Beschwerdeführer wirke bewusstseinsklar bei erhaltener Orientierung in allen Qualitäten. Die Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentration sei normal, das Gedächtnis intakt. Formale Denkstörungen gebe es keine. Ebenso wenig generalisierte Ängste, Phobien oder Zwänge. Hinweise auf Wahn, Halluzinationen oder Ich-Störungen gebe es auch nicht. Der Beschwerdeführer sei affektiv wenig schwingungsfähig, leicht deprimiert und angespannt wirkend, blicke aber grundsätzlich zuversichtlich in die Zukunft. Der Antrieb sei mittelgradig reduziert, die Psychomotorik unauffällig. Von Suizidalität distanzieren er sich glaubhaft. Den körperlichen Zustand des Beschwerdeführers betreffend konstatierten die Ärzte, bei Eintritt habe der Beschwerdeführer ein stark ödematöses rechtes Bein gehabt. Bildgebende Befunde der Beckenübersicht hätten zwar eine beginnende Arthrose gezeigt, klare Hinweise für die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen würden jedoch fehlen. Die Ärzte führten deshalb noch einen Ultraschall des Abdomens durch, im Rahmen dessen als Zufallsbefund vergrösserte Lymphknoten im Bereich des Venenwinkels inguinal rechts, ein weiteres grosses Lymphom im Bereich der Iliaca externa Gefässe und ein kleineres Lymphom im Bereich der Fossa poplitea entdeckt worden seien.

Insgesamt habe der Beschwerdeführer von den körperorientierten Therapien profitieren können. Insbesondere habe sich seine Körperwahrnehmung verbessert, sodass er sich traute, sein rechtes Bein wie der mehr zu belasten, was wiederum dazu führte, dass er sich psychisch stabiler fühlte. Es werde die Fortführung der ambulanten Physiotherapie sowie der psychotherapeutischen Behandlung empfohlen. Ausserdem bestehe die Indikation für weitere Abklärungen der Lymphome bei anamnestisch Status nach Melanom (Operation 2017). Dem Beschwerdeführer wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis 28.

Februar 2018 attestiert. Die Ärzte erachteten eine Wiedereingliederung in eine Arbeit mit deutlich weniger Körpereinsatz

durch die IV als sinnvoll. Zuvor müsse aber die Ursache für die unklaren Lymphknoten abgeklärt werden. 3.6

Zur weiteren Abklärung wurde am 20. Februar

2018 ein MRT des Beckens durchgeführt, welches die beidseitig inguinal vergrösserten Lymphknoten sowie die vergrösserten Lymphknoten rechts parailiakkal im Becken

be stätigte . Eine defini tive Beurteilung der Dignität könne nur durch eine Biopsie erbracht werden (vgl. Bericht vom 21. Fe bruar 2018, Urk. 7/101/8). In der Folge überwies Hausarzt Dr. C.____ den Be schwer deführer zur fachärztlichen Untersuchung in die Onko logie des Uni versitätsspitals G.____ (vgl. Sc hreiben vom 1 3. März 2018, Urk. 7/101/3). Bei Hinweis auf das bestehende Lymphödem wurde die empfohlene inguinale Lymphknotenexzision nicht durchgeführt. Der Beschwerdeführer sei mit Prednison therapiert worden und habe bereits wenige Tage nach Therapiestart von einer Besserung der Schwellung des Beins sowie der damit verbundenen Be schwerden berichtet. Die untersuchenden Ärzte des G.____ konstatierten im Arzt be richt vom 1 9. März 2018 (Urk. 7/107) , im klinischen Status sei weder ein Lymph ödem der Beine noch eine Lymphknoten vergrösserung inguinal beidseitig palpa bel. Bei fehlender Lymphadenopathie sei auf eine Biopsie verzichtet worden . Sie empfahlen, die Prednison dosis langsam auszuschleichen und dann eine sono gra phische Verlaufskontrolle der Leistenlymphknoten durchzuführen. Zur weite ren Abklärung sei ausserdem eine Computertomographie (CT) von Hals, Thorax und Abdomen zu empfehlen . Diese wurde a m 2 8. März 2018 durchgeführt (vgl. Ra di ologischer Befund, Urk. 7/128). Am 5. Juli 2018 begab sich der Beschwerde füh rer in die ang iologische Sprechstunde ins S pital

F.____ (vgl. Arztbericht vom 5. Juli 2018, Urk. 7/128/3). Dr. H.____ , FMH Angiologie, hielt fest, beim Beschwerdeführer würden sich bei aktuell praktisch verschwundenem Ödem die bekannten Lymphknotenvergrösse rung en inguinal be idseits mit Status nach einer a u s geprägten Beinschwellung mit Maximum am rechten Oberschenkel zei gen, wobei es weiterhin keine Hinweise für eine venöse Pathologie gebe. Im CT vom 2 8. März 2018 würden sich in der Anzahl vergrösserte Lymphknoten an obgenannten Lokalisationen , aber ohne suspek te Befunde ansonsten , zeigen. Mit einer Lymphknotenbiopsie könne zugewartet werden.

E. 3.7

Im Rahmen seiner aktenbasierten Einschätzung nannte RAD-Arzt Dr. A.____ in seiner Stellungnahme vom 1 7. August 2018 (vgl. Feststellungsblatt, Urk. 7/141 S. 4f.) die beginnende Gonarthrose beidseits sowie die mässige Arthrose in der linken Schulter als Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeits fähig keit. Ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: - Vermehrte Lymphknoten, unspezifisch - Status nach «verschwundenem» Ödem des rechten Beine s - Chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes , thorakovertebrales und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom ohne somatisches Korrelat - Status nach hinterer Ellenbogenluxation und Schulterkontusion rechts (Februar 2000) - Varikosis Grad I - Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pVAK) Stadium I - RF: Arterielle Hypertonie, Adipositas - Zwangsstörung, Angststörung, mittelgradige depressive Episode - Chronische Schmerzstörung - Leichtes Schlafapnoesyndrom - Status nach Melanomoperation am Rücken (Februar 2017) - Erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren

Körperlich schwere Tätigkeiten seien nicht mehr möglich. Aufgrund dessen sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Landschaftsgärtner nicht mehr arbeitsfähig, in einer leidensangepassten körper lich leichten bis maxi mal mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit, ohne häufige hüftbelast ende Zwangshaltungen (Bücken, Hocken, K nien) oder die linke Schulter häufig belas ten de Zwangshaltungen und Tätigkeiten (längeres Arbeiten in weiter Arm vor halte, Überkopfarbeit, repetitive Rotationsbewegungen), sei dem Beschwerde füh rer hingegen ein 100%-Pensum zumutbar.

4. 4.1

Fest steht und unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer in seiner ange stamm ten Tätigkeit als Landschaftsgärtner aufgrund diverser körperlicher Beschwerden nicht mehr arbeitsfähig ist (vgl. E. 3.7 hiervor). Streitig ist dagegen, in welchem Umfang der Be schwerdeführer in einer behinde rungs angepassten Tätigkeit ar beits fähig ist. 4.2

In der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Einschätzung des RAD, wonach der Beschwerdeführer primär aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, ihm in einer leidensangepassten Tätigkeit und unter Berücksichtigung des Belastungsprofils aber ein 100%-Pensum zumutbar ist (E. 3.7). Die Ärzte des Reha zentrums D.____ erachteten eine Wiederein gliede rung in eine Arbeit mit deutlich weniger Körpereinsatz als sinn voll (E. 3.5 in fine). In welchem Ausmass der Beschwerdeführer in einer solchen Tätigkeit arbeitsfähig ist, führten sie jedoch nicht aus. Dr. C.____ sowie die behandelnden Ärzte des S pitals F.____ äus serten sich nicht explizit zur Arbeitsfähigkeit in einer lei densangepassten Tätig keit, erachteten jedoch die psychosomatische Pro ble ma tik als für die Beurteilung der Arbeits fähig keit ausschlag gebend und im Vorder grund stehend (vgl. E. 3.3 in fine , E. 3.4 in fine). Der behandelnde Psychiater Dr. E.____

erachtete keine Arbeitsfähigkeit mehr als gegeben an und hielt fest, dass die Prognose aufgrund der hinzu kom men den diversen körper lichen Beschwerden nicht gut sei (E. 3.2).

4. 3

Vor dem Hintergrund, dass sich keiner der behandelnden Ärzte zur Arbeitsfähig keit in einer angepassten Tätigkeit aus somatischer Sicht äusserte

und die Ärzte des Reha zentrums D.____ die Wiedereingliederung mithilfe der IV empfahlen , erscheint die Aktenbeurteilung des RAD-Arztes zu wenig begründet . Ausserdem bestehen divergente Beurteilungen darüber, ob der diagnostizierte n rezidivieren den depressive n Störung, gegenwärtig mi ttelgradige Episode (ICD-10: F 33.1) ein inva li den versicherungsrechtlich relevanter Einfluss auf die Arbeits fähigkeit zukommt. RAD-Arzt Dr. A.____ hielt diesbezüglich in seiner Stellung nahme vom 17. Au gust 2018 fest, dass sich die mittelgradige depressive Episode nicht dauer haft auf die Arbeitsfähigkeit auswirke und führte aus, dass die Einschätzung des be han delnden Psychiaters nicht begründet und nachvollziehbar sei (Urk. 7/141 S. 5f.). Wohl ergeben sich aus den diversen Berichten von Dr. E.____ wenig An ga ben zu den objektiven Befunden und lassen sich die Diagnosen anhand sei ner Ausführungen nicht nachvollziehen, zumal er wieder holt über schwierige soziale Umstände berichtet. Indes beruht die Stellungnahme des RAD auf keiner persönlichen Untersuchung und konnte er sich lediglich auf die unzuläng lichen Befunde des behandelnden Psychiaters abstützen. Im Übrigen ist Dr. A.____ kein psychiatrischer Facharzt. Angesichts der neusten Recht sprechung des Bundesge richts (E.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung 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 Gesundheits schädigung 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 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). 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).

E. 8

aufgehoben wird und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese nach den Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch 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.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - 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 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Hurst Stadler

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