

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00171 vom 22. Oktober 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-10-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00171

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00171 du 22 octobre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00171 del 22 ottobre 2019

Erwägungen

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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei ansich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich

unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

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

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).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherung interner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 1.5

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 Sozialversicherungsgesicht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen

erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidende Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 5. März 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 31. Januar 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine Rente, zu gewähren (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 17. Juni 2019 (Urk. 11) die Abweisung der Beschwerde. Am 18. Juli 2019 erstattete der Beschwerdeführer die Replik (Urk. 17). Mit Schreiben vom 19. August 2019 (Urk. 19) verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Duplik, was dem Beschwerdeführer am 26. August 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 20). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, dass nach der Beurteilung des RAD aufgrund der körperlichen Beschwerden keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Aus psychiatrischer Sicht liege der Fokus auf der Aktivierung/Umstrukturierung zu funktionellen Bewältigungsstrategien vor dem Hintergrund psychosozialer Belastungsfaktoren. Diese müssten ausgeklammert werden. Ausserdem verfüge der Beschwerdeführer über gute persönliche Ressourcen. Die medizinische Behandlung zeige Erfolg und die Behandler würden eine gute Prognose stellen. Die Kriterien der langen Dauer und der Erheblichkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung seien nicht erfüllt. Zu sätzlich stünden psychosoziale Belastungen der Wiedereingliederung im Weg. Es sei mittels Indikatorenprüfung eine gesamthafte Würdigung vorzunehmen. Eine Invalidität liege nicht vor. Hinsichtlich des fortgeschrittenen Alters sei anzumerken, dass der Beschwerdeführer während der Eingliederung im Jahr 2015 gute bis sehr gute Leistungen erbracht und eine neue Anstellung gefunden habe. Damals sei er bereits im 59. Altersjahr gewesen (S. 1 ff.).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 11) führte sie ergänzend aus, dass aus somatischer Sicht keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit zu objektivieren sei. Aus psychiatrischer Sicht sei eine Remission der rezidivierenden depressiven Störung nach Verbesserung der psychosozialen sowie körperlichen Situation möglich. Daher fehle es am rechtlich vorausgesetzten Kausalzusammenhang mit einer selbständigen Gesundheitsschädigung (S. 1 f.).

E. 2.2

Demgegenüber brachte der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor (Urk. 1), die medizinischen Berichte würden ihm eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestieren. Die körperlichen Beschwerden seien klinisch nachweisbar, weshalb kein unklares Beschwerdebild vorliege und sich eine Ressourcenprüfung erübrige. Ausserdem wäre eine solche Prüfung durch einen Facharzt vorzunehmen (S. 12 f. Ziff. 17-18). Die Beschwerdegegnerin habe sich ausschliesslich auf die Einschätzungen ihrer internen Mitarbeiterin sowie des RAD-Arztbesuches abgestützt, ohne sich mit den diesen Beurteilungen widersprechenden Akten auseinanderzusetzen (S. 14 Ziff. 20). Die psychische Erkrankung

sei mittlerweile chronifiziert und nicht nur Folge einer psychosozialen Belastungssituation (S. 15 Ziff. 21). Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Elektroinstallateur sei nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Die körperlichen Beschwerden seien nicht beachtet worden und es seien keine Abklärungen zum Leistungsprofil erfolgt (S. 17 Ziff. 25). Eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes liege vor (S. 18 Ziff. 26). Die medizinischen Akten würden belegen, dass keine auf dem freien Arbeitsmarkt einsetzbare Arbeitsfähigkeit mehr vorliege (S. 18 Ziff. 27). Schliesslich sei – aus näher genannten Gründen – eine allfällige Restarbeitsfähigkeit wirtschaftlich auch nicht mehr verwertbar (S. 18 ff. Ziff. 28-34).

In der Replik (Urk. 17) ergänzte er, dass der RAD-Arzt nicht auf die neueren Arztberichte eingegangen sei. Die Abklärungen seien nicht rechtsgenügend. Die RAD-Berichte seien keine taugliche Entscheidungsgrundlage (S. 2 f. Ziff. 1-5). Die Beschwerdegegnerin beziehe sich bei der Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf das Jahr 2015. Die Neuanmeldung sei jedoch erst im Jahr 2016 erfolgt und die gesundheitliche Situation habe sich seither wesentlich geändert (S. 3 ff. Ziff. 6-11).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und dabei insbesondere die verbliebene Arbeitsfähigkeit sowie die Verwertbarkeit einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit. 3. 3.1

Die rentenabweisende Verfügung vom 24. November 2015 (Urk. 12/66) basierte auf folgenden Berichten: 3.2

Dr. med. Y.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, nannte mit Bericht vom 28. Februar 2014 (Urk. 12/9) eine schwere rezidivierende Erschöpfungsdepression als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gab sie einen Status nach Tako - Tsubo -Syndrom, einen Nikotinabusus sowie eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) mit Status nach Dilatation der Arteria iliaca communis rechts an (S. 1 Ziff. 1.1). Sie habe den Beschwerdeführer letztmals am 23. April 2013 gesehen (S. 2 f.). 3.3

Mit Bericht vom 7. Mai 2014 (Urk. 12/14) informierten die Ärzte der psychiatrischen Klinik Z.____ (Z.____) über die (teil)stationären Aufenthalte des Beschwerdeführers (S. 2 f. Ziff. 1.3) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), anamnestisch seit 2007 - Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen Zügen (ICD-10 F60.8), Erstdiagnose (ED) 2007 - Legasthenie (eigenanamnestisch, ICD-10 F81.0)

Sodann erwähnten sie die folgenden, hier gekürzt aufgeführten Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.1): - pAVK Stadium IIa beidseits - Dupuytren Kontraktur der Palmaraponeurose links mehr als rechts - Status nach Tako - Tsubo -Syndrom

In den bisher ausgeübten Tätigkeiten liege seit dem 8. Januar 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Berufliche Integrationsmassnahmen würden empfohlen (S. 1, S. 5 Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht noch zumutbar. Eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe nicht (S. 6 Ziff. 1.7). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne gerechnet werden. Der Beschwerdeführer verfüge über ausreichende Arbeitsfähigkeiten. Er sei motiviert, auf den allgemeinen Arbeitsmarkt

zurückzukehren (S. 6 f. Ziff. 1.9, Ziff. 1.11). 3.4

Dem Schlussbericht Potenzialerhebung vom 20. August 2014 (Urk. 12/29) der ESPAS Stiftung ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer die Präsenzzeit gut habe leisten können und während der gesamten Massnahme einen psychisch und physisch stabilen Eindruck gemacht habe. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei jedoch deutlich reduziert und verlangsamt. In Anbetracht der hochsensiblen Persönlichkeitstruktur in Verbindung mit der Gefahr der Selbstüberforderung und daraus resultierender tiefer Leistungsfähigkeit werde eine weitere Stabilisierung im Rahmen eines Aufbautrainings empfohlen (S. 4 f.). 3.5

Gemäss dem am 7. Mai 2015 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht (Urk. 12/44) zur ärztlichen Erstexpertise von Dr. med. A.____, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie, liege eine progrediente sensorineurale Schwerhörigkeit hochtonbetont vor. Die Trommelfelle seien beidseits reizlos und intakt (S. 2 Ziff. 7). 3.6

Mit Abschlussbericht vom 15. Juni 2015 (Urk. 12/47) informierten die Mitarbeiter der Stiftung Solvita über das Arbeitstraining im Bereich Elektronik, wobei die Massnahme vom 2. Februar bis 31. Juli 2015 gedauert hätte, jedoch am 22. Mai 2015 durch den Beschwerdeführer infolge eines Praktikumsbeginns abgebrochen worden sei (S. 1 Ziff. 3). Der Beschwerdeführer habe sich grundsätzlich an den Präsenzplan gehalten. Auffallend sei, dass die Absenzstunden mit ansteigendem Pensum drastisch gestiegen seien. Der Grund hierfür sei unklar. Dadurch, dass die Arbeiten eher einfach und monoton gewesen seien, sei er tendenziell unterfordert gewesen (S. 3 Ziff. 6.3). 4. 4.1

Seit der letztmaligen materiellen Prüfung sind die folgenden, wesentlichen Berichte zu den Akten genommen worden: 4.2

Mit Bericht vom 7. Dezember 2015 (Urk. 12/85/1-3) informierten die Ärzte des Spitals B.____ (B.____), Klinik für Angiologie, über bestehende bilaterale krampfartige Schmerzen an den unteren und oberen Extremitäten. Diese träten bei Belastung, aber auch in Ruhe und spontan auf. Hinweise für eine relevante ischämische Genese ergäben sich nicht. Eine typische arterielle Claudicatio liege nicht vor. Die arterielle Perfusion der oberen und unteren Extremitäten sei bei bekannter pAVK nicht relevant eingeschränkt. Denkbar wäre eine muskuläre oder neurologische Ursache (S. 1, S. 3). 4.3

Am 12. Januar 2016 erfolgte durch Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie sowie für Handchirurgie, bei diagnostizierter Dupuytren-Kontraktur Stadium 1 mit gleichzeitiger Schwanenhalsdeformität Dig. IV links und Lipom Vorderarm links eine Dupuytren-Exzision, eine Y-V-Plastik sowie eine Lipom-Exzision (vgl. Operationsbericht vom 12. Januar 2016, Urk. 12/85/7; vgl. auch Bericht vom 18. Dezember 2015, Urk. 12/85/6). 4.4

Die am 19. Januar 2016 im Spital D.____ durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRI) der Lendenwirbelsäule (LWS) ergab keinen Nachweis einer Spinalkanalstenose. Es habe sich eine degenerativ bedingte allfällige Affektion von S1 beidseits gezeigt, jedoch keine Kompression (vgl. Bericht vom 20. Januar 2016, Urk. 12/85/8-9 S. 1). 4.5

Mit Bericht vom 15. Februar 2016 (Urk. 12/85/10-12) informierten die Ärzte des Spitals D.____ über die neurologische Untersuchung des Beschwerdeführers. Die klinische Untersuchung zeige bis auf die spontan vorhandenen Faszikulationen in der beidseitigen Wadenmuskulatur keine Auffälligkeit. In den Neurographien fänden sich keine Hinweise für eine Polyneuropathie und die Elektromyographie (EMG) zeige ein normales

Aktivitätsmuster während den Faszikulationen. Insgesamt handle es sich am ehesten um benigne Muskelkrämpfe und Faszikulationen. Allerdings könne die pAVK durchaus prädisponierend sein. Differentialdiagnostisch müsse an ein Myalgie- Faszikulations - Crampus -Syndrom gedacht werden. Das EMG weise allerdings keine pathologischen Faszikulationen nach. Die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden würden grundsätzlich nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit führen. Bis die entsprechende Therapie wirksam sei, könne eine solche allerdings attestiert werden. Längerfristig könne eine solche neurologisch nicht begründet werden (S. 2). 4.6

Dem Austrittsbericht der Ärzte des Spitals D.____ vom 26. Februar 2016 (Urk. 12/76 = Urk. 12/85/15-17; vgl. auch Operationsbericht vom 24. Februar 2016, Urk. 12/85/18-19) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer vom 20. bis 29. Februar 2016 aufgrund einer symptomatischen 70-75%igen stenosierenden Carotisstenose rechts nach dreimaliger Amaurosis

fugax hospitalisiert gewesen und am 21. Februar 2016 eine Carotis-Thrombendarteriektomie (TEA) durchgeführt worden sei. Die Ärzte nannten folgende, hier gekürzt aufgeführte Diagnosen (S. 1): - symptomatische 70-75 % Stenose der Arteria

Carotis

interna rechts; Hyperperfusionssyndrom bei Status nach Carotis-TEA rechts am 21. Februar 2016 - Muskelkrämpfe und Faszikulationen unklarer Ätiologie, Differentialdiagnose (DD): physiologisch gesteigert, Myalgie- Faszikulations - Crampus -Syndrom - pAVK der unteren Extremität Stadium I beidseits - Status nach Tako - Tsubo -Kardiomyopathie, Januar 2011 - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand entlassen werden können (S. 2). 4.7

Med. pract. E.____, Facharzt für Ophthalmologie, berichtete mit Schreiben vom 30. März 2016 (Urk. 12/85/23-24) über die erfolgte Untersuchung des Beschwerdeführers. Dabei habe sich an beiden Augen keine Gesichtsfeld einschränkung gezeigt (S. 1). 4.8

Dem Härtefallgutachten der Ärzte des B.____ vom 13. Mai 2016 (Urk. 12/92) ist zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer eine mittelgradige, hochtonbetonte sensorineurale Schwerhörigkeit bestehe, welche mit einem Standardhörgerät nicht optimal versorgt sei, jedoch ein ausreichendes Hörvermögen gewährleiste. Aktuell sei keines der audiologischen Härtefallkriterien erfüllt (S. 1). 4.9

Mit Schreiben vom 10. Juni 2016 (Urk. 12/96) beantwortete Dr. C.____ die Rückfrage der Beschwerdegegnerin dahingehend, dass die Handfunktion nach Dupuytren-Exzision links in der Regel vollständig normal sei, so dass die operierte Hand rechts kein Hinderungsgrund zur Ausübung des Berufes als Elektroinstallateur darstelle. 4.10

Dem Bericht der Ärzte der Z.____ vom 9. August 2016 (Urk. 12/102) sind folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (S.

2 Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - periphere Gefässkrankheit, nicht näher bezeichnet - Status nach Carotis-TEA am 21. Februar 2016 bei 75%iger Stenose - Muskelfaszikulationen und -krämpfe unklarer Ätiologie - Status nach Tako - Tsubo -Kardiomyopathie

Unter adäquater integrierter psychiatrischer Behandlung und Verbesserung der psychosozialen sowie körperlichen Situation sei eine Remission der rezidivierenden depressiven Störung möglich. Solange die psychosoziale Situation und die körperliche Erkrankung fortbeständen, sei die Prognose deutlich eingeschränkt und wiederholte rezidivierende depressive Störungen seien wahrscheinlich (S. 3 Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei seit dem 11. März 2016 in der bisherigen Tätigkeit als Elektriker vollständig arbeitsunfähig (S. 4 Ziff. 1.6). Möglich wäre eine Tätigkeit ohne starke körperliche Belastung, beispielsweise an einem Büroarbeitsplatz. Eine schrittweise Steigerung des Arbeitspensums werde empfohlen (S. 5 Ziff. 1.7). 4.11

Mit RAD-Stellungnahme vom 19. August 2016 erklärte Dr. med. Dr. rer. pol. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, dass aus somatischer Sicht weiterhin keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit zu objektivieren sei. Der psychische Gesundheitszustand sei instabil und es liege seit dem 11. März 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor. Da eine angepasste Tätigkeit mit schrittweiser Belastungssteigerung als möglich erachtet werde, sollte mit einem Belastungstraining und einer Wiedereingliederung begonnen werden (vgl. Urk. 12/104 S. 3 f.). 4.12

Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, nannte mit Bericht vom 27. Februar 2017 (Urk. 12/112) die folgenden, hier gekürzt aufgeführten Diagnosen (S. 1): - schmerzhafte Funktionsstörung der Beinmuskulatur beidseits, geringfügiger auch der Hand- und Armmuskulatur beidseits noch ungeklärter Genese - generalisierte Arteriosklerose bei den vaskulären Risikofaktoren Nikotinkonsum und Dyslipidämie (unbehandelt) mit/bei: - Status nach TEA einer mit Amaurosis

fugax symptomatischen höhergradigen Internia-Abgangsstenose rechts im Februar 2016 - pAVK der unteren Extremitäten mit Status nach perkutaner transluminaler Angioplastie (PTA) der Beinarterien beidseits 2014, sowie der Arteria iliaca communis rechts 2010 - Status nach Tako-Tsubo-Kardiomyopathie, 2011

Die Beurteilung sei schwierig und derzeit noch nicht abgeschlossen (S. 3). 4.13

Mit Verlaufsbericht vom 7. April 2017 (Urk. 12/114) informierten die Ärzte der Z.____ über einen stationären Gesundheitszustand. In neurologischer Hinsicht habe sich dieser allerdings verändert (S. 2 Ziff. 1.1). Im Vergleich zum letztmaligen Bericht sei der Beschwerdeführer im Affekt aufgeheitert. Er habe wiederholt die körperlichen Symptome als Auslöser und Hauptgrund seiner Arbeitsunfähigkeit angegeben. Diese Symptome würden derzeit neurologisch abgeklärt. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich infolge der körperlichen Symptome und der damit einhergehenden Beschwerden ein negativer Einfluss auf die Aufmerksamkeit, das Durchhaltevermögen, den Antrieb und die Anpassungsfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.3). Der Beschwerdeführer sei gemäss der Beurteilung durch Dr. Y.____ zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 2.2). Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seien die Befunde der laufenden neurologischen Untersuchung unbedingt zu berücksichtigen (S. 5 Ziff. 4.4). 4.14

Mit Bericht vom 18. Dezember 2017 (Urk. 12/119) informierte Dr. G.____, dass klinisch weiterhin schmerzhafte Muskelkrämpfe und Faszikulationen vorlägen, welche mit einem Crampus-Faszikulations-Syndrom vereinbar wären. Da dabei keine Muskelatrophien auftreten sollten, welche beim Beschwerdeführer allerdings nachweisbar seien, erscheine dieses Syndrom nicht als Hauptursache der Beschwerden. Die elektrophysiologische Untersuchung ergebe im Bereich der Arme einen Normalbefund, jedoch an beiden Beinen

eine leichte sensomotorische, vorwiegend demyelinisierende Polyneuropathie. Die motorisch evozierte Potentiale (MEP)-Diagnostik zeige normale zentral-motorische Laufzeiten zu allen vier Extremitäten. Somit ergäben sich keine Hinweise auf eine Motoneuron-, Vorderhorn-Erkrankung insbesondere vom Typ einer amyotrophen Lateralsklerose. Ein myopathisches oder myostatisches Geschehen sei noch nicht vollständig ausgeschlossen. Bisher hätten keine Hinweise auf eine relevante Polymyositis oder eine relevante Myopathie gefunden werden können. Aus neurologischer Optik sei die Wirbelsäule nicht ursächlich für die beklagten Beschwerden. Ob eine intermittierende Ischämie des Rückenmarks im Rahmen der generalisierten Arteriosklerose vorliege, müsse im weiteren Verlauf mitberücksichtigt werden. Die pAVK scheine gemäss den Angaben des Beschwerdeführers zwar nicht die Ursache der Beinschmerzen zu sein. Aus neurologischer Sicht sei dies allerdings anzuzweifeln. Der Beschwerdeführer leide an einer erheblichen pAVK. Differentialdiagnostisch müsse die Kombination einer Polyneuropathie mit einer Dekonditionierung wegen Muskelschmerzen (DD bei pAVK und Vitamin-D-Mangel) als Ursache der Muskelatrophie angesehen werden. Eine neurologische Verlaufskontrolle finde im Januar 2018 statt (S. 7 f.). Eine Arbeitsfähigkeit sei nicht gegeben (S. 8). Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei zu 0 % zumutbar (S. 3 Ziff. 1.7). Eine rein «sitzende» Tätigkeit sei zu 50 % zumutbar (S. 5). 4.15

Dr. Y.____ erachtete den Beschwerdeführer in dem am 2. Mai 2018 erstellten Bericht (Urk. 12/122) bis auf weiteres in jeglicher Tätigkeit als zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 f. Ziff. 1.3, Ziff. 2.7; S. 5 Ziff. 4.1-4.2). Seine Belastbarkeit sei tagesabhängig. Der Alltag sei massiv eingeschränkt (S. 2 Ziff. 2.2). Er sei körperlich nicht belastbar. Er verfüge zwar über Ressourcen, diese würden ihm in seiner Situation jedoch nichts bringen. Alle drei Arbeitsversuche hätten abgebrochen werden müssen. Es fehle demnach nicht am Willen des Beschwerdeführers (S. 4 Ziff. 3.4-3.5). Es gebe keine Zweifel an der Fahreignung. Im Sitzen gehe es problemlos. Die Funktion der Beine sei normal (S. 4 Ziff. 3.6). Der Beschwerdeführer sei 62 Jahre alt. Die Prognose für die Eingliederung sei schlecht. Der Eingliederung stünden nur die körperlichen Faktoren im Weg (S. 5 Ziff. 4.3-4.4). 4.16

Mit Stellungnahme vom 22. Mai 2018 hielt RAD-Arzt Dr. F.____ fest, dass keine neuen Befunde vorlägen, die eine wesentliche Änderung der bisherigen Arbeitsfähigkeit begründen könnten. Der massgebliche Sachverhalt sei umfassend und medizinisch nachvollziehbar multidisziplinär abgeklärt und entsprechend berücksichtigt worden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei an der RAD-Stellungnahme vom 19. August 2016 sowie am Vorbescheid festzuhalten (vgl. Urk. 12/124 S. 4). 5. 5.1

Im Rahmen der erstmaligen Rentenprüfung stand das psychische Leiden des Beschwerdeführers im Vordergrund (vorstehend E. 3.1-3.6). Da dieser nach Abschluss respektive Abbruch der Frühinterventionsmassnahmen im Mai 2015 in der Lage war, wiederum vollständig erwerbstätig zu sein, wurde ein invaliditätsrelevanter psychischer Gesundheitsschaden und gestützt darauf ein Rentenanspruch nachvollziehbar verneint (vgl. Urk. 12/56; Urk. 12/57 S. 1; Urk. 12/59 S. 3; Urk. 12/66). 5.2

Was den aktuellen psychischen Gesundheitszustand betrifft, ist der Beschwerdeführer zwischenzeitlich im Affekt wiederum aufgeheitelt und die psychischen Beschwerden sind nach Einschätzung der Ärzte der Z.____ hauptsächlich Folge der körperlichen Symptome sowie der vorhandenen psychosozialen Belastungsfaktoren. Bei einer diesbezüglichen Verbesserung wird eine Remission der depressiven Störung erwartet (vgl. Urk. 12/102 S. 3

Ziff. 1.4; Urk. 12/114 S. 2 Ziff. 1.3).

Die gesundheitliche Verschlechterung wird denn auch somatisch begründet. So erlitt der Beschwerdeführer eine symptomatische 70-75%ige Carotisstenose, auf grund welcher im Februar 2016 eine Carotis-TEA durchgeführt wurde. Eine Gesichtsfeldeinschränkung konnte erfreulicherweise ausgeschlossen werden (vor stehend E. 4.6-4.7). Zudem leidet der Beschwerdeführer neuerdings auch an schmerzhaften Muskelkrämpfen und Faszikulationen, wobei die Ursache hierfür noch nicht abschliessend geklärt werden konnte. Entscheidend ist jedoch auch nicht die Diagnose, sondern welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1, Urteil des Bundesgerichts 8C_112/2018 vom 24. April 2018 E. 4.3). Diese Auswirkungen bleiben vorliegend allerdings unklar. Im Februar 2016 hielten die Ärzte des Spitals D.____ zwar fest, dass die beklagten Beschwerden grundsätzlich nicht zu einer längerfristigen Arbeitsunfähigkeit führen würden. Dabei ergaben sich keine Hinweise auf eine Polyneuropathie (vgl. Urk. 12/85/10-12 S. 2). Zwischenzeitlich stellte Dr. G.____ indessen eine leichte sensomotorische, vorwiegend demyelinisierende Polyneuropathie an den Beinen fest (vgl. Urk. 12/119 S. 7). Dr. G.____ äusserte sich aber widersprüchlich zur verbliebenen Arbeitsfähigkeit. Einerseits hielt er fest, dass die bisherige Tätigkeit nicht mehr und auch eine angepasste Tätigkeit zu 0 % zumutbar sei (Urk. 12/119 S. 3 Ziff. 1.7). Andererseits erachtete er eine rein sitzende Tätigkeit als zu 50 % zumutbar (Urk. 12/119 S. 5). Dr. Y.____ befand den Beschwerdeführer schliesslich als körperlich nicht belastbar, erklärte gleichzeitig aber auch, dass Sitzen problemlos gehe. Eine behinderungsangepasste – wie bei spielsweise eine sitzende - Tätigkeit erachtete sie dennoch als vollständig unzumutbar (Urk. 12/122 S. 4 f. Ziff. 3.4-3.6, Ziff. 4.1-4.2). Eine verlässliche und nachvollziehbare Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit liegt aus medizinischer Sicht demnach nicht vor. Der reinen Aktenbeurteilung durch RAD-Arzt Dr. F.____, wonach aus somatischer Sicht keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit zu objektivieren sei (vgl. Urk. 12/104 S. 3 f.), kann sodann nicht ohne Weiteres gefolgt werden, setzte er sich in keiner Weise mit den widersprüchlichen medizinischen Akten oder der Tatsache auseinander, dass die behandelnden Ärzte in somatischer Hinsicht eine Arbeitsunfähigkeit attestierten. 5.3

Zusammenfassend erweist sich die vorliegende Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung der gesundheitlichen Situation und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als unzulänglich, weshalb die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese nach erneuter Abklärung der medizinischen und erwerblichen Situation eine neue Beurteilung vornehme und über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der

unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

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 Prozessentschädigung hat.

Die Prozessentschädigung ist gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 GSVGer – ohne Rücksicht auf den Streitwert – nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemessungskriterien ist die Prozessentschädigung vorliegend auf Fr. 3'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) fest zu setzen.

E. 6.3

Unter diesen Umständen erweist sich das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege (vgl. Urk. 1 S. 2) als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 31. Januar 2019 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, 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. 3'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer - 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
Mosimann
Meierhans

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

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