

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00281 vom 1. Mai 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-05-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00281

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00281 du 1 mai 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00281 del 1 maggio 2021

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 Allge meinen 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurtei lung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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 betä tigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

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

E. 1.3

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem struk turierten 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 einer seits 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 Inva liditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medi zinisch 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).

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

E. 1.4

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

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

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).

E. 1.6

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). 2.

2.1

Die Beschwerdeführerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, die angestammte Tätigkeit als Zugbegleiter sowie auch die Tätigkeit am Info-Point sei dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht noch in einem Pensum von 50 % zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit sei ihm zu 80 % zumutbar. Das Belastungsprofil beinhalte leichte, maximal intermittierend mittelschwere, strikt rückenadaptierte und wechselbelastende

Tätigkeiten, bei der alle mit einer Zwangshaltung des Oberkörpers verbundene n Arbeiten ausgeschlossen seien. Vor der gesundheitlichen Einschränkung sei der Versicherte in einem 90%-Pensum tätig gewesen, weshalb der IV-Grad proportional auf das Pensum anzupassen sei. So mit entstehe ein IV-Grad von 31 % , womit kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe. Dem Versicherten sei eine angepasste Tätigkeit vollzeitig zumutbar mit einer Leistungsminderung von 20 % . Die angepasste Tätigkeit sei zu 80 % an ge rechnet worden und somit entfalle die Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs. Der Versicherte sei zwar langjährig bei der Z.____ tätig gewesen, mit 47

Jahren bestünden jedoch durchaus noch gute Chancen, eine Anstellung auf dem Arbeitsmarkt zu finden (S. 1-2). 2.2

Demgegenüber wandte der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein (Urk. 1) , im Gesundheitsfall wäre er entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin gemäss Aktenlage zu 100 % erwerbstätig. Bereits im Jahr 2011/2012 habe er sein Pensum als Zugbegleiter bei der Z.____ aus gesundheitlichen Gründen auf 90 % , dann auf 85 % und ab 2013 auf 80 % reduzieren müssen. Laut IK-Auszug habe er als Zugbegleiter im Jahr 2011 ein Jahreseinkommen von Fr. 88'159.55 verdient. Dieses sei im konkreten Fall als Valideneinkommen anzunehmen (S.

6 Ziff. 1) . Es werde bestritten, dass er in einer angepassten Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit realisieren könnte (S. 6 Ziff. 2). Der behandelnde Arzt attestiere ihm aktuell eine Restarbeitsfähigkeit von etwa 50 % (S. 7 Ziff. 3). Ferner würden sich der vermehrte Pausenbedarf und die medizinisch begründete Wechselbelastung als zusätzliche Einschränkungen lohnmindernd auswirken, was einen Leistungsabzug von mindestens 10 % rechtfertige (S. 7 Ziff. 2). Unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände des konkreten Falles habe er rückwirkend ab 1. August 2018 mindestens Anspruch auf eine Viertelsrente (S. 8 Ziff. 3 -4). Trotz aktenkundig neurologischer Befunde wie Radikulopathie, Schlafstörungen und Migräne sei er lediglich bidisziplinär in den Bereichen Rheumatologie und Psychiatrie begutachtet worden. In den IV-Akten fehle eine neurologische und neuropsychologische Abklärung, obwohl eine neurologische und neuropsychologische Untersuchung im Februar 2017 in der Universitätsklinik D.____ aktenkundig sei und er auch aktuell täglich das ärztlich verordnete Gabapentin einnehmen müsse. Die Beschwerdegegnerin habe somit den medizinisch-erwerblichen Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt (S. 8-9 Ziff. 5). Des Weiteren würden in den IV-Akten auch neue bildgebende Befunde fehlen (S. 9 Ziff. 7). 2.3

Streitig und zu prüfen ist , ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat und ob der Sachverhalt diesbezüglich rechtsgenügend abgeklärt wurde. 3. 3.1

Dr. med. E.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem am 19. Mai 2016 bei der IV-Stelle eingegangenen Bericht (Urk. 7/20/1-6) aus, dass

er den Versicherten seit 21. Oktober 1999 ambulant behandle (Ziff. 1.2), und nannte die folgenden Diagnosen (Ziff. 1.1): - Status nach mikrochirurgischer Sequestrektomie

L5 / S1 links vom 18. November 2015 - immobilisierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei: - Massen-Prolaps L5/S1 median bis links paramedian reichend - chronischem Lumbovertebralsyndrom bei subligamentärer Diskushernie L5/S1, Erstdiagnose (ED im Januar 2006) Wegen Schlägen beim fahrenden Zug sei die Arbeit im Zug nicht mehr möglich, Büroarbeit sei jedoch möglich (Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit

sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar, eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei seit dem 14. März 2016 zu 100 % möglich (Ziff. 1.7). 3.2

Die Ärzte der Universitätsklinik D.____, Zentrum für Paraplegie, berichteten am 3. Februar 2017 über die gleichentags erfolgte neurologische und neurophysiologische Untersuchung (Urk. 7/60/24-25) und nannten die folgenden Diagnosen (S. 1): - Status nach mikrochirurgischer

Sequestrektomie

L5 / S1

links vom 18. November 2015 mit/bei: - Neurophysiologie (Februar 2017): keine Hinweise auf akute floride Radikulopathie in den Segmenten L4-S1 auf der linken Seite - schmerzhaft sensorischer S1 Radikulopathie links bei - Bandscheibenvorfall L5 / S1

mediolateral links In der klinisch-neurologischen und neurophysiologischen Untersuchung hätten sich neurologisch keine Hinweise auf eine radikuläre Ausfallsymptomatik im Bereich des S1-Dermatoms links gezeigt. Allerdings hätten Schmerzen in dem Bereich, ausstrahlend vom Gesäss und vom Rücken, bestanden. Nadel-elektro myo graphisch hätten sich in der untersuchten L4, L5 und S1-Kennmuskulatur auf der linken Seite keine Hinweise auf eine akute floride Radikulopathie gezeigt. Es fänden sich weiterhin keine Hinweise auf einen chronisch neurogenen Schaden (S. 2). 3.3

Die Fachpersonen des Universitätsspitals F.____, Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, nannten im Bericht vom 5. Oktober 2018 über das gleichen tags erfolgte Erstgespräch (Urk. 7/70/7-9) die folgende Diagnose (S. 1): - Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10 F32.1) Beim Patienten mit vorbeschriebenem lumboradikulären Schmerzsyndrom S1 links (Erstmanifestation 2007) bestünden Hinweise auf eine depressive Symptomatik in Form von Stimmungsminderung, Interessen- und Motivationsverlust, sozialem Rückzug, Zukunftsängsten, Reizbarkeit und innerer Unruhe sowie Zukunftsängsten in finanzieller und beruflicher Hinsicht und starke Schmerzfo kussierung und - vermeidungstendenz (S. 1 oben). 3.4

Am 19. November 2018 berichteten die Ärzte des Universitätsspitals

F.____, Klinik für Rheumatologie, über die Hospitalisation vom 6. bis 20. November 2018 im Rahmen der Schmerzkomplextherapie (Urk. 7/57/2-4) und nannten die folgenden, hier verkürzt aufgeführten Diagnosen (S. 1-2): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Differenzialdiagnose (DD) Piriformissyndrom, DD intermittierend lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5/S1 links - Klinik: Haltungsinsuffizienz, myofasziale Befunde, betont Beckenkamm und Hüftadduktoren - Bildgebung: MRI LWS vom 26. September 2018 : Osteochondrose LWK 4/5 mit vorwiegend fettigen Bodenplatten-Veränderungen LWK5 mit kleiner aktivierter Komponente links anterior. Anulusriss dorsal und basal LWK4/ 5. Linksbetonte Facettengelenksarthrose mit Ligflavum -Hyperplasie und Tangierung der L5 Nervenwurzel am Eingang zum linken Neuroforamen - konventionell -radiologisch: Keine wesentlichen degenerativen Veränderungen - Status nach mikrochirurgischer Sequestrektomie

L5 / S1 links 2015 - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; ED Oktober 2018) - Verdacht auf Dermatitis seborrhoica im Gesichts- und Kopfhautbereich Klinisch seien vor allem myofasziale Befunde und eine Haltungsinsuffizienz auf gefallen. Bereits

vor der Hospitalisation sei der Patient psychiatrisch beurteilt worden, wobei hier der Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung und depressive Episode gestellt worden sei. Aktuell hätten sich in einem erneuten psychiatrischen Gespräch keine Hinweise auf eine depressive Episode mehr gezeigt, eher auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Der Patient habe sich gegenüber dem Einbezug psychologischer Faktoren in sein Krankheitsmodell nur partiell offen gezeigt, sei jedoch insgesamt sehr therapiemotiviert gewesen. Zur Schmerzdistanzierung sei gemäss Empfehlung der Neurologen eine Therapie mit Gabapentin begonnen worden. Diese sei vom Patienten gut vertragen worden und habe zur Besserung der Schmerzausstrahlung in die Beine geführt. Der stationäre Verlauf habe sich als erfreulich erwiesen. Hierbei habe eine Schmerzreduktion von VAS 9/10 auf 5-6/10 und eine deutliche Verbesserung der Gehstrecke im 6-Minuten Gehstest erzielt werden können. Die Arbeitsfähigkeit sei langsam zu steigern. Eine Arbeit mit wechselnden Positionen und häufigem Gehen (beziehungsweise Vermeiden von längerem Sitzen oder Stehen) wäre für den Patienten ideal. Ihm sei eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % für die ersten zwei Dezemberwochen ausgestellt worden (S. 2). 3.5

Dr. E.____ (vorstehend E.

3.1) nannte in seinem Bericht vom 6. April

2019 (Urk. 7/67/2-5) blockierende Rückenschmerzen als Funktionseinschränkungen (Ziff. 3.4). Die Prognose sei ungünstig (Ziff. 2.7). Die Bürotätigkeit, welche der Beschwerdeführer derzeit ausführe (vgl. Ziff. 3.1), sei ihm 1-3 Stunden pro Tag zumutbar (Ziff. 4.1-4.2). In einem weiteren Bericht, welcher am 20. Juni 2019 bei der IV-Stelle eingegangen ist (Urk. 7/71/1-3) , nannte Dr. E.____ eine mittelschwere depressive Episode als funktionelle Einschränkung. Die körperliche Belastbarkeit sei schlechter geworden , und es sei zu einer vermehrten Ausstrahlung der Schmerzen L4/L5 und L5/S1 links betont gekommen (Ziff. 1.3). Die bisherige beziehungsweise eine angepasste Tätigkeit sei aufgrund der Verschlechterung und Zunahme der Schmerzen 2.5 Stunden pro Tag zumutbar (Ziff. 2.1). 3.6 3.6 .1

Dr. med. B.____ , Fachärztin für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. C.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstatteten am 7. November 2019 ein interdisziplinäres Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/79). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (Urk. 7/79/1-45 S. 4-27 , Urk. 7/79/46-54 S. 1-2), die Angaben des Beschwerdeführers (Urk. 7/79 /1-45 S. 27 ff. , Urk. 7/79/46-54 S. 2 ff.) und ihre am 22. Oktober und am 6. November

2019 in den Disziplinen Rheumatologie (Urk. 7/79/1-45) und Psychiatrie (Urk. 7/79/46-54) erhobenen Befunde. Sie nannten die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/79/55-62 S. 4): - chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit am ehesten pseudoradikulärer Ausstrahlung links mit/bei : - DD Piriformissyndrom , DD intermittierend lumbo-radikuläres Schmerzsyndrom (L5) oder S1 links - MRI LWS vom 26. September 2018: Osteochondrose LWK5 / SWK1

Modic I-II, linksbetonte Fazettengelenksarthrose mit Ligamentum flavum -Hyperplasie und Tangierung der L5-Nervenwurzel am Eingang zum linken Foramen - konventionell-radiologisch gemäss Akten keine wesentlichen degenerativen Veränderungen - Status nach mikrochirurgischer Sequestektomie

L5 / S1 links 2015 - August 2016: periradikuläre Infiltration S1 links ohne jegliche Wirkung - Februar 2017: S1-Wurzel-Infiltration ohne Wirkung bis 1 Woche nach Infiltration - Juli 2018: Ultiva -Test i.v. positiv 30 % - Juli 2018: Lidocain -Test i.v. negativ - Juni 2018: Ketamin -Test schwach positiv - Mai 2018: Diagnostische Wurzelblockade S1 links negativ - Mai 2018: Diagnostische Wurzelblockade S1 links partiell positiv 3.6 .2

In rheumatologischer Hinsicht (Urk. 7/ 79/1-45) sei klinisch wie bereits anlässlich des stationären Aufenthalts im Universitätsspital F.____

im Jahr 2018 vor allem eine muskuläre Komponente im Beckengürtel linksbetont, aber auch im Schulter gürtel aufgefallen. Aktuell lasse sich kein sicheres sensomotorisches Ausfallsyndrom feststellen. Die Muskelkraft sei in allen Kennmuskeln voll erhalten, der Zehenspitzen- und Fersengang, wie auch der Einbeinstand seien beidseitig sicher möglich. Neu finde sich eine Verminderung der Berührungssensibilität der linken Gesichtshälfte, des linksseitigen Thorax und des gesamten linken Beines. Eine Störung, die organisch nicht zu erklären sei, ausser als Residuum einer zerebralen Durchblutungsstörung, wofür sich sonst keine Hinweise fänden (negativer Babinski , gute Muskelkraft). Das Untersuchungsergebnis sei nicht ganz eindeutig, eine radikuläre Reizproblematik wäre aber durchaus möglich, wobei diese in der letzten durchgeführten MRT-Untersuchung kein anatomisches Korrelat finde, ausser der Narbenbildung nach Hemilaminektomie , welche durchaus zu Nerven wurzelirritationen führen könne. Es dürfte dann aber eigentlich ein klares Ansprechen auf periradikuläre Infiltrationen dieser Wurzel erwartet werden, was beim Versicherten nicht der Fall gewesen sei. Aufgrund der Untersuchungsergebnisse werde in Übereinstimmung mit der Beurteilung durch die Rheumatologie des Universitätsspitals F.____ eher davon ausgegangen, dass die Schmerzausstrahlungen aktuell vorwiegend pseudoradikulär , muskulotendinös bedingt seien, eine intermittierende radikuläre Reizkomponente S1 links könne jedoch nicht ganz ausgeschlossen werden (S. 40-41 Ziff. 7.1). Aufgrund der degenerativen Veränderungen des lumbalen Achsenskelettes sei dieses minderbelastbar. Die nicht ganz auszuschliessende intermittierende radikuläre Reizproblematik bedinge zu dem einen erhöhten Pausenbedarf, das heisst eine Reduktion der Leistungsfähigkeit (S. 41 Ziff. 7.2). Die Beschwerden würden vom Versicherten über mehrere Jahre konstant geschildert und sich durch alle Lebensbereiche ziehen und hätten Auswirkungen auf seine Berufstätigkeit , aber auch im Privatleben gehabt. Allerdings seien die vom Versicherten angegebenen sehr hohen Schmerzintensitäten aus rheumatologischer Sicht aufgrund der zu erhebenden Befunde nur schwierig nachzuvollziehen (S. 42 Ziff. 7.5). Sowohl die Arbeit als Zugbegleiter wie auch die Arbeit am Info-Point seien rheumatologisch nicht angepasst und könnten dem Versicherten nur sehr reduziert (2x2 Stunden täglich mit einer mindestens einstündigen Unterbrechung) zugeordnet werden. Dies ab drei Monaten nach der Operation am 18. November 2015, mithin seit Ende Februar 2016 (S. 43 Ziff. 8.1). Seit Ende Februar 2016 (drei Monate postoperativ) wären dem Versicherten aus rheumatologischer Sicht leichte , maximal intermittierend mittelschwere, strikt rückenadaptierte, wechselnde Tätigkeiten, bei der alle Arbeiten, die mit einer Zwangshaltung des Oberkörpers verbunden seien, ausgeschlossen seien, zu 80 % zumutbar. Infolge der nicht ganz auszuschliessenden radikulären Komponente bestehe auch in adaptierter Tätigkeit ein erhöhter Pausenbedarf. Kürzere Teil- und vollständige Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Schmerzexazerbationen könnten aus rheumatologischer Sicht auch bei adaptierter Tätigkeit in Zukunft nicht ganz ausgeschlossen werden (S. 43-44 Ziff. 8.2). 3.6 .3

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 7/79/46-54) wurde festgehalten, dass es bezüglich einer depressiven Störung einer dauerhaften gedrückten Stimmung mit Interessenverlust, Rückzug und Energielosigkeit bedürfe. Diese könne beim Exploranden allerdings nicht bestätigt werden, er verneine, unter einer dauerhaft gedrückten Stimmung zu leiden. Er könne durchaus Freude empfinden und versuche, sich mit der Situation abzufinden. Es bestehe nicht eine ausgesprochene Interessenlosigkeit. Es gelinge ihm, Interessen nachzugehen, indem er lese und sich informiere. Soziale Kontakte pflege er schon seit Jahren praktisch keine, mit Ausnahme des engsten Familienkreises. In diesem Sinne müsse daher von einer Remission der depressiven Störung ausgegangen werden. Es sei denkbar, dass er teilweise mit affektiven Schwankungen reagiert habe, als die Zukunftsaussichten unklar und insbesondere die Arbeitssituation schwierig geworden seien. Eine Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren werde heute gemeinhin angenommen, sobald ein länger dauernder Schmerzzustand vorliege, der wenig beeinflussbar sei. Es finde sich aus psychiatrischer Sicht ein nicht ganz unauffälliger Explorand, wobei möglich akzentuierte zwanghafte Züge angenommen werden könnten. Das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung sei nicht erfüllt. Er scheine aufgrund seiner Persönlichkeitszüge nie wesentliche Schwierigkeiten im beruflichen Bereich gehabt und sich nie inadäquat verhalten zu haben. Aufgrund des psychischen Zustands bestünden keine Beeinträchtigungen im Alltag (S. 6-7 Ziff. 6). Der Explorand sei in der Lage, sein Leben weitgehend selbständig zu gestalten, ohne wesentliche Hilfen (S. 8 Ziff. 7.1). Er besuche keine psychiatrischen Massnahmen. Er habe einige Zeit in psychosomatischer Beratung gestanden, wobei keine eigentlichen Therapiemassnahmen stattgefunden hätten. Es werde

empfohlen, nochmals verhaltenstherapeutische Massnahmen in Angriff zu nehmen, insbesondere um den Umgang mit den Beschwerden zu verbessern (S. 8 Ziff. 7.2, S. 9 Ziff. 8). Subjektiv fühle sich der Explorand nicht mehr in der Lage, die Tätigkeit als Zugbegleiter durchzuführen. Diese müsse vorwiegend aus somatischer Sicht beurteilt werden. Aufgrund des psychischen Zustands sollte eine körperlich nicht zu belastende Tätigkeit möglich sein, das heisse

jede leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei grundsätzlich vollumfänglich möglich. Aus psychiatrischer Sicht sei ihm nie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden (S. 9 Ziff. 8). 3.6 .4

Aus gesamtmedizinischer Sicht

(Urk. 7/79/55-62) seien sowohl die Arbeit als Zugbegleiter wie auch die Arbeit am Info-Point nicht angepasst und könnten dem Versicherten nur sehr reduziert (2x2 Stunden täglich mit einer mindestens ein stündigen Unterbrechung) zugemutet werden. Dies ab drei Monaten nach der Operation am 18. November 2015, das heisse seit Ende Februar 2016 (S. 7 Ziff. 4.7). Seit Ende Februar 2016 (drei Monate postoperativ) wären dem Versicherten aus rheumatologischer Sicht leichte, maximal intermittierend mittel schwere, strikt rückenadaptierte, wechselbelastende Tätigkeiten, bei der alle Arbeiten, die mit einer Zwangshaltung des Oberkörpers verbunden seien, ausgeschlossen seien, zu 80 % zumutbar. Infolge der nicht ganz auszuschliessenden radikulären Komponente bestehe auch in adaptierter Tätigkeit ein erhöhter Pausenbedarf (S. 7 Ziff. 4.8). Sinnvoll wäre die Durchführung von psychosomatisch orientierten Gesprächen, insbesondere verhaltenstherapeutischen Massnahmen, um einen geeigneten Umgang mit den Beschwerden zu finden. Medikamentöse Massnahmen seien in der Vergangenheit

verschiedentlich durchgeführt worden, ohne dass ein subjektiver Erfolg habe erreicht werden können. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei aus rheumatologischer Sicht durch medizinische Massnahmen oder Therapien nicht erreichbar (S. 8 Ziff. 4.10). 3.7

Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), nahm am 20. November 2019 Stellung zum medizinischen Sachverhalt (Urk. 7/81 S. 8-9) und hielt fest, dass die Gutachter nach ausführlicher fachspezifischer Diskussion in einer interdisziplinären Zusammenfassung zu plausiblen Diagnosen und nachvollziehbaren Schlussfolgerungen hinsichtlich der bestehenden Leistungsfähigkeit des Versicherten gekommen seien. Auf das interdisziplinäre Gutachten (vgl. vorstehend E. 3.6) könne somit abgestellt werden. In der bisherigen Tätigkeit bestehe seit Ende Februar 2016 eine etwa 50%ige Arbeitsfähigkeit (2x2 Stunden pro Tag mit mindestens einer Stunde Pause dazwischen). In einer angepassten Tätigkeit bestehe seit Ende Februar 2016 durchgehend eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (vollschichtig mit einer Leistungsminderung von 20 % ; S. 9). 3.8

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung oder des Einspracheentscheides ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Sie können indessen, unter Wahrung des rechtlichen Gehörs, berücksichtigt werden, wenn sie kurze Zeit nach dem Erlass des angefochtenen Entscheids eingetreten sind, sich ihre Beachtung aus prozessökonomischen Gründen unbedingt aufdrängt und sie hinreichend klar feststehen (BGE 105 V 156 E. 2d; ZAK 1984 S. 349 E. 1b). Dies ist der Fall, wenn sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 99 V 98 E. 4 mit Hinweisen). Diese Voraussetzungen sind hinsichtlich des im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichtes von Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, vom 24. April 2020 (Urk. 3/3) erfüllt, weshalb dieser vorliegend berücksichtigt werden kann. 3.9

Dr. H.____

(vorstehend E. 3.8) hielt im Bericht vom 24. April 2020 (Urk. 3/3) fest, dass er den Patienten das erste Mal am 25. März 2020 in seiner ambulanten fachärztlichen rheumatologischen Sprechstunde gesehen und untersucht habe (S.

1). Er könne in seiner Untersuchung aufgrund der erhobenen Befunde die Diagnose eines chronischen

lumbo-pseudoradikulären Schmerzsyndroms links im Bereich des Dermatoms

L5 und S1 bei Status nach mikrochirurgisch erfolgter Wurzeldekompression links eines Massenprolapses L5/S1 bestätigen. Der Patient leide aktuell immer noch, insbesondere bei körperlicher Belastung, wie auch bei längerem Sitzen oder Verharren in gleicher Position an rezidivierenden tieflumbalen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein, wobei er die Schmerzstrahlung ziemlich genau im S1-Dermatom links angebe, ebenfalls hier verbunden mit Angaben einer Hypästhesie. Andere neurologische Ausfälle, insbesondere Paresen, seien in der aktuellen Untersuchung nicht nachweisbar, die Reflexe seien symmetrisch, der Patellarsehnenreflex auslösbar. Beide Achillessehnenreflexe wie auch der

Tibialis anterior-Reflex beidseits seien nicht auszulösen. Muskelatrophien distal des Beckens wie auch im Bereich der unteren Rückenpartien seien nicht nachweisbar. Die Operationsnarbe, obwohl beim Palpieren vom Patienten als schmerzhaft empfunden, erscheine reizlos. Er gehe mit der Beurteilung der Gutachterin Dr. B. ___ einig, dass sämtliche bisher durchgeführte konservativen therapeutischen Massnahmen ausgeschöpft seien. Ebenfalls sei er der Meinung, dass eine neue operative Intervention in dieser Situation nichts bringen würde (S. 2). Die angestammte Tätigkeit als Zugbegleiter Z. ___ sei dem Patienten seit November 2015 nicht mehr zumutbar. Diese Einschätzung decke sich in etwa mit der Arbeitsfähigkeitseinschätzung im bidisziplinären Gutachten. Bereits seit 2011/2012 sei ihm jedoch diese körperlich schwere Tätigkeit aufgrund der ausgewiesenen rheumatologischen Beschwerden im Bewegungsapparat mit Ausstrahlung ins linke Bein wegen der ausschliesslich stehenden Arbeit und den ruckelnden, insbesondere Seitwärtsbewegungen des Zuges, welche sich auf den Rücken des Patienten übertragen hätten, nur eingeschränkt zumutbar (zirka 80 %; S. 3 Ziff. 1). Die leidensangepasste Tätigkeit als Kundenberater am Infopoint, welche der Patient im Rahmen von Eingliederungsmassnahmen bei der Z. ___ 2016/2017 ausgeführt habe, sei ihm seit Oktober 2017 nicht mehr zumutbar. Diese Einschätzung decke sich in etwa mit der Einschätzung im bidisziplinären Gutachten (S. 3 Ziff. 2). Die Arbeitsfähigkeit des Patienten in wechselbelastender körperlich leichter Tätigkeit mit zusätzlichem Pausenbedarf schätze er aktuell aufgrund der fortgeschrittenen Chronifizierung auf zirka 50 %. Mittel- bis langfristig könne wohl, nach erfolgreich durchgeführter erweiterter Therapie, bei einer optimalen Arbeit eine Erwerbsfähigkeit von 60-70 % erreicht werden. Eine optimale Arbeitsstelle in der aktuell geschätzten Arbeitsfähigkeit von zirka 50 % müsste Folgendes beinhalten: die Möglichkeit, alle 15 Minuten seine Position wechseln zu dürfen (stehend, sitzend, wenige Schritte laufen, Pausen mit Liegemöglichkeit), ohne Treppensteigen oder Besteigen von Leitern, ohne Tragen von Lasten über 2 kg und ohne Tätigkeiten mit Zwangshaltung des Oberkörpers (S. 3 Ziff. 3). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten vom November 2019 (vorstehend E. 3.6) sowie die Stellungnahme des RAD vom November 2019 (vorstehend E. 3.7) davon aus, die bisherige Tätigkeit als Zugbegleiter sowie auch die Tätigkeit am Info-Point sei dem Beschwerdeführer noch in einem Pensum von 50 % zumutbar. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei ihm zu 80 % zumutbar (vgl. vorstehend E.

2.1). Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, gestützt auf die Beurteilung des behandelnden Arztes sei er in einer angepassten Tätigkeit lediglich zu 50 % arbeitsfähig, weshalb ihm rückwirkend per 1. August 2018 eine Dreiviertelrente, mindestens jedoch eine Viertelrente, zustehe (vgl. vorstehend E. 2.2). 4.2

In psychiatrischer Hinsicht konnten im bidisziplinären Gutachten vom November 2019 (vgl. vorstehend E. 3.6.3) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine mögliche Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), ein Status nach einer möglichen depressiven Episode, remittiert (ICD-10 F32), sowie eine akzentuierte zwanghafte Persönlichkeit genannt (Urk. 7/79/46-54 S. 7 Ziff. 6 unten). Der Gutachter hat sich bei seiner Beurteilung an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikationen (vorstehend E. 1.3-1.4) eingeschätzt. Er legte nachvollziehbar

dar, dass die für die Diagnose einer depressiven Störung erforderlichen Kriterien, insbesondere eine dauerhaft gedrückte Stimmung mit Interessenverlust, Rückzug und Energielosigkeit beim Beschwerdeführer aktuell nicht vorliegen. Die Aussagen des Beschwerdeführers zu seinem Tagesablauf legen nahe, dass er durchaus in der Lage ist, Freude zu empfinden, Interessen nachzugehen und soziale Kontakte zu pflegen. Auch die anlässlich der Begutachtung festgestellten akzentuierten zwanghaften Persönlichkeitszüge, welche das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung jedoch nicht erreichen, vermögen nachvollziehbar keine Auswirkungen auf seine Leistungsfähigkeit zu zeitigen. So ist der Beschwerdeführer insbesondere in der Lage, Termine wahrzunehmen, Aufgaben zu strukturieren und sich verschiedenen Begebenheiten anzupassen. Auch seine bisherige Erwerbsbiografie lässt auf keine wesentlichen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit den erwähnten akzentuierten Persönlichkeitszügen schliessen. Unter Würdigung seiner Schilderungen zum Tagesablauf lassen sich keine wesentlichen Einschränkungen in der Alltagsbewältigung erkennen. Er meistert seinen Alltag selbständig und ist in der Lage, seine Freizeit zu gestalten, soziale Kontakte zu pflegen sowie Reisen zu tätigen (vgl. auch Urk. 7/79/1-45 S. 33). Auch hinsichtlich der vom Gutachter genannten möglichen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren lässt sich demzufolge keine wesentliche Beeinträchtigung seines sozialen Funktionsniveaus feststellen. Der Umstand, dass der Gutachter verhaltenstherapeutische Massnahmen für einen geeigneten Umgang mit den Beschwerden als sinnvoll erachtete, lässt sodann nicht auch auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit schliessen. Zudem wurde dem Beschwerdeführer bis anhin nie eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht attestiert. Nach dem Gesagten ist keine im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne hinreichende funktionelle Leistungseinschränkung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Im Rahmen des beweismässigen fachärztlichen Gutachtens wurde eine Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit

aus psychiatrischer Sicht somit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint. 4.3

In somatischer Hinsicht (vgl. vorstehend E. 3.6. 1 und 3.6. 2) wurde ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit am ehesten pseudoradikulärer Ausstrahlung links mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Anlässlich der klinischen Untersuchung fiel der Gutachterin vor allem eine muskuläre Komponente im Beckengürtel linksbetont, aber auch im Schultergürtel auf. Ein sicheres sensomotorisches Ausfallsyndrom liess sich aktuell nicht feststellen. Eine radikuläre Reizproblematik erachtete sie aufgrund des nicht ganz eindeutigen Untersuchungsergebnisses jedoch als möglich, wobei sich in der letzten MRT-Untersuchung diesbezüglich kein anatomisches Korrelat finden liess. Gestützt auf die eingehende klinische Untersuchung und in Würdigung der Vorakten gelangte sie in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass die Schmerzausstrahlungen aktuell vorwiegend pseudoradikulär, muskulotendinös bedingt seien.

Ihre Beurteilung deckt sich

dabei weitgehend mit der Einschätzung der behandelnden Ärzte des Universitätsspitals F.____ vom November 2018 (vorstehend E. 3.4), welchen klinisch vor allem myofasziale Befunde und eine Haltungsinuffizienz auffielen. Auch der

behandelnde Rheumatologe Dr. H.____

bestätigte in seinem im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht vom April 2020 (vorstehend E. 3.9) explizit die Diagnose eines chronischen

lumbo-pseudoradikulären Schmerzsyndroms links im Bereich des Dermatoms

L5 und S1 und veranlasste diesbezüglich keine neue MRT-Untersuchung. Die nicht ganz auszuschliessende radikuläre Komponente berücksichtigte die Gutachterin sodann bei der dem Beschwerdeführer attestierten 80%igen Leistungsfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Gemäss Gutachterin bedinge diese einen erhöhten Pausenbedarf und damit eine Reduktion der Leistungsfähigkeit. Die 20%ige Leistungsreduktion wurde dem Beschwerdeführer somit infolge des erhöhten Pausenbedarfs attestiert. Daher ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf das Gutachten und die Stellungnahme des RAD-Arztes (vorstehend E. 3.7) von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit (vollschichtig mit einer Leistungsminderung von 20 %) in angepassten Tätigkeiten ausging. Auch das von den Gutachtern genannte Belastungsprofil, welches insbesondere strikt rückengerechte Tätigkeiten beinhaltet, erweist sich in Anbetracht der geklagten Beschwerden und relevanten Befunde als umfassend dargelegt und schlüssig begründet. 4.4

Nach dem Gesagten wurde die nicht ganz auszuschliessende intermittierende radikuläre Reizproblematik in der medizinischen Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers vollumfänglich berücksichtigt

und es ist nicht zu beanstanden, dass die Gutachter auf zusätzliche bildgebende Abklärungen verzichteten (vgl. Urk. 1 S. 9 Ziff. 7). Im Übrigen ist es gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung grundsätzlich den Gutachterpersonen überlassen, über Art und Umfang der aufgrund der konkreten Fragestellung erforderlichen Untersuchungen zu befinden (Urteil des Bundesgerichts 8C_827/2018 vom 10. April

2019 E.

6.2.1).

Auch von weiteren neurologischen respektive neurophysiologischen Abklärungen (vgl. Urk. 1 S. 8-9 Ziff. 5) wären diesbezüglich

keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Anlässlich der einmalig erfolgten klinisch-neurologischen und neurophysiologischen Untersuchung vom 3. Februar

2017 (vorstehend E.

3.2) fanden sich neurologisch keine Hinweise auf eine radikuläre Ausfallsymptomatik im Bereich des S1-Dermatoms links oder einen chronisch neurogenen Schaden.

Nadel-elektromyographisch fanden sich auch keine Hinweise auf eine akute floride Radikulopathie. Hinsichtlich der geklagten Migränebeschwerden gab der Beschwerdeführer an, diese mit den ihm zur Verfügung stehenden Schmerzmitteln wegzubringen (vgl. Urk. 7/79/1-45 S. 30). Soweit ersichtlich steht der Beschwerdeführer auch nicht in fachärztlicher neurologischer Behandlung.

Den Gutachtern lagen somit alle relevanten medizinischen Akten für eine fundierte Befunderhebung und Diagnostik vor. 4.5

Die Berichte der behandelnden Ärzte (vorstehend E.

3.5 und E. 3.9) vermögen die gutachterliche Einschätzung indes nicht in Zweifel zu ziehen. Dass Dr. H. ___ im Bericht vom April 2020 (vorstehend E. 3.9) eine dem Leiden optimal angepasste Tätigkeit als aktuell lediglich zu zirka 50 %

zumutbar erachtete, leuchtet in Anbetracht der von ihm festgestellten Funktionseinschränkungen und mangels einer entsprechenden Begründung nicht ein. In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapiekräften ist ferner auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE

135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). 4.6

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das bidisziplinäre Gutachten vom November 2019 (vorstehend E. 3.6) sämtliche Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte im Sinne der Rechtsprechung (vgl. vorstehend E. 1.5-1.6) erfüllt. Der medizinische Sachverhalt ist dahingehend erstellt, dass der Beschwerdeführer seit Ende Februar 2016 in den bisherigen Tätigkeiten zu etwa 50 % arbeitsfähig (2x2 Stunden pro Tag mit einer mindestens einstündigen Unterbrechung) ist. In einer leichten, maximal intermittierend mittelschweren, strikt rückenadaptierten und wechselbelastenden Tätigkeit, bei der alle mit einer Zwangshaltung des Oberkörpers verbundenen Arbeiten ausgeschlossen sind, besteht seit Ende Februar 2016

eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (vollschichtig mit einer Leistungsminderung von 20 %). 5.

E. 5

Ziff. 6.1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und teilte dem Versicherten am 6. Juni (Urk. 7/23)

und am 10. Juni 2016 (Urk. 7/27) mit, dass

sie die Kosten für Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Ausbildungskurses übernehmen werde. Mit Mitteilung vom 20. Juni 2016 (Urk. 7/32) gewährte sie Kostengutsprache für Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Bewerbungscoachings sowie mit Mitteilung vom 31. Oktober 2016 (Urk. 7/41) Kostengutsprache für die Ausbildung zum Infomitarbeiter bei der A.____.

Mit Schreiben vom 23. November 2016 (Urk. 7/45) hielt sie sodann fest, dass der Arbeitsplatz erfolgreich abgeschlossen worden sei.

E. 5.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 144 I 103 E. 5.3, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und

beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 f. zu Art. 28a).

E. 5.2

Für die Berechnung des Valideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin in ihrem Einkommensvergleich vom 29. November 2019 (Urk. 7/80) auf das vom Beschwerdeführer gemäss Arbeitgeberfragebogen vom 4. Januar

2019 (Urk. 7/58/1-7) als Kundenberater in 90%-Pensum erzielte Einkommen , welches sich im Jahr 2018 auf

Fr. 74'202.05 belief. Dies erweist sich

aus den nach folgenden Gründen indes als nicht korrekt . Seit Oktober 2002 war der Beschwerdeführer als Reisezugbegleiter International bei der Z. ___ AG tätig (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom März 2016, Urk. 7/1 Ziff. 2.1, Ziff. 2.7). Aufgrund der aktenkundigen gesundheitlichen Beschwerden meldete er sich bereits im März 2016 bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 7/5) . Nachdem die Beschwerdegegnerin diverse Frühinterventionsmassnahmen gewährt hatte (vgl. Urk. 7/23, Urk. 7/26-27, Urk. 7/32, Urk. 7/37, Urk. 7/41, Urk. 7/44), war es dem Beschwerdeführer möglich, per 1. Dezember 2016 innerhalb der Z. ___ in eine an sein Leiden besser angepasste Tätigkeit als Kundenberater am Infopoint zu wechseln (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom Januar 2019, Urk. 7/58/1-7

Ziff. 2.2). Daraufhin schloss die Beschwerdegegnerin mit Mitteilung vom November 2016 den Arbeitsplatzverlust erfolgreich ab (Urk. 7/45). Somit erfolgte der Tätigkeitswechsel zum Kundenberater 2016 nachweislich

bereits infolge der aktenkundigen gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers. Das gemäss Arbeitgeberfragebogen vom Januar 2019 (Urk. 7/58/1-7) im Jahr 2018 erzielte Einkommen widerspiegelt demnach nicht jenes Einkommen, welches der Beschwerdeführer als Gesunder tatsächlich verdient hätte (vgl. vorstehend E. 5.1) . Dafür spricht auch der Umstand, dass es seit Aufnahme der Tätigkeit gemäss Absenzenliste des Arbeitgebers zu diversen krankheitsbedingten Abwesenheiten gekommen ist (vgl. Urk. 7/58/9). Ferner weisen die in den Jahren 2016-2018 als Kundenberater erzielten Einkommen Schwankungen auf (vgl. Urk. 7/58/1-7 Ziff. 5.3).

E. 5.3

Nach dem Gesagten ist

mit dem Beschwerdeführer davon auszugehen, dass er nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Gesundheitsfall weiterhin als Reisezugbegleiter International bei der Z. ___ AG tätig wäre. Die gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) erzielten Einkommen in den Jahren 2002-2015 unterliegen aus unbekanntem Grund indes Schwankungen (Urk. 7/56) . Gemäss Aussage des Beschwerdeführers sei es seit 2011/2012 schrittweise zu gesundheitsbedingten Pensumsreduktionen

gekommen (Urk. 1 S. 6

Ziff. 1). Gemäss Aktenlage bestehen zumindest Anhaltspunkte, dass der Beschwerdeführer schon seit zirka 2004/2005 an intermittierenden Rückenschmerzen leidet (vgl. Urk. 7/20/1-6 Ziff. 1.4). Ob es aufgrund der gesundheitlichen Beschwerden im Laufe seiner Anstellung zu Pensumsreduktionen gekommen ist, lässt sich anhand der

in erwerblicher Hinsicht nur spärlich

vorhandenen Angaben nicht verifizieren. Dem Arbeitgeberfragebogen vom 9. März 2016 (Urk. 7/1) ist diesbezüglich lediglich zu entnehmen, dass die Arbeitszeit des Beschwerdeführers vor Eintritt des Gesundheitsschadens 33 Stunden pro Woche betrug, was einem 80%-Pensum entspricht. Lohnabrechnungen sowie genaue Angaben zu allfälligen Pensumsänderungen oder ausbezahlten Überstunden, welche die schwanken den Einkommen erklären könnten, liegen den Akten nicht bei. Des Weiteren fällt auf, dass die im Arbeitgeberfragebogen aufgeführten Jahresverdienste 2014-2015 (Urk. 7/1 Ziff. 2.12) nicht mit den Angaben im IK-Auszug übereinstimmen.

Gemäss Angaben des Beschwerdeführers sei er bis 2011 zu 100 % arbeitstätig gewesen (Urk. 1 S. 3 Ziff. 3). Indes ergibt sich auch aus den Einkommen vor 2012, welche im Übrigen sehr lange zurückliegen, ein inkongruentes Bild mit Einkommensschwankungen. Nach dem Gesagten lässt sich das Valideneinkommen gestützt auf die vorhandenen Angaben im Arbeitgeberfragebogen und IK-Auszug nicht mit Sicherheit bestimmen. Ferner ist nicht rechtsgenügend erstellt, in welchem Pensum der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall tätig wäre. Es erweisen sich somit weitere Abklärungen zum Valideneinkommen und zur sozialversicherungsrechtlichen Qualifikation des Beschwerdeführers als erforderlich.

E. 5.4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE

143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b / aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflicht gemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b / aa-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a / bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leistungsbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V

16 E. 4.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137

V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2). 5. 5

Für die Berechnung des Invalideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin auf das von Männern für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art durchschnittlich erzielte Einkommen (LSE 2016, TA1_tirage_skill_level, Total Männer, Kompetenzniveau 1 von Fr. 5'340.--) ab, was nicht zu beanstanden und unter den Parteien nicht streitig ist. Angesichts des leichten, maximal intermittierend mittelschweren, strikt rücken adaptierte und wechselbelastende Tätigkeiten umfassenden Belastungsprofils ist vorliegend von einem genügend breiten Spektrum an möglichen Verweisungstätigkeiten auszugehen .

Rechtsprechungsgemäss ist der Umstand allein, dass nur noch leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leistungsbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_507/2020 vom 29. Oktober 2020 E. 3.3.3.2 mit Hinweisen).

Die bundesgerichtliche Rechtsprechung hat ferner wiederholt darauf hingewiesen, dass körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt durchaus vorhanden sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 3.2 und 6.3 mit Hinweisen). Des Weiteren ist nicht ersichtlich, dass sich der Beschwerdeführer bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen überwiegend wahrscheinlich mit einem geringeren Lohn zu begnügen hätte als voll leistungsfähige und entsprechend einsetzbare Arbeitnehmer (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.3). Die nicht ganz auszuschliessende intermittierende radikuläre Reizproblematik bedingt

sodann gemäss Gutachterin einen erhöhten Pausenbedarf, das heisst eine Reduktion der Leistungsfähigkeit . Somit wurde die 80%ige Leistungsfähigkeit explizit infolge des erhöhten Pausenbedarfs attestiert, welcher damit in der Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit bereits vollumfänglich abgegolten wurde (vgl. vorstehend E. 4.3) . Somit bleibt kein Raum für einen leistungsbedingten Abzug.

E. 5.6

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, GSVer). 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).

E. 5.7

Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit unter Berücksichtigung des Belastungsprofils seit Ende Februar 2016 zu 80 % zumutbar ist. Hinsichtlich der erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist ein abschliessender materieller Entscheid gestützt auf die vorhandenen Akten indes nicht möglich. Die angefochtene Verfügung ist folglich aufzuheben und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen respektive zur Bestimmung des Valideneinkommens sowie zur Klärung der sozialversicherungsrechtlichen Qualifikation des Beschwerdeführers und zur erneuten Verfügung über den Rentenanspruch an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

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 um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1b iVVG) und auf Fr. 700.-- 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.

Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) und ist beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 185.-- (ohne MWSt) für Juristinnen und Juristen ermessensweise auf Fr. 1'700.-- (inkl. MWSt und Auslagenersatz) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 4. März 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic. iur. Y.____ - 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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
Rämi

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.