

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00011 vom 6. Juli 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-07-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00011)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00011 du 6 juillet 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00011 del 6 luglio 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, K S ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

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

#### **E. 1.4**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 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 unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

#### **E. 1.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2.

#### **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte am 6. Januar 2023 Beschwerde und beantragte, es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen und ihm sei insbesondere ab November 2021 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen zu tätigen und danach nochmals über das Leistungsbegehren zu befinden. Subeventualiter seien Eingliederungsmassnahmen zu tätigen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 10. Februar 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 13. Februar 2023 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, aufgrund eines Unfalls bestehe seit dem 29. Juni 2020 eine Erwerbsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Servicetechniker Sanitär. Seit dem 2. November 2021 sei dem Versicherten eine angepasste Tätigkeit (körperlich mittelschwere Tätigkeit ohne Arbeit mit vibrierenden oder rüttelnden Maschinen) vollumfänglich zumutbar, wobei er damit ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könne, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe (Urk. 2).

#### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, er leide neben den somatischen Einschränkungen auch an psychischen Beschwerden sowie einem Suchtverhalten, weshalb er vollumfänglich arbeitsunfähig sei (Urk. 1). 3. 3. 1

Im Austrittsbericht der Klinik Y. \_\_\_\_

vom 2. Februar 2021 über die stationäre Behandlung vom 8. Dezember 2020 bis 27. Januar 2021 wurden folgende Diagnosen genannt (Urk. 6/ 55 / 6 ): - F13.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom (Teilentzug) - F13.25 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch - F10.21 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent , aber in beschützender Umgebung - F12.21 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent , aber in beschützender Umgebung - F14.20 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom, seit 9 Monaten abstinent - F17.25 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch - Anamnestisch Verdacht auf Dysthymia

Die Ärzte attestierten dem Versicherten für die Dauer des stationären Aufenthalts eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/55/2). Zu den Zuweisungsumständen wurde ausgeführt, der Versicherte trinke seit einigen Jahren täglich Alkohol und nehme seit fünf Jahren jeden Abend 2.5 mg Temesta ein. Bereits vor Eintritt habe er sich selbständig vom Alkohol entzogen, worauf es nach zehn Tagen zum Krampfanfall und anschließender Hospitalisierung vom 26. November 2020 bis zum 3. Dezember 2020 im Stadtspital Z. \_\_\_\_

gekommen sei. Der gelernte Sanitär Heizungsmonteur sei seit einem Sturz im Juni 2020 und Komplikationen im Heilungsprozess krankgeschrieben. Durch den Alkoholkonsum und dessen Folgen sowie die körperlichen Einschränkungen und Schmerzen durch die Verletzungen sei der Versicherte bei Eintritt stark belastet gewesen, was sich in Schuldgefühlen und einer niedergeschlagenen Grundstimmung gezeigt habe (Urk. 6/55/6). Da ihn das Klinikumfeld und insbesondere die Schicksale der Mitpatienten zunehmend belastet hätten, habe sich der Versicherte gegen die Fortführung der stationären und für die Weiterführung der ambulanten Behandlung bei Dr. A. \_\_\_\_

entschieden. Er habe sich gut auf den Austritt vorbereitet und habe sich Termine bei seinem behandelnden Psychiater sowie eine Tagesstruktur (Mithilfe im Geschäft eines Freundes) organisiert. Während des Aufenthalts sei es zu keinem bekannten Alkoholkonsumereignis gekommen und alle unangekündigt durchgeführten Kontrollen seien negativ gewesen. Die Aufrechterhaltung der Alkoholabstinenz scheine dem Versicherten auch ausserhalb der Klinik während Belastungsproben gelungen zu sein. Er habe die Klinik psychisch stabilisiert und mit hoher Abstinenzmotivation verlassen (Urk. 6/55/7). 3. 2

Im Bericht der Klinik Y. \_\_\_\_ vom 19. Mai 2021 über die stationäre Behandlung vom 14. April 2021 bis 19. Mai 2021 wurden folgende Diagnosen bei Austritt genannt (Urk. 6/21/1): - F10.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom - F13.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom (Teilentzug) - F10.21 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent , aber in beschützender Umgebung - F13.25 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika:

Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch - F12.21 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinente, aber in beschützender Umgebung - F14.20 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom, mehr als ein Jahr abstinente - F17.25 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch - F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode Die Ärzte attestierten dem Versicherten für die Dauer des stationären Aufenthalts eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/21/2). Nach dem letzten Austritt sei die Aufrechterhaltung der Abstinenz für drei Wochen gut gelungen, bevor es zur Konsumwiederaufnahme gekommen sei. Gründe für die Konsumwiederaufnahme vom Alkohol seien Langeweile und das Umfeld bei der Arbeit gewesen. Zum erneuten Hypnotikakonsum sei es aufgrund von Schlafproblemen gekommen. Der Opiatkonsum sei weiterhin sistiert. Mit der Konsumwiederaufnahme hätten auch die depressiven Beschwerden zugenommen, was den Substanzkonsum zusätzlich verstärkt habe (Urk. 6/21/2). Beim Versicherten, welcher zunächst geplant habe, die Entwöhnungsbehandlung in Anspruch zu nehmen, sei bereits nach wenigen Behandlungstagen die Ambivalenz gegenüber der Behandlung spürbar geworden. Im Verlauf habe er sich für den Austritt nach dem Entzug und schliesslich für den vorzeitigen Austritt entschieden. Der Versicherte habe immer wieder berichtet, seine Kinder und die Kindsmutter, zu welchen eine sehr gute Beziehung bestehe, zu vermissen, was den Aufenthalt zu erschweren schien. Im Behandlungsverlauf habe der Versicherte nach einem Spitaluntersuchung zudem erfahren, dass seine Arbeitsfähigkeit bezüglich seiner Armfraktur wieder teilweise gegeben gewesen sei, woraufhin er sich aktiv um eine neue Stelle bemüht und eine solche schliesslich auch gefunden habe. Subjektiv und objektiv hätten während der Behandlung immer wieder starke Stimmungsschwankungen sowie ein zunehmender Rückzug des Versicherten beobachtet werden können. Er habe von einem übermässigen Schlafbedürfnis berichtet und davon, dass er tagsüber häufig schlafe und sich am Morgen ausgeprägt antriebslos fühle. Die Teilnahme am Therapieprogramm und das Wahrnehmen von Einzelterminen sei deshalb nicht immer zuverlässig gelungen. Weiter sei es dem Versicherten schwergefallen, einen therapeutischen Auftrag herauszuarbeiten, da er insbesondere keinen Blick zurück in seine Vergangenheit habe werfen wollen. Schliesslich habe sich der Patient am 19. Mai 2021 entschieden, die Klinik zu verlassen, da er seine berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen wolle und eine Stelle in einem 50 %-Pensum gefunden habe. Er habe gehofft, durch die geregelte und sinnstiftende Tagesstruktur und die Nähe zur Familie eine Verbesserung der Stimmung zu erfahren. Er habe geplant, den Hypnotikaentzug mit Hilfe seiner behandelnden Psychiater zu beenden und sei diesbezüglich zuversichtlich gewesen (Urk. 6/21/3). 3.3

Dr. med. B. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie sowie für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte in seinem Bericht vom 13. Oktober 2021 folgende Diagnosen (Urk. 6/35/7): - Lumboischialgie beidseits mit/bei: - Status nach LWK1 und Th12 Deckplattenimpressionsfrakturen vom 26. November 2020 - Osteochondrose L5/S1 mit breitbasiger

Diskusprotrusion - Retrolisthesis L5/S1 - Delayed

union bei Status nach erstgradig offener Vorderarmschaftfraktur links vom 29.06.2020 mit/bei: - Status nach Débridement und Plattenosteosynthese Radius und Ulna am 30.06.2020 - Status nach Spongiosaplastik mit Beckenkamm-spongiosa am 05.10.2020 Dr. B. \_\_\_\_, führte aus, von Seiten des Rückens machen den die breitbasige

Diskusprotrusion und Osteochondrose L5/S1 mehr Beschwerden als die stattgehabte Fraktur auf Höhe L1 und Th12, wobei sich unter physiotherapeutischer Behandlung immerhin eine Besserungstendenz zeige. Eine Arbeitsfähigkeit als Sanitärinstallateur bestehe aufgrund der Beschwerden weiterhin nicht. Prinzipiell müsse auch überlegt werden, ob insbesondere angesichts der L5/S1 Problematik eine weitere Tätigkeit in einem schwerbelasteten Beruf sinnvoll sei. Die Vorderarmfraktur sei erfreulicherweise konsolidiert, weshalb diesbezüglich mittlerweile eine volle Belastbarkeit gegeben sei (Urk. 6/37/8). 3. 4

Im Bericht der Klinik Y. \_\_\_\_

vom 19. Oktober 2021 über die stationäre Behandlung vom 18. August 2021 bis 11. Oktober 2021 wurden folgende Diagnosen bei Austritt genannt (Urk. 6/55/1): - F10.21 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung

- F10.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom - F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode - F12.20 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom, seit April 2021 abstinent - F13.20 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom, seit Mai 2021 abstinent - F14.20 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom, seit Sommer 2020 abstinent - F17.25 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch Die Ärzte attestierten dem Versicherten für die Dauer des stationären Aufenthalts eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/55/2). Nach dem letzten Austritt habe der Versicherte wieder zu arbeiten begonnen, habe die Stelle aber aufgrund von starken Schmerzen rasch aufgeben müssen. Im Rahmen eines Feierabendbiers sei es nach etwa einer Woche zur Wiederaufnahme des Alkoholkonsums gekommen, wobei sich erneut ein täglicher Alkoholkonsum eingestellt habe. Der Opiat- und Hypnotikakonsum sei jedoch weiterhin sistiert. Der Versicherte habe bei Eintritt unter Einsamkeit, Niedergeschlagenheit, Antriebsarmut und Lustlosigkeit gelitten. Weiter belastend habe er die fehlende Tagesstruktur empfunden. Der 37-jährige Vater zweier Kinder lebe alleine. Zu den Kindern und der Kindsmutter bestehe ein sehr guter Kontakt (Urk. 6/55/2). Der Versicherte habe von Craving -Erleben in der Klinik sowie auch bei Belastungserprobungen zu Hause berichtet. Im Therapieverlauf sei es mehrfach zu Konsum von Alkohol gekommen. Dies habe offen thematisiert sowie konstruktiv bearbeitet und so für den weiteren Behandlungsverlauf nutzbar gemacht werden können (Urk. 6/55/3). Die depressive Symptomatik habe sich im Verlauf der Behandlung leicht gebessert gezeigt und sei bei Austritt noch in Form von deprimiert sein, Hoffnungslosigkeit, vermindertem Antrieb und teilweise Schuld- sowie Insuffizienzgefühlen vorhanden gewesen. Der Versicherte habe die Klinik Y. \_\_\_\_ auf eigenen Wunsch und gegen ärztliche Empfehlung insgesamt in leicht gebessertem Zustandsbild verlassen. Eine Gefährdung der emotionalen Stabilität bleibe in anhaltenden Belastungssituationen bestehen, mit einer konsekutiven Gefährdung der Abstinenz (Urk. 6/55/4). 3. 5

Kreisarzt Dr. med. C. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, kam in seiner ärztlichen Beurteilung zuhanden der Unfallversicherung vom 2. November 2021 nach Darstellung des aktenmässigen Verlaufs zum Schluss, die bisherige Tätigkeit als Sanitärinstallateur sei in Anbetracht der Verletzungen am Rücken sowie am linken Vorderarm zu schwer und nicht mehr vollzeitig

zumutbar. Demgegenüber seien mittelschwere Tätigkeiten in physiologischer Haltung ohne das Bedienen von rüttelnden oder vibrierenden Geräten vollzeitig zumutbar (Urk. 6/61/443 f.). 3. 6

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 18. November 2021 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er sodann eine Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig gelegentlicher Konsum (ICD-10 F10.24), eine Benzodiazepinabhängigkeit, gegenwärtig abstinente (ICD-10 F13.20), eine Cannabisabhängigkeit, gegenwärtig abstinente (ICD-10 F12.20) sowie eine Kokainabhängigkeit, gegenwärtig abstinente (ICD-10 F14.20), an (Urk. 6/39/3). Der Versicherte befinde sich unregelmässig einmal im Monat oder in zwei Monaten in Behandlung (Urk. 6/39/2). Zu den objektiven Befunden hielt Dr. A.\_\_\_\_ fest, der Versicherte sei gepflegt und normal gewichtig. Der Blickkontakt sei gut vorhanden. Der Versicherte sei bewusstseinsklar, wach und zu allen Qualitäten gut orientiert. Die Stimmung sei schwankend depressiv und leicht angespannt. Der Antrieb sei leicht reduziert. Es bestehe keine Störung der Vitalgefühle. Die Konzentration und Aufmerksamkeit seien gelegentlich reduziert. Auch die Merkfähigkeit sei reduziert. Die Gedächtnisleistungen seien intakt und die Intelligenz sei durchschnittlich. Es bestünden keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen. Halluzinationen seien nicht erkennbar. Eine Ich-Störung bestehe nicht. Ängste und Panikattacken würden verneint und es seien keine Zwänge oder Zwangsgedanken vorhanden. Es bestehe eine schwankende Schlafstörung. Der Appetit sei gut. Psychomotorisch bestünden keine Auffälligkeiten. Die Motivation sei leicht reduziert. Suizidgedanken würden verneint. Es bestehe keine Eigen- oder Fremdgefährdung (Urk. 6/39/3). Er, Dr. A.\_\_\_\_, habe dem Versicherten nie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 6/39/2). Aus psychiatrischer Sicht seien die bisherige Tätigkeit zu 6 Stunden pro Tag und eine dem Leiden angepasste Tätigkeit zu 8 Stunden pro Tag zumutbar (Urk. 6/39/6). Bei Suchtmittelabstinenz bestehe eine gute Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/39/3) sowie eine gute Eingliederungsfähigkeit (Urk. 6/39/6). 3.7

Dr. B.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 28. März 2022 aus, der Versicherte habe am 30. Juni 2020 durch einen Sturz unter Alkoholeinfluss einen offenen Vorderarmbruch links erlitten, welcher noch gleichentags mit einer Verplattung versorgt worden sei. Bei Knochendefekt und verzögerter Knochenheilung sei am 5. Oktober 2020 eine erneute Operation mit Anlagerung von Knochen vom Beckenkamm im Bereich der Elle erfolgt, um die Knochenheilung zu stimulieren. In der letzten Röntgenkontrolle vom 21. Oktober 2021 habe schliesslich eine abgeschlossene Knochenheilung mit weitgehend normaler Knochenstruktur und korrekter Stellung der Vorderarmknochen dokumentiert werden können. Die vom Versicherten geschilderten Beschwerden des linken Armes seien im Verlauf der Kontrollen konstant gewesen und würden sich im Rahmen der erlittenen Verletzung im üblichen Rahmen von Restbeschwerden bewegen. Ein relevantes funktionelles Defizit, welches eine auf den Vorderarm bezogene Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würde, bestehe jedoch nicht (Urk. 6/61/9). Am 26. November 2020 habe sich der Versicherte im Rahmen eines epileptischen Anfalles Deckplattenbrüche des 12. Brust- und des 1. Lendenwirbelkörpers zugezogen. Der epileptische Anfall sei – soweit beurteilbar – am ehesten durch einen Alkoholentzug ausgelöst worden, nachdem der Versicherte über mehrere Tage weniger Alkohol konsumiert habe als gewohnt. In der letzten Röntgenkontrolle der Wirbelsäule vom 11. Oktober 2021 habe sich eine Heilung der

Brüche mit einer leichten Keil deformation des 1. Lendenwirbels von 18° bei praktisch normaler Form des aus geheilten 12. Brustwirbels und einer minimalen Knickbildung der Wirbelsäule durch Ausgleich gesunder Bandscheiben von knapp 6° gezeigt. Die Beschwerden der Wirbelsäule hätten sich im Verlauf zunehmend von der oberen in die untere Lendenwirbelsäule verlagert und es seien zusätzlich in die Oberschenkel ausstrahlende Schmerzen aufgetreten. Eine MRI-Untersuchung habe neben den vollständig verheilten Brüchen eine erheblich abgenutzte Bandscheibe zwischen dem 5. Lendenwirbel und dem Kreuzbein (L5/S1) mit einer Vorwölbung der Bandscheibe in den Wirbelsäulenkanal mit leichter Verdrängung des ersten Kreuzbein nervens (S1) jedoch ohne Hinweis für eine relevante Einengung gezeigt. Sowohl von Seiten der Wirbelsäulenbrüche wie auch von Seiten der abgenutzten Bandscheibe sei dem Versicherten eine schwer belastende Tätigkeit, insbesondere mit repetitivem Heben und Tragen schwerer Lasten, nicht mehr zumutbar (Urk. 6/61/9 f.). Eine angepasste Tätigkeit (ohne Heben und Tragen schwerer Lasten, ohne repetitives Bücken und vornübergeneigtes Arbeiten) sei dem Versicherten demgegenüber zu 100 % zumutbar. Idealerweise werde er in einer wechselbelastenden Tätigkeit mit Wechsel zwischen sitzenden, stehenden und gehen den Tätigkeiten ohne schweres Heben, Tragen oder Bücken eingesetzt (Urk. 6/61/10). 4. 4.1

Zwischen den Parteien ist unbestritten und durch die Akten ausgewiesen, dass dem Beschwerdeführer unter somatischen Gesichtspunkten seine bisherige, körperlich belastende Tätigkeit als Sanitär-Installateur nicht mehr vollzeitlich zumutbar ist. In angepassten Tätigkeiten (mittelschwere Tätigkeiten in physiologischer Haltung ohne das Bedienen von rüttelnden oder vibrierenden Geräten, ohne Heben und Tragen schwerer Lasten, ohne repetitives Bücken und ohne vornübergeneigtes Arbeiten) ist er demgegenüber vollumfänglich arbeitsfähig (vgl. E. 3.3, 3.5 und 3.7).

#### 4.2

Der Beschwerdeführer machte geltend, er leide auch unter psychischen Beschwerden und einem Suchtverhalten, weshalb er nicht arbeitsfähig sei (Urk. 1 S. 8 f.).

Zunächst ist daran zu erinnern, dass sich aus einer fachärztlich festgestellten psychiatrischen Diagnose noch keine rentenbegründende Invalidität ergibt. Die Anerkennung einer anspruchrelevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist vielmehr nur dann zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (vgl. vorstehend E. 1.4).

Ausweislich der Akten wurden beim Beschwerdeführer verschiedene Abhängigkeitssyndrome sowie eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert (Urk. 6/21/1; Urk. 6/55/1, 6). In Bezug auf Erstere stellten die Ärzte der Klinik Y. \_\_\_ im aktuellsten Bericht über die vom 18. August 2021 bis 11. Oktober 2021 erfolgte stationäre Behandlung im Zeitpunkt des Austritts des Beschwerdeführers indes eine Abstinenz von Alkohol in beschützender Umgebung sowie eine weiterbestehende Abstinenz von Cannabis (seit April 2021), von Sedativa oder Hypnotika (seit Mai 2021) und von Kokain (seit Sommer 2020) fest (Urk. 6/55/2). Hinsichtlich der depressiven Symptomatik berichteten sie sodann über eine im Verlauf der Behandlung eingetretene Verbesserung (Urk. 6/55/4). Schliesslich attestierten sie dem Beschwerdeführer denn auch keine über seine Entlassung am 11. Oktober 2021 hinaus andauernde Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/55/2).

Der behandelnde Psychiater, Dr. A.\_\_\_\_, wies zwar darauf hin, dass die Alkoholabstinenz des Beschwerdeführers nicht gesichert sei, was einer Eingliederung im Wege stehe (Urk. 6/39/6). Allerdings hielt er auch ausdrücklich fest, dass er dem Beschwerdeführer nie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert habe (Urk. 6/39/2). Mithin schrieb er dem Alkoholabhängigkeitssyndrom keine funktionellen Auswirkungen zu.

Nach dem Gesagten

zeigte sich die depressive Symptomatik bereits bei Austritt aus der stationären Behandlung am 11. Oktober 2021 gebessert und auch Dr. A.\_\_\_\_ erhob am 19. Oktober 2021 nur leichtgradig ausgeprägte Befunde (Urk. 6/39/3). In Bezug auf Kokain, Cannabis sowie Sedativa und Hypnotika besteht sodann eine Abstinenz und dem Alkoholabhängigkeitssyndrom wird selbst vom behandelnden Psychiater keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugeschrieben. Für fehlende funktionelle Auswirkungen spricht denn auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer den zweiten stationären Aufenthalt in der Klinik Y.\_\_\_\_ vorzeitig abbrach und eine Arbeitsstelle antrat (Urk. 6/21/3). Letztere musste er zwar wieder aufgeben, dies jedoch aufgrund starker Schmerzen und nicht aufgrund seines psychischen Gesundheitszustandes (Urk. 6/55/2). Aufgrund der dargestellten Aktenlage ist es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers funktionelle Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt. Die vom RAD vorgenommene Beurteilung, wonach aus versicherungsmedizinischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 6/53/5), ist entsprechend nicht zu beanstanden. Darauf durfte die Beschwerdegegnerin abstellen.

Daran vermag entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 7) auch nichts zu ändern, dass der RAD-Arzt, Dr. med. D.\_\_\_\_,

keinen Facharzt titel für Psychiatrie innehat, verfasste er

doch weder einen internen Bericht noch einen Untersuchungsbericht (Art. 49 Abs. 1 und 2 IVV), in denen er den medizinischen Sachverhalt selber gewürdigt hätte und wofür er der «im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen» bedurft hätte. Vielmehr übte er eine beratende Funktion gegenüber der Verwaltung aus (Art. 49 Abs. 3 IVV). Bei seiner Stellungnahme handelte es sich mithin nicht um eine eigenständige medizinische Einschätzung und damit Grundlage für die Beurteilung des Leistungsanspruchs, sondern um eine Hilfestellung an die Verwaltung bei deren Vornahme. Hierfür ist keine spezifische fachärztliche Qualifikation des RAD vorausgesetzt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_582/2020 vom 8. September 2021, E. 3.3 mit Hinweis auf Urteil 9C\_550/2020 vom 30. November 2020, E. 5.3 ). 4.3

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass dem Beschwerdeführer die bis herige Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist. In einer angepassten Tätigkeit besteht hingegen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

Von weiteren Abklärungen, wie vom Beschwerdeführer gefordert (Urk. 1 S. 9), sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung ( BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3, je mit Hinweisen ) zu verzichten ist. 5. 5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in erwerblicher Hinsicht auswirkt. Ein Rentenanspruch konnte frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach vorgenommener Anmeldung (Art. 29 Abs. 1 IVG), in casu per

1. Dezember 2021 (Anmeldung per 4. Juni 2021, Urk. 6/15) entstehen, weshalb bei der Invaliditätsbemessung die Verhältnisse zu diesem Zeitpunkt massgebend sind. 5.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). 5.3 5.3.1

Vorliegend zog die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des Valideneinkommens die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heran. Sie stützte sich konkret auf den Tabellenlohn LSE 2018 (Tabelle TA1) für Tätigkeiten im Baugewerbe (Ziff. 41-43, Kompetenzniveau 2, Männer) von Fr. 5'962.-- (Urk. 6/53/5). Daran ist mit Blick auf die Akten nichts auszusetzen und dies wurde vom Beschwerdeführer auch nicht beanstandet. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen betriebsüblichen Arbeitszeit in der Branche «Baugewerbe/Bau» (Ziff. 41-43) von 41.3 Stunden pro Woche im Jahr 2021 (BFS, Tabelle T.03.02.03.01.04.01, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) sowie der Nominallohnentwicklung (BFS, Tabelle T 39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, Männer) ergibt sich ein Valideneinkommen von gerundet Fr. 74'556.-- (Fr. 5'962.-- : 40 x 41.3 x 12 : 2260 [2018] x 2281 [2021]). 5.3.2

Da der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft, stützte sich die Beschwerdegegnerin zur Bemessung des Invalideneinkommens zu Recht ebenfalls auf Tabellenlöhne, konkret den Lohn für Hilfsarbeiter gemäss LSE 2018, Tabelle TA1, Zeile «Total Privater Sektor», Männer, Kompetenzniveau 1, von Fr. 5'417.-- (Urk. 6/53/5). Unter Angleichung an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche im Jahr 2021 (BFS, Tabelle T.03.02.03.01.04.01, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) sowie unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (BFS, Tabelle T 39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, Männer) ergibt sich ein Invalideneinkommen von gerundet Fr. 68'396.-- (Fr. 5'417.-- : 40 x 41.7 x 12 : 2260 [2018] x 2281 [2021]).

Vorliegend sind keine Umstände ersichtlich, welche einen Abzug vom Tabellenlohn zu rechtfertigen vermögen. 5.4

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 74'556.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 68'396.-- ergibt sich eine Einkommenseinbusse von Fr. 6'160.--, was zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 8 % (Fr. 6'160.-- : Fr. 74'556.-- x 100) führt. 6.

Der Beschwerdeführer beantragt subeventualiter die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen (Urk. 1 S. 2), wobei aus der Beschwerdeschrift nicht hervor geht, um welche Massnahmen er konkret ersucht.

Zunächst ist daran zu erinnern, dass der Beschwerdeführer in einer Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Ist jemand in einer zumutbaren Tätigkeit arbeitsfähig, so ist er in dieser bereits eingliederungsfähig und es braucht keine Integrationsmassnahmen mehr, um die Eingliederungsfähigkeit herzustellen. Entsprechend besteht vorliegend kein Anspruch auf Integrationsmassnahmen gemäss Art. 14a IVG (vgl. BGE 137 V 1 E. 7). Sodann besteht auch kein Anspruch auf eine Umschulung nach Art. 17 IVG, da der dafür verlangte Mindestinvaliditätsgrad von 20 % vorliegend nicht erreicht ist.

Der Anspruch auf Berufsberatung nach Art. 15 IVG setzt voraus, dass die versicherte Person an sich zur Berufswahl oder zur beruflichen Neuorientierung fähig, infolge ihres Gesundheitsschadens aber darin behindert ist, weil die Kenntnisse über Neigungen, berufliche Fähigkeiten und Möglichkeiten nicht ausreichen, um einen der Behinderung angepassten Beruf zu wählen

(ZAK 1977 S. 191 E. 2; Urteil des Bundesgerichts I 564/04 vom 14. April 2005 E. 4 mit Hinweisen). Eine Berufsberatung entfällt grundsätzlich, wenn für eine notwendige berufliche Neuorientierung keine besonderen Kenntnisse über die Möglichkeiten behinderungsangepasster Tätigkeiten erforderlich sind, weil der betroffenen Person eine Vielzahl solcher Beschäftigungen offen steht, bzw. wenn die versicherte Person ohne Massnahmen wie Berufswahlgespräche-, Neigungs- und Begabungstests in der Lage ist, einen ihren Verhältnissen angepassten Beruf zu wählen (Bucher, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, Rz. 605). Vorliegend sind dem Belastungsprofil des Beschwerdeführers (vgl. vorstehend E. 4. 1) entsprechende Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zahlreich vorhanden. Zu den Kenntnissen ist etwa an Überwachungs-, Bedienungs- und Kontrollarbeiten, leichte Montagearbeiten, sowie industrielle Fertigungs- oder Abpackarbeiten. Bei diesem breiten Angebot an behinderungsangepassten Tätigkeiten sind für eine berufliche Neuorientierung keine besonderen Kenntnisse notwendig, weshalb ein Anspruch auf Berufsberatung zu verneinen ist.

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist

zur Begründung des Anspruchs auf Arbeitsvermittlung eine spezifische Einschränkung gesundheitlicher Art notwendig, wenn die Arbeitsfähigkeit einzig insoweit betroffen ist, als der versicherten Person nur leichte Tätigkeiten voll zumutbar sind. Die leistungsspezifische Invalidität des Anspruchs liegt vor, wenn die Behinderung Probleme bei der Stellensuche verursacht. Dies trifft beispielsweise zu, wenn wegen Stummheit oder mangelnder Mobilität kein Bewerbungsgespräch möglich ist oder dem potenziellen Arbeitgeber die besonderen Möglichkeiten und Grenzen der versicherten Person erläutert werden müssen (zum Beispiel welche Tätigkeiten trotz Sehbehinderung erledigt werden können), damit sie überhaupt eine Chance hat, den gewünschten Arbeitsplatz zu erhalten (Urteile des Bundesgerichts 9C\_329/2020 vom 6. August 2020 E. 3.2.3 und 8C\_641/2015 vom 12. Januar 2016 E. 2, je mit Hinweisen; vgl. auch Kreisschreiben über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art [KSBE], Stand 1. Januar 2020, Rz 5005). Vorliegend sind Schwierigkeiten bei der Stellensuche, die auf ein gesundheitliches Leiden zurückzuführen wären, nicht ausgewiesen. Entsprechend besteht auch kein Anspruch auf Arbeitsvermittlung. 7.

Nach dem Gesagten erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 8.

Die Verfahrenskosten sind auf Fr. 700.-- festzusetzen und entsprechend dem Verfahrensausgang dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Grimmer - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Vogel R. Müller

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **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).

#### **E. 9**

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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