

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00028 vom 5. August 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-08-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00028

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00028 du 5 août 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00028 del 5 agosto 2015

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 All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

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

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

E. 1.3

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 ausgeglichener 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 gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung aus, dem Beschwerdeführer sei eine behinderungsgangepasste Tätigkeit (wechselbelastend, vorwiegend in sitzender Position, ohne Armvorhalten und Überkopparbeiten) weiterhin zu 100 % zumutbar. Die im Rahmen der Begutachtung im Sanatorium Z. ___ erhobenen Befunde führten sodann zu keiner wesentlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Nach Einkommensvergleich ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 23 %, weshalb kein Rentenanspruch bestehe (Urk. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, sein Gesundheitszustand habe sich sowohl aus somatisch-rheumatologischer als auch aus psychiatrischer Sicht massgeblich verschlechtert. Dr. A. ___ vom B. ___, Rheumaklinik, habe festgehalten, dass seine Leistungsfähigkeit auch in angepassten Tätigkeiten um 20 % eingeschränkt sei. Aus psychiatrischer Sicht sei sodann mit Blick auf die ärztlichen Einschätzungen aufgrund einer depressiven Störung sowie bei Verdacht auf Demenz eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten ausgewiesen, weshalb ihm eine ganze Rente zuzusprechen sei. Eventualiter sei zur Klärung der dementiellen Störung und deren Beeinträchtigungen – wie im psychiatrischen Gutachten des Sanatoriums Z. ___ empfohlen – eine neuropsychologische Untersuchung zu veranlassen (Urk. 1). 2.3

Nachdem die Beschwerdegegnerin auf das Leistungsbegehren eingetreten ist, ist im Folgenden zu prüfen, ob sich seit der leistungsverweigernden Verfügung vom 23. April 2010 der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in anspruchserheblicher Weise verschlechtert hat (vgl. E. 1.4). 3. 3.1

Im Zeitpunkt der ersten rentenabweisenden Verfügung vom 14. Dezember 2006 (Urk. 8/45) stellte sich die medizinische Aktenlage wie folgt dar:

Der Beschwerdeführer litt im Wesentlichen an einer Fasciitis plantaris

und Senk-/Sp reizfüssen (beidseits), einem Status nach Teilmeniskektomie rechts vom 18. Januar 2006, einer beginnenden Varusgonarthrose rechts respektive beginnenden Gonarthrosen beidseits, einem lumbovertebralen Syndrom,

einer Adipositas sowie an einer durch Hörgeräte korrigierten leicht- respektive mittelgradigen Schwerhörigkeit (siehe Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 21. April 2008, E. 3.1-3.10, 5.1-2 [Urk. 8/70/5-8, 10]).

Aufgrund der Knie- und Fussbeschwerden kam die IV-Stelle respektive das hiesige Gericht zum Schluss, dass die angestammte Tätigkeit als Mitarbeiter in der Küche nicht mehr optimal sei, jedoch angepasste Tätigkeiten (körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne längeres Stehen und Gehen sowie Heben von wenigen Gewichten) zu 100% zumutbar seien (Urk. 8/32, Urk. 8/45, Urk. 8/70/10-12). Eine relevante psychische Problematik wurde – bei in den Arztberichten erwähnten Hinweisen auf depressive Verstimmungszustände respektive auf eine Depression sowie eine negative psychische Einstellung (vgl. Urk. 8/19/14, Urk. 8/19/19, Urk. 8/44, Urk. 8/46/9) – verneint (Urk. 8/70/11-12).

Die IV-Stelle

ermittelte bei einer solchermassen eingeschränkten Arbeitsfähigkeit einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 23% (Urk. 8/32 und Urk. 8/45; siehe auch Urk. 8/70/12-13). 3.2

Im Zeitpunkt der zweiten rentenabweisenden Verfügung vom 23. April 2010 (Urk. 8/120) stellte sich der relevante Gesundheitszustand im Wesentlichen unverändert dar:

Eine neu diagnostizierte Refluxerkrankung blieb ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/109/2) und der Regionale Ärztliche Dienst hielt in seiner Stellungnahme vom 27. Februar 2009 dafür (Urk. 8/101/3), der Beschwerdeführer leide in unverändertem Masse an einer chronischen Schmerzkrankung und an Abnützungsercheinungen an der Lendenwirbelsäule und an den Knien (vgl. diesbezüglich auch den Bericht der Uniklinik C.____ vom 29. September 2008, Urk. 8/86). In einer leidensangepassten leichten, wechselbelastenden aber vorwiegend sitzenden Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/101/3).

Die Beschwerdegegnerin verneinte gestützt auf diese Beurteilung mit Verfügung vom 23. April 2010 (Urk. 8/120) mangels wesentlicher Verschlechterung seit der Verfügung vom 14. Dezember 2006 einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers, was vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 22. März 2011 geschützt wurde (Urk. 8/131). 3.3

Im Rahmen des aktuellen Rentenverfahrens präsentiert sich die medizinische Aktenlage wie folgt: 3.3.1

Am 26. Januar 2012 wurde in der Uniklinik C.____

bei einer diagnostizierten Rotatorenmanschettenruptur

an der rechten Schulter eine Acromioplastik und eine Rotatorenmanschettenrekonstruktion durchgeführt (Urk. 8/140/9). Drei Monate postoperativ berichteten die Ärzte

über ein schönes Ergebnis und notierten, der Beschwerdeführer habe ausserdem über einen Tennisellbogen (rechts) berichtet, welcher jedoch aktuell wenig symptomatisch sei. Der Beschwerdeführer habe mitgeteilt, dass er gerne eine IV-Anmeldung hätte, worauf ihm erklärt worden sei, dass dies bei bislang gutem Erfolg der Operation aus schultherorthopädischer Sicht aktuell nicht indiziert, und bei erfolgreicher Rehabilitation von einer gut funktionierenden Schulterfunktion auszugehen sei (Urk. 8/138/1-2). 3.3.2

Am 11. Mai 2012 war der Beschwerdeführer bei geklagten Rücken-, Fuss- und Kopfschmerzen sowie Knieproblemen in der Interdisziplinären Schmerzsprechstunde im B.____, wo auch eine psychiatrische Untersuchung erfolgte (Urk. 8/138/3-8). Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung war der Beschwerdeführer wach und zu allen Qualitäten orientiert. Objektiv waren die mnestischen Funktionen erhalten. Der Beschwerdeführer habe sich selber als deprimiert, gereizt, innerlich unruhig, freud- und interessenlos beschrieben. Der Sohn habe vor allem die Aggressivität und die Nervosität des Beschwerdeführers bestätigt (Urk. 8/138/5-6). In der Beurteilung wurde festgehalten, aus psychiatrischer Sicht habe der Beschwerdeführer im Gespräch freundlich und ruhig gewirkt. Er habe bereitwillig und ausführlich Auskunft gegeben, soweit es seine sprachlichen Fähigkeiten zugelassen hätten. Das Ausmass seines Leidens sei erst aus den Ausführungen des anwesenden älteren Sohnes spürbar geworden. Den noch sei die bereits früher gestellte Diagnose einer Depression nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer leide unter Langeweile und mangelnden sozialen Kontakten. Er könne jedoch seine Frau tagsüber nicht alleine lassen, da sie auf seine Hilfe angewiesen sei. Der Beschwerdeführer sei durch die Entlassung gekränkt worden und interpretiere die fehlende Unterstützung durch die Invalidenversicherung als mangelnde Anerkennung seiner beruflichen Leistungen. Trotz somatischer Befunde sei seine Schmerzerkrankung auch als Ausdruck seiner verletzten Gefühle und seiner Überforderung mit der kranken Ehefrau zu verstehen (Urk. 8/138/7). 3.3.3

In der Folge war der Beschwerdeführer vom 11. bis 23. Juni 2012 zur stationären Abklärung im

B.____, Klinik für Rheumatologie (Urk. 8/138/9 -16) hospitalisiert.

Die Ärzte notierten im Austrittsbericht, es bestehe eine schwere symptomatische Gonarthrose beidseits sowie eine Fasziitis

plantaris mit konsekutiver Fehlbelastung der Wirbelsäule (Überbelastung vor allem der Fazettengelenke mit Instabilitätszeichen bei ungünstigen Voraussetzungen mit Hyperlordose der Lendenwirbelsäule und degenerativen Veränderungen mit muskulärer Dysbalancierung und einer Haltungsinsuffizienz; Urk. 8/138/10-11). Sie hielten sodann fest, in der Physiotherapie habe der Beschwerdeführer - welcher in der aktiven Untersuchung ab 90° Flexion und Abduktion im rechten Arm Schmerzen angeben habe – während der Wassertherapie problemlos Überkopftätigkeiten beim Ballspiel durchgeführt, ohne Zeichen von Schmerzen anzugeben. Aufgrund der schlechten Körperwahrnehmung und der sprachlich bedingten Barriere habe sich die Therapie sehr unspezifisch gestaltet und die Instruktionen seien nur begrenzt möglich und umsetzbar gewesen. Auffällig sei eine problemlose gute allgemeine Mobilität des Beschwerdeführers bei entspanntem Gesichtsausdruck gewesen, so dass insgesamt der Eindruck von einer Diskrepanz zwischen subjektiver Wahrnehmung und objektivem Befund bestehe. Aus diesen Gründen sei es aktuell schwierig, eine Aussage über die Arbeitsfähigkeit zu machen und der Beschwerdeführer werde für ein

Arbeitsassistenten aufgeboten. Die Ärzte hielten sodann weiter dafür, es sei eine psychiatrische Beurteilung durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer leide unter einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen

Faktoren bei rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom. Der Beschwerdeführer sei medikamentös gut eingestellt und in

guter ambulanter psychiatrischer Betreuung (Urk. 8/138/11) . 3.3 . 4

In einem Zeugnis des Stadtärztlichen Dienstes vom 2. Oktober 2012 (Urk. 8/140/1-2) wurde unter „Einschränkungen“ festgehalten, der Beschwerdeführer klagt über verschiedene somatische Beschwerden, wobei hauptsächlich die Gonarthrose rechts problematisch sei. Er habe starke Schmerzen und sei bedingt hierdurch nur wechselhaft einsetzbar. Darüber hinaus habe der Beschwerdeführer über gereizt-depressive Zustände geklagt, welche aktuell als leicht- bis mittelgradig einzustufen seien (Urk. 8/140/1). Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit wurde dafürgehalten, dass ihm ein 50%-Pensum in angepassten Tätigkeiten zumutbar sei . 3.3.5

Nachdem am 28. September 2012 ein Arbeitsassessment durchgeführt worden war, hielt Dr. med. A.____ vom B.____, Rheumaklinik, am 18. Januar 2013 (Urk. 8/150/1-3) – stellvertretend zu der von der Beschwerdegegnerin dem Vorbescheid vom 22. November 2012 zugrunde gelegten Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer in angepassten Tätigkeiten (wechselbelastende, vorwiegend sitzende Tätigkeit ohne Armvorhalt und Überkopfarbeiten) zu 100 % arbeitsfähig sei (vgl. Urk. 8/145) –

dafür, eine vollständige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten sei nicht nachvollziehbar. Aus somatisch-rheumatologischer Sicht komme es auch in einer angepassten leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Arbeit über Kopf oder mit länger dauerndem Armvorhalt aufgrund der Kumulation der Beschwerden an multiplen Gelenken und am Rücken im Tagesverlauf und einem dadurch verlangsamten Arbeits tempo wegen zusätzlichen notwendigen Kurzpausen zu einer Leistungsminde rung von 20 % (Urk. 8/150/3) . Anlässlich des Verlaufsgesprächs vom 17. Januar 2013 habe der Beschwerdeführer mitgeteilt, dass er an einer Rotatorman schen ruptur links leide. An der grundsätzlichen Beurteilung der Arbeits fähig keit aus rheumatologischer Sicht ändere sich dadurch nichts, da die Einschränk ungen bezüglich des Hantierens von Lasten über der Schulter und Kopfhöhe bereits berücksichtigt worden seien (Urk. 8/150/2) . Hinsichtlich Ein schränkun gen aus psychiatrischer Sicht verwies Dr. A.____ auf die erneute Beurteilung durch PD Dr. med. D.____ vom B.____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. Dezember 2012 (vgl. nachfolgend E. 3.3.6). 3. 3 . 6

PD Dr. D.____

hatte nach der Untersuchung vom 21. Dezember 2012 notiert (Urk. 8/150/4-5), die antidepressive medikamentöse Behandlung sei ausgebaut worden. Beim Beschwerdeführer lasse sich gegenwärtig allenfalls noch eine leichte depressive Episode diagnostizieren. Weiterhin bestünden jedoch die vielfachen und komplexen psychosozialen Probleme betreffend finanzielle Situ ation, Arbeitssituation und Invaliditätsabklärung. Zudem habe der Beschwer deführer weiterhin über anhaltende Schmerzen und erhöhte Reizbarkeit berich tet. Angesichts des chronifizierten Verlauf e s und der Tatsache, dass der Beschwerdeführer seit längerer Zeit nicht mehr im Arbeitsprozess sei, gehe er gegenwärtig davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit um 40-50 % eingeschränkt sei. Hinsichtlich

Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei es wichtig, dass die bis herige psychiatrische Behandlung fortgeführt werde

und

Arbeitsintegrationsbe mühungen durch die Invalidenversicherung, beispielsweise im Rahmen eines geschützten bzw. unterstützten Arbeitsplatzes , vorgenommen würden .

Unter „Diagnose n“ führte PD Dr. D.____ eine mittelgradige depressive Episode, gegenwärtig unter antidepressiver Behandlung, auf. Gemäss erhobenem Status war der Beschwerdeführer bewusstseinsklar und allseits orientiert, die kognitiven Funktionen waren kursorisch unauffällig, der formale Gedankengang war kohärent. Der Arzt hielt jedoch fest, der Beschwerdeführer habe bedrückt und verzweifelt gewirkt und über seine Unzufriedenheit und Enttäuschung im Kontakt mit den Sozialversicherungen berichtet. Er habe berichtet, zu Hause häufig erregt und aggressiv zu sein, wodurch es zu Auseinandersetzungen mit der ebenfalls kranken Ehefrau komme. Der Schlaf sei ausserdem weiterhin schmerzbedingt

eingeschränkt. 3.3.7

Vom 17. bis 26. April 2013 war der Beschwerdeführer zur Rekonditionierung bei Rücken-, Knie- und Schulterschmerzen

erneut im B.____, Rheumaklinik, hospitalisiert (Urk. 8/160/1-6). Die Ärzte notierten, dass insgesamt eine zufriedenstellende Schmerzreduktion erreicht werden könne (Urk. 8/160/2). 3.3.8

Am 2. Mai 2013 wurde an der Uniklinik C.____

die diagnostizierte

Rotatorenmanschettenruptur links operativ saniert, wobei der postoperative Verlauf als problemlos beschrieben wurde (Urk. 8/160/8-9). 3.3.9

Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, behandelnder Arzt des Beschwerdeführers seit März 2012, notierte am 1. Juni 2013 (Urk. 8/160/11-12), dass der Beschwerdeführer Klage über Herzbeschwerden, abdominale Beschwerden, Bein-, Knie- und Fusschmerzen, Schwindelanfälle, Ohnmachtszustände, nächtliches Aufwachen (schreiend und schwitzend), verbale aggressive Ausbrüche zu Hause mit gelegentlichen Tötlichkeiten gegenüber seiner Ehefrau, eine beängstigende finanzielle Enge und Zukunftsängste sowie darüber, dass er keinen Sinn mehr im Leben finde. Der Arzt hielt dafür, der Beschwerdeführer leide seit Langem unter einer chronischen depressiven Störung mit vielen parallel laufenden somatischen Beschwerden. Er lebe in einer schwierigen psychosozialen Situation und seine Erkrankung habe sich bereits chronifiziert. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig, wobei die Prognose nicht gut sei (Urk. 8/160/12). 3.3.10

Am 26. April 2013 und 21. Juni 2013 wurde der Beschwerdeführer im Sanatorium Z.____ psychiatrisch begutachtet (Gutachten vom 12. Juli 2013, Urk. 8/164).

Der Beschwerdeführer gab an, dass die depressiven Beschwerden hätten im Jahr 2010 begonnen. Seither sei er angespannt, vergesslich, zittere oft und habe eine schlechte Stimmung, könne sich nicht mehr richtig ausdrücken, leide unter Schlafstörungen und wache mehrmals wegen Alpträumen auf. Er fühle sich schon durch kleine Probleme und Streitigkeiten überfordert. Er sei auch oft verwirrt und verlaufe sich unterwegs, so dass er, wenn er allein wäre, den Rückweg nicht mehr finden würde. Er sei unzufrieden mit seinem Leben und habe die Lebenslust verloren. Seit dem Jahr 2010 sei er durchwegs in einer depressiven Verfassung. Im März 2011 und im September 2012 habe er beinahe einen Suizidversuch unternommen (Urk. 8/164/12-13). Er habe in den letzten drei Jahren das Haus nur in Begleitung verlassen (Urk. 8/164/12).

Der Sohn des Beschwerdeführers, welcher bei der Untersuchung ebenfalls anwesend war (Urk. 8/164/2), gab an, der Beschwerdeführer sei seit 2010 zunehmend verändert, leicht reizbar und aggressiv. Er ertrage selbst seine Enkelkinder nicht mehr und raste teilweise wegen Kleinigkeiten aus. Er kreise ständig in negativen Gedanken. Er werde im Rahmen der Familie rund um die Uhr betreut und abgelenkt. Der Beschwerdeführer habe sich teilweise auf dem Weg verloren und sei jeweils zu spät gekommen. Daher gehe er seit drei Jahren nicht mehr alleine aus dem Haus, da die Gefahr bestünde, dass er sich verirren würde und nicht mehr zurückfände. Er sei teilweise verwirrt und sehr vergesslich. Insgesamt zeige er ein verlangsamtes Denken und habe Mühe, sich richtig auszudrücken (Urk. 8/164/14).

Die Gutachter hielten dafür, gemäss objektivem Befund bestehe ein mittelgradiges depressives Syndrom. Der Beschwerdeführer sei im Affekt mittelgradig deprimiert, hoffnungslos und klagsam, leicht affektarm und affektstarr gewesen. Auffallend seien seine kognitiven Beeinträchtigungen gewesen: Er sei leicht bis mittelgradig desorientiert gewesen, habe mittelgradige Konzentrationsstörungen und leichte Merkfähigkeitsstörungen gezeigt, ausserdem eventuell auch Auffassungsstörungen. Im Uhrentest, einem Screening-Test für dementielle Syndrome, habe der Beschwerdeführer mit 0 von 7 Punkten ein hoch auffälliges Ergebnis erzielt. Das gegenwärtige Zustandsbild erfülle die Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode. Dafür sprächen die gedrückte Stimmung, der Interessensverlust, der verminderte Antrieb, die verminderte Konzentration, die negativen Zukunftsperspektiven, die Suizidgedanken sowie die Schlafstörungen. Die kognitiven Einschränkungen mit Desorientiertheit, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen entsprächen in ihrer Ausprägung einem leichten demenziellen Syndrom und würden über das bei einer mittelgradigen depressiven Episode zu erwartende Mass hinausgehen. Als Ursache kämen hier in erster Linie medikamentös bedingte kognitive Störungen in Betracht. Somatische Erkrankungen des Beschwerdeführers wie der Diabetes und der Vitamin B12-Mangel könnten ebenfalls die kognitive Leistungsfähigkeit beeinträchtigen. Eine primäre Demenz degenerativer oder vaskulärer Genese hielten sie angesichts des Alters des Beschwerdeführers für weniger wahrscheinlich. Bei der Beurteilung des Ausmasses, in dem der Beschwerdeführer durch die depressiven und kognitiven Symptome in der Alltagsbewältigung beeinträchtigt werde, sei die intensive Betreuung durch die Angehörigen zu berücksichtigen. Es sei möglich, dass der Beschwerdeführer durch die hieraus resultierende Inaktivität vorhandene Ressourcen nicht nutze (Urk. 8/164/17). In den psychiatrischen Beurteilungen durch PD Dr. D.____, welcher eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert habe, seien kognitive Symptome jeweils verneint worden. Diese Diskrepanz könne verschiedene Ursachen haben. In der vorliegenden Untersuchung seien die kognitiven Beeinträchtigungen erst bei der formalen Prüfung aufgefallen, welche in den früheren Untersuchungen womöglich unterblieben seien, ausserdem spreche für die Validität der Ergebnisse, dass ein unabhängiger Dolmetscher beigezogen worden sei. Im Antwortverhalten des Beschwerdeführers habe sich andererseits weder eine Unsicherheit beobachten lassen – wie sie für demenzkranke Menschen zumindest in frühen Phasen der Erkrankung typisch sei – noch ein Insuffizienzerleben oder Klagen, wie es bei einer Depression zu erwarten gewesen wäre. Diese Beobachtungen würden den Verdacht einer Aggravation der kognitiven Beeinträchtigungen nahelegen, ohne diese jedoch zu beweisen (Urk. 8/164/18).

Die Gutachter kamen zum Schluss es erscheine plausibel, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführer seit 2010 verschlechtert habe, da zu diesem

Zeitpunkt mit dem Verlust des langjährigen Arbeitsplatzes im September 2009, der erfolglosen Stellensuche, den aus der Arbeitslosigkeit resultierenden finanziellen Problemen und den chronischen Schmerzen mehrere psychosoziale Belastungen vorgelegen hätten. Im Jahr 2012 sei sodann von PD Dr. D. ___ eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Bei der jetzigen Untersuchung habe neben einer mittelgradigen depressiven Episode ein leichtes dementielles Syndrom vorgelegen, woraus eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für jegliche Tätigkeit resultiere. Nach eigen- und fremdanamnestischen Angaben sei der Beschwerdeführer im Alltag seit längerem auf die Betreuung seiner Angehörigen angewiesen. Seit drei Jahren verlasse er die Wohnung nur noch in Begleitung. Dies deute auf eine schwerere Beeinträchtigung hin, als es die genannten psychiatrischen Beurteilungen nahelegen würden. Die Diskrepanz könne durch sprachliche Verständigungsprobleme, Fluktuationen des Zustandsbildes oder Dissimulationstendenz verursacht sein. Aufgrund dieser divergierenden Angaben lasse sich nicht bestimmen, wann das Beschwerdebild die jetzige Ausprägung erreicht habe (Urk. 8/164/19-20).

Als medizinische Massnahme zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit empfehlen die Gutachter eine neuropsychologische Untersuchung in einer Memory-Klinik zur Klärung, ob eine primäre oder sekundäre, allenfalls medikamentös oder metabolisch bedingte kognitive Störung vorliege (Urk. 8/164/19). 4. 4.1 4.1.1

Aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin zum Schluss kam, es bestünde aus psychiatrischer Sicht auch weiterhin keine

versicherungsrechtlich relevanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. 4.1.2

Im Rahmen der Behandlungen und Abklärungen im B. ___ im Verlaufe des Jahres 2012 wurde der Beschwerdeführer mehrmals psychiatrisch untersucht (E. 3.3.2, 3.3.3, 3.3.6). PD Dr. D. ___ kam dabei im Dezember 2012 zum Schluss, dass

nachdem die psychiatrische Behandlung optimiert worden sei - allenfalls noch eine leichte depressive Episode diagnostiziert werden könne (E. 3.3.6; vgl. auch Beurteilung vom Juni 2012 im B. ___, wo ebenfalls nur noch eine leichte depressive Episode diagnostiziert worden war, E. 3.3.3). Der erhobene psychische Status war denn auch weitgehend unauffällig, insbesondere waren die kognitiven Funktionen unauffällig, der formale Gedankengang kohärent und der affektive Rapport herstellbar. Es wurde einzig über eine bedrückte und verzweifelnde Stimmung bei Unzufriedenheit und Enttäuschung im Kontakt mit den Sozialversicherungen sowie teilweise aggressivem

und erregtem Gemütszustand und dadurch verursachten Auseinandersetzungen mit der kranken Ehefrau sowie Schlafproblemen, die jedoch schmerzbedingt seien, berichtet (E. 3.3.6). PD Dr. D. ___ begründete seine Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer zu 40-50 % eingeschränkt sei, denn im Wesentlichen auch mit komplexen psychosozialen Umständen betreffend finanzielle Situation, Arbeitssituation, Invaliditätsabklärung

sowie lange Abwesenheit vom Arbeitsprozess (E. 3.3.6). Angesichts dessen kann aus versicherungsrechtlicher Sicht nicht von einer krankheitswertig verminderten Leistungsfähigkeit ausgegangen werden, zumal eine leichte depressive Episode rechtsprechungsgemäss grundsätzlich auch nicht geeignet ist, eine Invalidität zu

begründen, da bei einem derartigen Gesundheitsschaden in der Regel davon auszugehen ist, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (Urteil des Bundesgerichts 9C_6/2007 vom 22. Juni 2008 E. 4.1.2, 9C_506/2014 vom 10. November 2014 E. 4.2). 4.1.3

Auch das Gutachten des Sanatoriums Z.____ vom Juli 2013 vermag zu keiner anderen Einschätzung zu führen. Im Gutachten wurde zwar festgehalten, dem Beschwerdeführer gehe es seit 2010 psychisch durchgehend schlecht; er sei vergesslich, könne sich nicht mehr richtig ausdrücken, sei oft verwirrt und werde rund um die Uhr von seiner Familie betreut. Seit drei Jahren könne er nicht mehr alleine aus dem Haus gehen, da die Gefahr bestünde, dass er sich verirren würde und den Rückweg nicht mehr fände. Die Gutachter hielt en dafür, dies deute auf eine schwerere Beeinträchtigung hin, als es die bisherigen psychiatrischen Beurteilungen nahelegen würden und attestierte n eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (E. 3.3.10) . Mit Blick auf die übrige Aktenlage vermag diese gutachterliche Einschätzung

jedoch nicht zu überzeugen. Noch im Mai 2012 wurde berichtet, der Beschwerdeführer leide unter Langeweile und mangelnden sozialen Kontakten, da er seine Frau tagsüber nicht alleine lassen könne, weil sie auf seine Hilfe angewiesen sei (E. 3.3.2) . Auch sonst ergeben sich aus den zahlreichen Berichten des B.____ keine rlei Hinweise auf eine Hilfsbedürftigkeit des Beschwerdeführers infolge Verwirrtheit oder Vergesslichkeit (E. 3.3.2 , 3.3.3, 3.3.4, 3.3.6, 3.3.7) . Es wurde vielmehr wiederholt vermerkt, dass der Beschwerdeführer zu allen Qualitäten orientiert gewesen sei, die mnestischen Funktionen erhalten und die kognitiven Funktionen unauffällig gewesen seien (E. 3.3.2, 3.3.6) .

Angesichts dieser widersprüchlichen Angaben

respektive erheblichen Diskrepanzen – welche denn auch nicht durch sprachliche Verständigungs schwierigkeiten zu erklären sind, war doch anlässlich der früheren Untersuchungen der Sohn wiederholt anwesend (Urk. 8/138/5, Urk. 8/150/4) - kann der gutachterlichen Beurteilung nicht gefolgt werden und ist eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht ausgewiesen . Die Gutachter notierten schliesslich auch selber, es bestehe ein Verdacht auf Aggravation der kognitiven Beeinträchtigungen und hielt en dafür, es sei möglich, dass der Beschwerdeführer vorhandene Ressourcen nicht nutze (E. 3.3.10). Weitere Abklärungen zu kognitiven Einschränkungen – wie vom Beschwerdeführer beantragt (E. 2.2) – können angesichts dessen unterbleiben. 4.1.4

Schliesslich gibt auch der Bericht des behandelnden Psychiaters zu keiner anderen Beurteilung

Anlass , zumal bei den vorhandenen Beschwerden neben den körperlichen Beschwerden vor allem Ängste bezüglich der Finanzen und der Zukunft genannt werden (E. 3.3.9) und somit erhellt, dass sich seine Beurteilung weitgehend in psychosozialen Faktoren erschöpft . 4.2

Der Beschwerdeführer machte sodann mit Verweis auf die Beurteilung von Dr. A.____ geltend, aufgrund seiner körperlichen Beschwerden sei er aus rheumatologisch-somatischer Sicht zu 20 % eingeschränkt (E. 2.2) . Vorliegend kann offen bleiben , ob es zu einer solchen Verschlechterung der Leistungsfähigkeit aus rheumatologisch-somatischer Sicht

kam, da selbst bei Annahme einer Einschränkung von 20 % kein Rentenanspruch resultieren würde, wie im Nachfolgenden zu zeigen ist (E. 5. 1-5.4) . 5.

E. 5

. April 2006 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle unter Hinweis auf Fersenschmerzen beidseits, Rückenschmerzen sowie Knieproblemen rechts zum Leistungsbezug (Berufsberatung , Rente , Hilfsmittel) an (Urk. 8/14). Nach getätigten erwerblichen und medizinischen Abklärungen sowie der Prüfung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen (Urk. 8/29-30) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 14. Dezember 2006 einen Rentenanspruch , wobei sie ihrem Entscheid eine vollständige Arbeitsfähigkeit des Versicherten in angepassten Tätigkeiten zugrunde legte (Urk. 8/45). Die dagegen geführte Beschwerde des Versicherten wies das hiesige Gericht mit unangefochten in Rechtskraft erwachsenem Urteil vom 21. April 2008 ab (Urk. 8/70).

E. 5.1

Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades bei Erwerbstätigen sind grundsätzlich das hypothetisch erzielbare Validen- und Invalideneinkommen zu ermitteln (Einkommensvergleich, E. 1 .3).

E. 5.2

Der Beschwerdeführer war ab September 2006 im Altersheim Y.____ gesundheitsbedingt nur noch zu einem eingeschränkten Pensum arbeitstätig und geht seit September 2009 keiner Erwerbstätigkeit mehr nach (Urk. 8/61/16, Urk. 8/147/22).

Die Beschwerdegegnerin stützte zur Ermittlung des Valideneinkommens auf das im Arbeitgeberbericht deklarierte Einkommen für das Jahr 2005 von Fr. 63'937.-- ab (vgl. Urk. 8/142 ;

vgl. Arbeitgeberbericht vom 22. Mai 2006, Urk. 8/18/2). Dabei verkennt sie , dass dieses deklarierte Einkommen Kinderzulagen im Umfang von Fr. 3'825. -- beinhaltet (vgl. Urk. 8/147/4), welche bei der Ermittlung des Valideneinkommens

nicht hinzuzurechnen sind (vgl. Kreis schreiben

über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, Fassung vom 1. Januar 2015, Rz . 3014). Demnach betrug das massgebliche Einkommen

im Jahr 2005 Fr. 60'112.--, was auch dem ausgewiesenen Einkommen im IK-Auszug entspricht (vgl. Urk. 8/16/1). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (2005: 1992 Punkte, 2013: 2204 Punkte; Die Volkswirtschaft 3/4-2015 , Tab. B10.3 , S. 89) resultiert für das Jahr 2013 ein Valideneinkommen von Fr. 66'509. -- .

E. 5.3

Das Invalideneinkommen ermittelte die Beschwerdegegnerin auf der Grundlage der Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch heraus gegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE 2004) und stützte sich dabei auf die Tabelle TA1, alle Branchen, Stufe 4 ab (Urk. 8/142, Urk. 2) . Dies ist nicht strittig und gibt zu keinen Beanstandungen Anlass. Damit ergibt sich für das Jahr 2004 ein Einkommen von Fr. 55'056.-- (Fr. 4'588.-- x 12). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (2004: 1975 Punkte, 2013: 2204 Punkte; Die Volkswirtschaft 6-2007 resp. 3/4-2015 , Tab. B10.3 , S. 91 resp. S. 89) sowie der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7

Stunden (Die Volkswirtschaft, 3/4-2015 Tab. B9.2 S. 88) resultiert für das Jahr 2013 ein Einkommen von Fr. 64'050.

E. 5.4

Bei einem solchermassen festgelegten Invalideneinkommen von Fr. 43'555.-- ergibt sich im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 66'509.-- eine Erwerbseinbusse von Fr. 22'954.--, was einem Invaliditätsgrad von gerundet 35 % entspricht (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2).

Selbst bei Annahme einer um 20 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht ergäbe sich somit

kein renten begründender Invaliditätsgrad (vgl. E. 1.2), weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 6.

Weil die prozessuale Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ausgewiesen ist (Urk. 3/3) und der Prozess nicht zum vornherein aussichtslos war, sind die Voraussetzungen der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung erfüllt. Dem Gesuch vom 10. Januar 2014 ist daher zu entsprechen. 7.

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. 1bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 10. Januar 2014 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird

auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - 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 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, zuzu stellen.

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

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

0, respektive bei einem 80%-Pensum ein Einkommen von Fr. 51'240.70 .

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzuges vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der

IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser ange messen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3 . 2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90, 9C_728/2009 E. 4.1.2).

Die Beschwerdegegnerin erwog, mit Blick auf die langjährige Betriebszugehörigkeit und die ergonomischen Einschränkungen (Armvorhalten und Überkopfarbeiten) rechtfertige sich ein Abzug von 15 %.

Die Notwendigkeit des Einnehmens wechselnder Positionen, das Vermeiden von Zwangshaltungen der Wirbelsäule sowie von Hebe- und Traglimiten würden keinen weiteren Abzug rechtfertigen (Urk. 2 S. 3). Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, es sei aufgrund des eingeschränkteren Zumutbarkeitsprofils (kein Armvorhalten, keine Überkopfarbeiten, zusätzliche Einschränkungen aufgrund der schweren Gonarthrose und des Diabetes mellitus), seines fortgeschrittenen Alters, seines Migrationshintergrundes sowie des Umstandes, dass ihm

nur noch eine Teilzeiterwerbstätigkeit möglich sei, ein leidensbedingter Abzug von 25 % vorzunehmen (Urk. 1 S. 13).

Ein Abzug wegen des Migrationshintergrundes des Beschwerdeführers, welcher seit 1986 in der Schweiz wohnhaft ist und seit dem Jahr 2002 das Schweizer Bürgerrecht besitzt (Urk. 8/14), ist vorliegend nicht angebracht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_187/2011 vom 30. Mai 2011, E. 4.2.3). Entgegen den Erwägungen der Beschwerdegegnerin rechtfertigt sich sodann auch kein Abzug infolge der langen Betriebszugehörigkeit, da die Bedeutung der Dienstjahre im privaten Sektor abnimmt, je niedriger das Anforderungsprofil ist, und beim Anforderungsniveau 4 der langen Betriebszugehörigkeit keine relevante Bedeutung zukommt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013, E. 4.1). Unter dem Titel „Beschäftigungsgrad“ ist sodann ebenfalls kein Abzug gerechtfertigt, da es gemäss Dr. A. ___ aufgrund der somatischen Einschränkungen einzig zu einem verminderten Rendement im Sinne eines etwas erhöhten Pausenbedarfes kommt und die Tätigkeit somit grundsätzlich ganztags zumutbar ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_7/2014 vom 10. Juli 2014, E. 9.2, 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014, E. 3.1.2). Selbst wenn schliesslich das fortgeschrittene Alter des Beschwerdeführers als abzugsrelevanter Aspekt berücksichtigt würde, könnte mit Blick auf die dem Beschwerdeführer noch zumutbaren Tätigkeiten (wechselbelastende Tätigkeiten, vorwiegend in sitzender Position, ohne Armvorhalten und Überkopfarbeiten, siehe E. 2.1 und E. 3.3.5) unter keinen Umständen ein höherer Abzug als 15 % gewährt werden (vgl. beispielsweise Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4, 8C_176/2012 vom 3. September 2012, E. 7), dies auch wenn mit dem Beschwerdeführer davon ausgegangen würde, dass ihm aufgrund des Diabetes mellitus keine Nacht- und Schichtarbeit mehr zumutbar wäre (vgl. diesbezüglich auch das Urteil des Bundesgerichts 9C_710/2011 vom 20. März 2012, E. 5, wonach eine Unzumutbarkeit von Schichtarbeit nicht abzugsrelevant ist).

Bei einem leidensbedingten Abzug von 15 % resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 43'555.--.

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