

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00191 vom 7. Dezember 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-12-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00191

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00191 du 7 décembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00191 del 7 dicembre 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1971 in Portugal, absolvierte keine Berufsausbildung (Urk. 8/1/5). Von 1989 bis 2010 war er in der Schweiz im Hotelgewerbe tätig (Urk. 8/1/1, Urk. 8/5, Urk. 8/28/10). Im Jahr 2017 reiste er erneut in die Schweiz ein (Urk. 8/28/10). Er arbeitete ab dem 1. Mai

2018 als Reiniger für die Y.____ AG (Urk. 8/1/6).

Laut Unfallmeldung

trug er am 25. Mai 2018 zusammen mit einem Arbeitskollegen ein Möbelstück eine Treppe hinauf. Dabei stolperte er, machte eine falsche Bewegung und wurde an die Wand gedrückt (Urk. 8/3/4, Urk. 8/3/15). Das Arbeitsverhältnis mit der Y.____ AG wurde in der Folge per

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. 1.2.1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes 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 Arbeitseistung 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).

E. 1.2.2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

E. 1.3

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. 1.5

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 Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

E. 2

8. Juni 2018

aufgelöst (Urk. 8/1/6).

Am 24. Oktober 2018

meldete sich

X.____

bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf ein seit dem Treppensturz vom 25. Mai 2018 bestehendes subakutes lumboradikuläres Schmerzsyndrom S1 links (Urk. 8/1/6) zum Leistungsbezug an (Urk. 8/1, Urk. 8/4). Die IV-Stelle zog zu nächst die Akten der Unfallversicherung bei (Urk.

8/3). Daraufhin liess sie am 5. November 2018 einen Auszug aus dem individuellen Konto erstellen (Urk. 8/

E. 2.1

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

E. 2.2

In der angefochtenen Verfügung vom 13. Februar 2020 führte die Beschwerdegegnerin aus, die Prüfung durch den RAD habe ergeben, dass dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reiniger nicht mehr möglich sei. Eine angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer unter Beachtung des Belastungsprofils (stressarme, gut strukturierte, leichte Tätigkeit, Tätigkeit in Wechselbelastung, Tätigkeit mit nur geringen interaktionellen Anforderungen) zu 45% möglich (Urk. 2 S. 1). Beim Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 39%. Da der Invaliditätsgrad unter 40% liege, bestehe kein Rentenanspruch (Urk. 2 S. 2). Mit ihrer Beschwerdeantwort vom 12. Mai 2020 brachte die Beschwerdegegnerin vor, dass der Lohn des Beschwerdeführers als Reiniger bei seiner letzten Arbeitsstelle im Vergleich zum Lohn eines Reinigungsmitarbeiters gemäss dem Tabellenlohn nach der Schweizerischen Lohnstrukturhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik eher tief gewesen sei. Es müsse deshalb geprüft werden, ob (beim Einkommensvergleich) eine Parallelisierung (des Einkommens, vgl. BGE 134 V 322

E. 4.1, 135 V 58 E. 3.1, BGE 141 V 1 E. 5.4) vorzunehmen sei. Ausserdem könne der Beschwerdeführer nur noch in einem 45%-Pensum arbeiten. Deshalb sei zu prüfen, ob dieser Umstand einen Abzug vom Invalideneinkommen rechtfertige. Das Gericht werde folglich gebeten, den Einkommensvergleich zu überprüfen und dem Beschwerdeführer allenfalls eine Teilrente zuzu sprechen (Urk. 7 S. 2).

E. 2.3

Der Beschwerdeführer brachte demgegenüber im Wesentlichen vor, dass er so wohl somatisch als auch psychisch erheblich beeinträchtigt sei. Bei ihm würden Ressourcen fehlen. Seine kognitiven Fähigkeiten seien unterdurchschnittlich, an der Grenze zur Minderbegabung. Angesichts dieser Befunde sei eine verwertbare Arbeitsfähigkeit zweifelhaft (Urk. 1 S. 5). Es bedürfe keiner weiteren Ausführungen, dass die aktenkundige kognitive Einschränkung im Fall einer erforderlichen beruflichen Neuorientierung auf dem Arbeitsmarkt stark lohnmindernd ins Gewicht falle (Urk. 15 S. 3). Die Zumutbarkeitsbeurteilung des RAD ergebe auch in angepassten Tätigkeiten nebst der quantitativen eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Damit sei beim Lohnvergleich zwingend ein Leidensabzug vorzunehmen (Urk. 1 S. 5). Unter weiterer Berücksichtigung eines «Teilzeitabzugs» sei ein Leidensabzug von mindestens 25%

ausgewiesen (Urk. 15 S. 3). Die resultierende Erwerbseinbusse sei i rentenrelevant (Urk. 1 S. 5). 3. 3.1

Dr. A.____ stellte bei der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 30. Mai 2018 eine stark verspannte Lendenwirbelsäulen(LWS) -Muskulatur und eine deutliche Einschränkung der LWS-Beweglichkeit fest (Urk. 8 / 3/22). Er attestierte dem Beschwerdeführer rückwirkend ab dem 25. Mai 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/3/5-7 , Urk. 8/3/22). 3.2

Nach der MRI-Untersuchung der LWS nativ vom 5. Juni 2018 im Institut H.____ hielt PD Dr. med. I.____ in seiner Beurteilung fest, dass keine Hinweise auf Frakturen, traumatisch bedingte Fehlstellungen oder posttraumatische ligamentäre Verletzungen vorliegen würden. Hingegen bestünden leicht aktivierte Osteochondrosen L3/4, L4/5 und L5/S1 sowie mehrsegmentale tieflumbale leicht gradige Spondylarthrosen, eine diskoligamentäre Tangierung/mögliche Reizung der L4-Nervenwurzel links rezessal sowie eine diskogene , extraforaminale Tangierung/mögliche Reizung der austretenden L3-Nervenwurzel links, eine linksseitige diskogene Tangierung/mögliche Reizung der L5-Nervenwurzel links rezessal sowie eine mediolaterale linksseitige Diskushernie L5/S1 mit diskogener Bedrängung der S1-Nervenwurzel links rezessal (Urk. 8/3/ 2 3). 3.3

Im Austrittsbericht vom 1. Oktober 2018 zur stationären Behandlung des Beschwerdeführers vom 18. September bis 1. Oktober 2018 stellten die Ärztinnen und Ärzte des Stadtspitals Z.____ die Diagnosen lumboradikuläres Schmerzsyndrom S1 links sowie Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (Urk. 8/ 6 / 7). Dazu hielten sie in ihrer Beurteilung unter anderem fest, dass eine vorgängige epidurale Infiltration sowie Physiotherapie bisher keine suffiziente Besserung der Beschwerden gebracht hätten. Bei Divergenz der somatisch - klinischen Befunde und den durch den Beschwerdeführer beklagten Beschwerden sei eine psychosomatische Überlagerung im Vordergrund gestanden (Urk. 8/6/7-8).

In ihrem Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 22. November 2018 führten die Ärztinnen und Ärzte des Stadtspitals Z.____ sodann aus , dass der Beschwerdeführer vom 18.

September bis 1.

Oktober 2018 im Stadtspital stationär behandelt worden sei. Während des Spitalaufenthalts habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk.

8/6/10). Der Beschwerdeführer leide an ausgeprägten Schmerzen im Dermatome S1 links, teilweise einschiessend, womit die bisherige körperlich strenge Tätigkeit aufgrund der Schmerzen nur noch eingeschränkt durchführbar sei. Zusätzlich bestehe eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion, was das Konzentrationsvermögen sowie die psychische Belastbarkeit des Beschwerdeführers einschränke (Urk. 8/6/11). Die Arbeit in der bisherigen Tätigkeit (Mitarbeiter in einer Reinigungsfirma) sei nicht empfehlenswert (Urk. 8/6/10, Urk. 8/6/12). Eine angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer aktuell für maximal 5 Stunden pro Tag mit regelmässigen Pausen möglich (Urk. 8/6/12). 3.4

Dem Austrittsbericht der Klinik C.____ vom 21. Oktober 2018 , betreffend stationäre Rehabilitation vom 1. bis 21. Oktober 2018,

sind die folgenden Diagnosen zu entnehmen (Urk. 8/8/8) : - Anhaltende erhebliche Einschränkung der Rumpfbeweglichkeit bei lumbospondylogem und mögliche m subakutem lumboradikulärem Schmerzsyndrom S1 links, Erstmanifestation (EM)

Mai/2018, Erstdiagnose (ED) August 2018 - Belastbarkeitsminderung bei leichter depressiver Episode bei Anpassungsstörung - Episkleritis links ED 17. Oktober 2018

Im Bericht wurde ausserdem festgehalten, zum Ende der stationären Rehabilitation habe der Beschwerdeführer einen (nur) leicht verbesserten Allgemeinzustand gezeigt. Die objektivierbaren Befunde des Bewegungsapparates seien unverändert geblieben. Bei Austritt sei der Beschwerdeführer ohne Hilfsmittel in und ausser Haus mobil gewesen und habe die Treppen frei überwinden können (Urk. 8/8/9). Der Beschwerdeführer bleibe vorerst zu 100 % arbeitsunfähig, davon wenigstens 50 % aus psychiatrischer Sicht (Urk. 8/8/10). Es werde eine Reevaluation nach fortgesetzter Therapie in ca. drei Monaten empfohlen (Urk. 8/8/12). 3.5

In seinem Bericht vom

20. Dezember 2018

hielt Dr. A.____ zur aktuellen medizinischen Symptomatik und Situation (letzte Kontrolle am 17.

Dezember 2018) fest, dass der Beschwerdeführer vorwiegend an lumbalen Schmerzen mit lumboradikulärer Ausstrahlung S1 links sowie erheblicher Einschränkung der Rumpfbeweglichkeit leide. Zudem bestehe eine depressive Entwicklung bei Anpassungsstörung. Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit als Gar tenarbeiter seit dem 25.

Mai 2018 und bis auf Weiteres zu 100 % arbeits unfähig (Urk.

8/7/2). Die Frage, wie viele Stunden pro Tag dem Beschwerdeführer eine dem Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar sei, könne er (Dr. A.____)

nicht beantworten. Abschliessend hielt er fest, dass die Prognose eher ungünstig sei, sofern es nicht gelinge, den Beschwerdeführer durch eine geeignete psychotherapeutische Behandlung aus seiner depressiven Entwicklung mit Chronifizierung der Schmerzen zu heben (Urk. 8/7/5). 3.6

Der Rheumatologe Dr. B.____, welcher den Beschwerdeführer vom 27. Juli bis 14. November 2018 behandelte,

führte in seinem Bericht vom 15. Januar 2019 aus, dass die Klinik C.____ von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus gegangen sei. Zumindest im November 2018 sei eine reale Beurteilung nicht mehr möglich gewesen, da das Verhalten des Beschwerdeführers als nicht mehr adäquat und funktionell erheblich überlagert zu beurteilen gewesen sei. Aufgrund der damaligen Befunde sei ihm eine Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit nicht mehr möglich. Dies beziehe sich auch auf die Prognose. Ob tatsächlich eine depressive Verstimmung vorliege, könne von ihm nicht beurteilt werden (Urk. 8/8/3). 3.7

Dr. med. J.____, Chefarzt Zentrum für Schmerzmedizin am Zentrum D.____, und K.____, Physiotherapeutin ZSM, hielten in ihrem Schreiben vom 15. Juli 2019

fest, dass der vom Beschwerdeführer geklagte Hauptschmerz deutliche Merkmale eines zentralisierten und in hohem Masse chronifizierten Schmerzes trage, bei dem die ursprüngliche Ursache deutlich an Wertigkeit verloren habe. Aufrechterhaltend für das aktuelle Schmerzgeschehen wirkten konkrete und unspezifische Ängste im Hinblick auf die körperlichen Fähigkeiten, das Erwerbsleben, ausserdem soziale Isolation, fehlende Sprach

kennt nisse und mangelhafte Integration. Daneben bestehe eine Unsicherheit bezüglich einer radikulären Nerven schä di gung und einer damit bedingten mus kulären Schwäche, welche noch nicht abschliessend abgeklärt sei. In der physio therapeutischen Untersuchung hätten keine klaren strukturellen Befunde für die Problematik des Beschwerdeführers gefunden werden können . Eine neurodyna mische Komponente lasse sich in der heutigen Untersuchung weder ein- noch ausschliessen, da die klinischen Tests nicht immer eindeutig gewesen seien und die Untersuchung sich aufgrund der starken Abwehrspannung des Beschwerde führers als schwierig erwiesen habe . Grundsätzlich zeige sich das klinische Bild einer chronischen Schmerz problema tik mit einer Schmerz aus weitung und einer Sensibilisierung im Bereich der gesamten linken unteren Extremität (Urk. 8/28/8).

Im Bericht vom 18. September 2019 zum Schmerz- Assessment im Zentrum D.____

wurden die folgenden Diagnosen angeführt (Urk. 8/41/5): - Chronische Rückenschmerzen lumbal (ICD-10: M54.4), nicht radikulär, am ehesten nozizeptiv, differentialdiagnostisch myofaszial. EMG: Chronisch neurogene Schädigung der L5- und S1-ve rsorgten Muskulatur links. - Chronischer Kopfschmerz bifrontal (ICD-10: R51), am ehesten unspezi fisch. Aktuell keine sicheren Hinweise für primären Kopfschmerz - Hypästhesie der linken unteren Extremität (ICD-10: R20.1), am ehesten unspezifisch im Rahmen der chronischen Schmerzen - Anpassungsstörung mit längerer depressiven Reaktion (ICD-10: F43.2) - Chronische Schmerzstörungen mit somatische n und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41; Differentialdiagnose: Anhaltende somatoforme Schmerz störung, ICD-10: F45.40) - Schmerzbedingte Insomnie (ICD-10: F51.0) - Verdacht auf schädlicher Analgetika-Gebrauch (ICD-10: F55.2) - Sensomotorische Polyneuropathie mit elektroneurographisch rechtsseiti ger Betonung, unklarer Genese (ICD-10: G62.9) - Arbeitsunfähigkeit (ICD-10: Z56) - Migrant mit schlechter sprachlicher Integration (ICD-10: Z64.8)

Dazu wurde unter anderem festgehalten, dass bei der neurologischen Unter su chung eine ergänzende elektromyographische Untersuchung (Kennmuskel L5 und S1 links) erfolgt sei . Hier zeige sich ein Befund, vereinbar mit einer chronisch-neuro genen Schädigung L5 und S1 links. Zudem sei zur differentialdiagnostischen Ab klärung der Hypästhesie im Bereich des linken Beines ein « Tib .-SEP » zum Aus schluss einer zentralen Genese durchgeführt worden. Dies habe beidseits einen auffälligen Befund gezeigt, welcher in Zusammenschau der übrigen elektrophy siolo gischen Befunde im Rahmen der Polyneuropathie zu werten sei. Die rechts seitige Betonung des pathologischen Elektroneurographie-Befundes zeige sich klinisch nicht. Die von interventioneller Seite durchgeführten diagnostischen Wirbelblockaden seien als negativ zu bewerten. Aufgrund der neurologischen Beurteilung sei zunächst eine Blockade der Nervenwurzel S1 links durchgeführt worden. Diese habe initial eine Verschlimmerung der Schmerzen ergeben , erst nach etwa zwei Stunden seien sie um knapp 50 % zurück gegangen . Es sei danach eine erneute Blockade der Wurzeln L5 und S1 links vorgenommen worden, wel che eine leichte Parese des linken Beines zur Folge gehabt habe. Trotzdem sei seitens des Beschwerdeführers eine Schmerzexazerbation beschrieben worden. Aus diesen Erkenntnissen sei von weiteren interventionellen Massnahmen Abstand genommen worden (Urk. 8/41/5).

Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers finden sich in diesem Bericht keine konkreten An gaben. Es wurde jedoch festgehalten, dass der Beschwerdeführer durch konse quentes Training im Rahmen einer graduierten Belastungssteigerung seine Leistungs fähigkeit bis hin zur Rückkehr in das Berufsleben steigern könne, wenn auch mit tolerablen

Restschmerzen (Urk. 8/41/7). 3.8

Dr. E.____ nannte in seinem Verlaufsbericht vom 24. November 2019 die Diagnosen (1) depressive Episode mittleren, intermittierend auch schweren Grades (ICD-10: F32.1, F32.2), (2) einfach strukturierte Persönlichkeit (Differentialdiagnose: Minderbegabung)

sowie (3) chronische Schmerzstörung (ICD-10: F45.41). Dazu führte er aus, dass die Diagnosen 1 und 3 einen direkten, die Diagnose 2 einen indirekten Einfluss auf die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers hätten. Ihr komorbides Auftreten akzentuiere die Auswirkungen auf das Leiden und erschwere die Behandlung. Aus rein psychiatrischer Sicht dürfte die Arbeitsunfähigkeit auf 50 bis 60 % geschätzt werden. Dazu kämen die rheumatologisch begründeten Behinderungen. Alle Störungen zusammen betrachtet dürfte ein invalidisierender Verlauf vorliegen (Urk. 8/37/1). 3.9

3.9.1

RAD-Arzt Dr. F.____

führte in seiner Stellungnahme vom

27./28. November 2019

als Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbospondylogenes, teilweise lumboradikuläres Schmerzsyndrom S1 links bei Diskusprotrusion L5/S1 mit Kontakt zur S1-Wurzel links, eine depressive Episode, mittleren bis schweren Grades (ICD-10: F32.1, F32.2), eine chronische Schmerzstörung (ICD-10: F45.41), sowie einen Verdacht auf unzureichende durchschnittliche Intelligenz an (Urk. 8/39/8).

In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung führte Dr. F.____ aus, dass beim Beschwerdeführer ein längerdauernder Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angenommen werden könne (Urk. 8/39/8). Die behaupteten subjektiven Beschwerden seien durch radiologische und klinische Befunde nicht umfassend erklärbar (Urk. 8/39/8-9). Aus rheumatologischer Sicht sei eine leichte körperliche Tätigkeit seit dem Bericht (des Stadtsitals Z.____) vom 22. November 2018 (~

60%) täglich zumutbar. Das psychische Zustandsbild sei von depressiver und Schmerzstörung geprägt. Eine wesentliche Verbesserung werde durch fehlende kognitive und affektive Ressourcen behindert. Diese stünden auch Eingliederungsmaßnahmen im Wege. Aus psychiatrischer Sicht bestünde im Durchschnitt eine Arbeitsunfähigkeit von 55%

(50 - 60%). Da in der psychiatrischen Beurteilung mit der chronischen Schmerzstörung die wesentlichen somatischen Beschwerden berücksichtigt würden, könne aus versicherungsmedizinischer Sicht darauf abgestellt werden (Urk. 8/39/9).

Als funktionelle Einschränkung in Bezug auf die bisherige Tätigkeit nannte er eine reduzierte Belastbarkeit des Achsenskeletts. Er formulierte folgendes Belastungsprofil: Tätigkeit mit Heben oder Tragen von Lasten bis zu 10 kg; Heben aus der Hocke, Verharren in Zwangshaltungen, repetitive Rumpfdrehungen und -bewegungen, kniende, gebückte, vornüber geneigte oder rein stehende Tätigkeiten seien nicht geeignet. Tätigkeiten mit permanentem Zeit- und Termindruck, hohem Publikumsverkehr, Verantwortungsübernahme für Personen sowie Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an Konzentration, Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit sollten vermieden werden. Stressarme, gut strukturierte, leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung mit nur geringen

interaktionellen Anforderungen seien zumutbar (Urk. 8/39/8).

Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungsangestellter (Hilfsarbeiter) seit dem 25. Mai 2018 zu 100 % arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil habe vom 25. Mai bis 21. November 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab dem 22. November 2018 sei der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 55 % arbeitsunfähig (Urk. 8/39/8).

3.9.2
Am 10. Februar 2020 hielt RAD-Arzt Dr. F.____ sodann fest, dass im Bericht des Zentrum D.____ vom 18. September 2019 (Urk. 8/41 /5-11) keine wesentlich neuen Diagnosen oder Befunde vorgetragen würden. Es werde auf die überwiegend psychischen Faktoren der Beschwerden hingewiesen und eine Reintegration ins Berufsleben mit leichten Arbeiten im Teilzeitpensum empfohlen. Dies widerspreche seiner Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer zu 45 % arbeitsfähig sei, nicht, weshalb insgesamt an seiner Stellungnahme festgehalten werden könne (Urk. 8/48/2). 3.10

Der Beurteilung im Sprechstundenbericht der Klinik G.____ , Wirbelsäulenchirurgie, Orthopädie und Neurochirurgie, vom 26. Februar 2020 ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer leide seit einem Sturz im Mai 2018 an chronifizierten Schmerzen lumbal mit Ausstrahlung entlang des linken Beins, am ehesten dem Dermatome S1 links entsprechend. Zudem bestehe eine nicht eindeutig dermatombezogene Hyposensibilität im linken Bein. In der klinischen Untersuchung zeige sich neben der erwähnten Hyposensibilität ein positiver Lasègue links ab 40 Grad. Radiologisch zeige sich unter anderem auf Höhe L4/S1 eine breitbasige

Diskusprotrusion mit leichter rezessaler Einengung der L5 Wurzeln beidseits. Zudem bestehe auf Höhe L5/S1 eine breitbasige

Diskusprotrusion mit rezessaler Einengung und möglicher Kompression der S1-Wurzel links. Dies könne die ausstrahlenden Schmerzen sowie die Hyposensibilität im linken Bein durchaus erklären. Die medikamentöse Analgesie sowie die regelmässige Physiotherapie würden dem Beschwerdeführer aktuell jeweils nur für kurze Zeit helfen. Ebenfalls hätten diverse Infiltrationen keine anhaltende Beschwerdebesserung gebracht. Den nächsten diagnostischen Schritt eine periradikuläre Infiltration der S1 Wurzel links durchzuführen (Urk. 11/4 S. 2).

Am 23. März 2020 wurde in der Klinik G.____ , Neurologie, eine kombinierte Infiltration epidural via Hiatus sakralis mit Einbezug des Foramens S1 nach links unter BV durchgeführt (Urk. 11/5 S. 1). 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin stellte in medizinischer Hinsicht auf die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. F.____ vom 27./28. November 2019 ab (Urk.

2, Urk. 8/39/7-9). Dr. F.____ hielt fest, dass dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht seit dem Bericht des Stadtspitals Z.____ , Klinik für Rheumatologie , vom 22.

November 2018 eine leichte körperliche Tätigkeit zu 60

% zumutbar sei (Urk. 8/39/9). Es muss aber berücksichtigt werden, dass seit dem 1. Oktober 2018 keine ambulanten Kontrollen in der Klinik für Rheumatologie des Stadtspitals Z.____

mehr erfolgt sind (Urk. 8/6/10). Zum weiteren Verlauf ist den Akten zu entnehmen, dass die

Klinik

C.____

nach dem stationären Aufenthalt vom 1. bis 21. Oktober 2018 medizinisch-theoretisch vorerst von einer 100% igen

Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ausging, wovon aber höchstens 50 % auf die somatischen Einschränkungen zurückzuführen seien

(Urk. 8/8/10). Alsdann hielt der Rheumatologe Dr. B.____ in seinem Bericht vom 15. Januar 2019 fest, dass zumindest im November 2018 eine reale Beurteilung nicht mehr möglich gewesen

sei, da das Verhalten des Beschwerdeführers als nicht mehr adäquat und funktionell erheblich überlagert zu beurteilen gewesen sei

(Urk. 8/8/3). Diesen Bericht hat Dr.

F.____ - soweit ersichtlich (vgl. Urk.

8/39/7-9) - gar nicht gewürdigt. Jedenfalls

ergaben die Akten, welche

Dr. F.____ zur Verfügung standen, aus rheumatologischer Sicht bezüglich Verlauf und gegenwärtigen Status der allenfalls noch bestehenden somatischen Einschränkung des Beschwerdeführers kein vollständiges Bild. Die Voraussetzungen für eine Aktenbeurteilung (E. 1.4.2) waren somit nicht erfüllt.

4.2

Aus den Akten ergibt sich sodann, dass beim Beschwerdeführer auch psychische Einschränkungen bestehen (s. insbesondere den Verlaufsbericht des behandelnden Psychiaters Dr. E.____ vom 24. November 2019, Urk. 8/37). Die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. F.____ vom

27./28. November 2019

ist für die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ebenfalls nicht beweistauglich. Als Facharzt für Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie verfügt er nicht über die notwendige fachliche Qualifikation zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus

psychischer Sicht. Dr. F.____

verfasste

in seiner Stellungnahme aber selber ein Belastungsprofil betreffend die psychischen Einschränkungen des Beschwerdeführers, für welches sich in den vorliegenden Akten - insbesondere im Bericht des Psychiaters Dr. E.____ vom 24. November 2019 (Urk. 8/37) -

keine Belege finden lassen. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit übernahm der RAD-Arzt sodann die Einschätzung des behandelnden Psychiaters (Urk. 8/37, Urk.

8/39/9), obwohl dessen Bericht den allgemeinen und den spezifischen Anforderungen an eine psychiatrische Expertise (vgl. E. 1.2 und E. 1.4.2)

zweifel los nicht entspricht und auch der Unterscheidung zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag nicht Rechnung getragen wird (vgl. BGE 135 V 465

E. 4.5 ; Urteile des Bundesgerichts 8C_137/2019 vom 27. Mai 2019 E. 6.1 und 9C_276/2016 vom 19.

August 2016 E.

3.1.1 , je mit Hinweisen) .

Eine rechtskon forme Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist aufgrund der vorliegenden Akten nicht möglich. 4.3

Zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts sowie der Arbeits fäh igkeit des Beschwerdeführers hat die Beschwerdegegnerin daher ein polydisziplinäres Gut achten (als umfassende administrative Erstbegutachtung , vgl. BGE 139 V 349 E. 3.2) einzuholen, bei welchem zumindest Ärztinnen und/oder Ärzte der Fach rich tun gen Rheumato logie und Psychiatrie beteiligt sind. Das Gutachten muss eine Beurteilung nach Massgabe der Standar d indikatoren gemäss der mit BGE 141 V 281 begründeten Rechtsprechung ermöglichen . 5.

Die angefochtene Verfügung vom 13. Februar 2020 (Urk. 2) ist aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Sie hat die Abklärungen im Sinne der Erwägungen durchzuführen und hernach bezüglich des Renten an spruchs des Beschwerdeführers eine neue Verfügung zu erlassen. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 6.

E. 2.4

Mit Verfügung vom 2 5. Mai 2020 wurde dem Beschwerdeführer die unent geltli che Prozessführung gewährt und es wurde ihm Rechtsanwalt Dominique Chopard , Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt (Urk.

12 S.

3). Mit derselben Verfügung wurde ein zweiter Schriftenwech sel angeordnet und der Beschwerdegegnerin je eine Kopie von Urk. 11/4-5 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk.

12 S. 3-4).

E. 2.5

Der Beschwerdeführer hielt mit Replik vom 3 1. August 202 0 an seinem Antrag fest (Urk. 15). Die Beschwerdegegnerin erklärte mit Eingabe vom 6. Oktober 2020 Verzicht auf Duplik (Urk. 18). Dem Beschwerdeführer wurde eine Kopie dieser Eingabe zugestellt (Urk. 19). 3.

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

E. 5

) . Die IV-Stelle holte sodann die Berichte des Stadtsitals Z.____ vom 1.

Oktober und 22.

November 2018 (Urk.

8/6/7- 12) und den Bericht von Dr. med. A.____ , Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 20. Dezember 2018 (Urk. 8/7) ein. Alsdann erhielt die IV-Stelle zusammen mit dem Bericht von Dr. med. B.____ , FMH für Rheumaerkrankungen , vom 15. Januar 2019 (Urk.

8/8/2-6)

unter anderem den Austrittsbericht der Klinik C.____ vom 21. Oktober 2018 (Urk.

8/8/8- 12) . Der Versicherte

befand sich vom 26. bis 29. August 2019 für ein stationäres Schmerz- Assessment im Zentrum D.____

(Urk. 8/41/5-11). Der behandelnde Psychiater des Versicherten, Dr. med. E.____ , FMH Psychiatrie & Psychotherapie, erstattete der IV-Stelle am 24. November 2019 einen Verlaufsbericht (Urk. 8/37) . Am 27./28. November 2019 nahm Dr. med. F.____ , Facharzt für Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle gestützt auf die Akten eine versicherungsmedizinische Beurteilung vor (Urk. 8/39/7-9). Gestützt auf diese RAD-Stellungnahme und ihren Einkommensvergleich vom 6. Dezember 2019 (Urk. 8/38) kündigte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom selben Tag an , dass sie einen Rentenanspruch verneinen werde (Urk. 8 / 40) .

Dagegen erhob der Versicherte am 24. Januar 2020 Einwand (Urk. 8/45). Nach der Prüfung des Einwandes wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren von X.____ mit Verfügung vom 13. Februar 2020 wie vorbeschieden ab (Urk. 2). 2.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das vorliegende Verfahren kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (vgl. BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 700.-- der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind.

E. 6.2

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers Rechtsanwalt Dominique Chopard , Zürich, machte von der Möglichkeit zur Einreichung einer Honorarnote (vgl. Ziff. 1 der Gerichtsverfügung vom 25. Mai 2020 , Urk.

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). 1. 4

1.4.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene nfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arz tes 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). 1.4.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist mit jenem exter ner medizinischer Sachverständi gengutachten vergleichbar, sofern sie den praxis gemässen 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).

Ein medizinischer Aktenbericht ist beweistauglich, wenn die Akten ein voll ständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vor liegen, damit die berichterstattende Person imstande ist, sich auf Grund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bundes gerichts 9C_415/2019 vom 1 4. Oktober 2019 E. 4.2 mit Hinweisen).

E. 12

) keinen Gebrauch. Seine Entschädigung ist daher nach pflichtgemässen Ermessen festzusetzen. Es rechtfertigt sich eine Entschädigung in der Höhe von Fr. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat die Prozessentschädigung dem unent geltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auszurichten. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 13. Februar 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kan tons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen neu über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers ver füge . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dominique Chopard, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dominique Chopard - 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
Der Gerichtsschreiber
Hurst
Hübscher

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