

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00754 vom 27. März 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00754](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00754)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00754 du 27 mars 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00754 del 27 marzo 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1971 geborene X.\_\_\_\_

liess sich im Jahr 2004 in der Schweiz nieder. Er arbeitete hauptsächlich als Koch sowie als Hilfskoch (Urk. 10/42/9, Urk. 10/93/28). Ab dem 30. Juli 2010 arbeitete er mit einem Pensum von 60 % als Office-Mitarbeiter bei der Y.\_\_\_\_ AG. Am 1. Juli 2011 meldete er sich unter Hinweis auf eine Herzkrankheit bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 10/8). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, nahm medizinische Berichte (Urk. 10/3-4, Urk. 10/15-17, Urk. 10/27-28, Urk. 10/34-35), die Akten der Krankentaggeldversicherung (Urk. 10/12, Urk. 10/29) sowie einen Arbeitgeberfragebogen (Urk. 10/14) zu den Akten und liess einen Auszug aus dem individuellen Konto des Versicherten erstellen (IK-Auszug, Urk. 10/11). Ferner liess sie den Versicherten kardiologisch durch Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, begutachten (Gutachten vom 4. Oktober 2012, Urk. 10/42) und tätigte Abklärungen bezüglich seines Arbeitspensums im Gesundheitsfall (Urk. 10/43 und Urk. 10/48). Mit Vorbescheid vom 13. November 2012 stellte sie ihm die Ausrichtung einer befristeten ganzen Rente vom 1. März 2012 bis zum 31. Dezember 2012 in Aussicht (Urk. 10/5).

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgrmass ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V

49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

## **E. 1.2**

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/ dd mit Hinweis).

## **E. 1.3**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Aus schlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

## **E. 2**

Gegen diese Verfügung (Urk. 2) erhob der Versicherte am 10. Juli 2015 unter Beilage eines neuen Arztberichtes (Urk. 3/

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, der Beschwerdeführer sei vom 26. März 2011 bis zum 3. Oktober 2012 vollumfänglich erwerbsunfähig gewesen. Ab dem 4. Oktober 2012 sei ihm eine körperlich leichte Tätigkeit unter Wechselbelastung und ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten von mehr als zehn Kilogramm zu 50 % zumutbar. Wegen der Teilzeitbeschäftigung berücksichtigte sie einen Leidensabzug von 10 % und errechnete einen Invaliditätsgrad von 35 %. Weiter hielt sie fest, ab dem 4. Oktober 2012 könne der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit in einer - wie beschrieben - angepassten Tätigkeit alle drei Monate um 10 % steigern, sodass er ab Januar 2014 in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde

unter Hinweis auf Berichte der behandelnden Ärzte zusammengefasst geltend, sowohl aus psychiatrischer als auch aus orthopädischer sowie kardiologischer Sicht weiterhin vollumfänglich erwerbsunfähig zu sein. Er brachte vor, dass A.\_\_\_\_ wende für seine Abklärungen nicht die erforderliche Sorgfältigkeit auf und es sei nicht neutral (Urk. 1). In der ergänzenden Eingabe vom 16. Juni 2016 (Urk. 17) beanstandete er zudem, dass A.\_\_\_\_-Gutachten sei veraltet (S. 2), es entspreche den Vorgaben von BGE 141 V 281 nicht (S. 3-5) und es sei unvollständig und widersprüchlich. Namentlich könnten aufgrund der Herztransplantation keine Antidepressiva eingenommen werden (S. 5-6), die körperlichen und die psychischen Einschränkungen seien nicht sauber von einander getrennt worden (S. 6), seine Beschwerden respektive die Befunde seien nur sehr oberflächlich aufgenommen worden (S. 6-7) und sein Tagesablauf sei deutlich zu positiv beschrieben worden (S. 7-8). Zudem listete er seine Beschwerden auf und postulierte, derart viele körperliche und psychische Beschwerden würden zu einer schweren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (S. 8-9). Ferner bemängelte er, dass das A.\_\_\_\_ nicht mit den

behandelnden Ärzten Kontakt aufgenommen habe, was eine Verletzung der Untersuchungsmaxime darstelle (S. 9). Dadurch, dass die IV-Stelle die Gutachter nicht mit der von den behandelnden Ärzten am Gutachten geäußerten Kritik konfrontiert hätten, habe sie die Untersuchungsmaxime sowie sein rechtliches Gehör verletzt (S. 10). Weiter führte er aus, mit Schreiben vom 22. August 2014 (Urk. 10/111) habe er eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands geltend gemacht, worauf die IV-Stelle zu Unrecht nicht reagiert habe (S. 10). Die RAD-Stellungnahme vom 9. Februar 2015 (Urk. 10/137/3) zum Arztbericht der B.\_\_\_\_ (B.\_\_\_\_; Urk. 10/136) sei medizinisch nicht haltbar (S. 11). Aus dem Arztbericht des Medizinischen Zentrums C.\_\_\_\_ vom 15. März 2016 ergebe sich weiterhin eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit (S. 11-12).

3.1  
Am 26. April 2011 berichteten die Ärzte des D.\_\_\_\_, Intensivstation für Herz- und Gefäßchirurgie, der Beschwerdeführer habe sich am 26. März 2011 bei erstmalig spontan aufgetretenen Thoraxschmerzen im E.\_\_\_\_ Spital kardiologisch abklären lassen. Seither sei der Allgemeinzustand stark reduziert gewesen mit persistierenden epigastrischen Schmerzen. Nach einer notfallmässigen Einweisung ins F.\_\_\_\_ sei bei Verdacht auf subakuten Myokardinfarkt koronarangiographisch eine koronare 3-Gefässerkrankung mit chronischem RIVA-Verchluss und RCX-Stenose dargestellt worden. Bei einem kardiogenen Schock habe man am 13. April 2011 die Implantation eines LVAD (Left Ventricular Assist Device) durchgeführt (Urk. 10/16/9-10, Urk. 10/16/17).

### 3.2

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie, gab an, der Beschwerdeführer habe sich vom 7. Juni bis am 9. Juli 2011 bei ihnen in der Höhenklinik H.\_\_\_\_ aufgehalten (Urk. 10/17/3). Während dieser Zeit sei er vollumfänglich arbeitsunfähig gewesen. Die Arbeit als Koch sei mit der LVAD-Pumpe nicht möglich. Weiter führte er aus, der Beschwerdeführer befinde sich aufgrund eines schweren Myokardinfarktes mit anschliessend komplikationsreichem Verlauf in ärztlicher Behandlung. Es sei ihm eine elektrische Pumpe ins Herz implantiert worden, welche die Aufgabe des Herzens übernehme. Dieses System erfordere eine kontinuierliche Betreuung, da ein Ausfall der Pumpe eine tödliche Komplikation darstellen würde. Lediglich durch eine Herztransplantation könne die zugrundeliegende Schädigung des Herzens behoben und die Pumpe entfernt werden (Urk. 10/17/4-5). Mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne eventuell nach einer Herztransplantation gerechnet werden (Urk. 10/17/6).

### 3.3

Laut dem Bericht des D.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2011 wurde beim Beschwerdeführer am 10. Juli 2011 eine Herztransplantation durchgeführt (Urk. 10/16/7). Am 29. Juni 2012 berichtete das Universitätsspital D.\_\_\_\_

Herz-Kreislauf-Zentrum, Klinik für Kardiologie, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verbessert, er sei aber unverändert arbeitsunfähig und befinde sich in einem durch die medikamentöse Therapie eingeschränkten Allgemeinzustand. Die Prognose sei grundsätzlich gut (Urk. 10/34/1-2).

3.4  
Dr. Z.\_\_\_\_ begutachtete den Beschwerdeführer am 7. September 2012 und erstattete sein Gutachten am 4. Oktober 2012 (Urk. 10/42). Darin führte er aus, abgesehen von einem erhöhten Ruhepuls, wie er bei Patienten mit transplantiertem Herzen häufig vorkomme, bestünden keine Zeichen einer Herzinsuffizienz. Dass der Beschwerdeführer im

Belastungstest wenig geleistet habe, liege primär an seinem dekonditionierten Kreislaufzustand. Vielleicht traue er sich auch nicht mehr, sich anzustrengen (Urk. 10/42/18). Es sei zentral, dass ihm von seiten der involvierten Ärzte vermittelt werde, dass er trotz seines transplantierten Herzes und trotz seiner vielen Medikamente durchaus in der Lage sein sollte, ein mehr oder weniger normales Leben zu führen und bestimmte Arbeiten auszuführen (Urk. 10/42/16). Aufgrund der alleinigen kardialen Situation bestehe eigentlich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für körperlich nicht oder leicht belastende Tätigkeiten. Der Beschwerdeführer weist jedoch diverse Beschwerden auf, welche zumindest zu einem bestimmten Teil Nebenwirkungen von benötigten starken Medikamenten entsprechen könnten. Zudem könne der zeitweise tiefe Blutdruck für einen Teil des Beschwerdebildes wie zum Beispiel die Schwindelbeschwerden ursächlich sein. Auch die Vielzahl der Arztkonsultationen sei bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen, sodass es realistisch sei, aus kardiologischer Sicht von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 10/42/18). Weiter führte Dr. Z. \_\_\_ aus, der Gesundheitszustand habe sich im Vergleich zum Zustand vor der Herztransplantation enorm verbessert. Nach einem so schwerwiegenden Krankheitsverlauf, wie der Beschwerdeführer ihn zwischen April und Juli 2011 gehabt habe, habe es einige Zeit gebraucht, bis er sich allgemein physisch wieder erholte. Als objektive physische Befunde, welche den aktuell verbesserten Gesundheitszustand belegen, nannte er das Fehlen von klinischen Herzinsuffizienzzeichen und die echokardiographisch belegte gute Herzfunktion (Urk. 10/42/21). 3.5

Dr. med. I. \_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , und Dr. phil. J. \_\_\_ , Klinischer Psychologe, K. \_\_\_ , berichteten am 12. Februar 2013, der Beschwerdeführer leide an einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) und er sei auf längere Sicht zu 100 % arbeitsunfähig. Er fühle sich kraftlos und müsse sich immer wieder hinlegen und ausruhen, was nach der schweren Operation mit den nachfolgenden Ängsten sehr verständlich sei (Urk. 10/67/5). Auch deutliche Konzentrationsstörungen würden sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Die Prognose sei schlecht (Urk. 10/67/6). 3.6

Am 3. Februar 2014 erstatteten die Ärzte des A. \_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 10/93). Das A. \_\_\_ -Gutachten basierte auf einer allgemeininterdisziplinären, einer psychiatrischen, einer orthopädischen, einer neurologischen und einer kardiologischen Untersuchung (Urk. 10/93/2 und Urk. 10/93/8 ff.). Die Gutachter stützten sich auf die anlässlich der Untersuchungen erhobenen Befunde, die Ergebnisse der Anamnese, die vorhandenen Akten sowie auf die Angaben des Beschwerdeführers. Die Konklusion des Gutachtens ist im Rahmen eines multidisziplinären Konsensus erarbeitet worden. Dabei nannten die A. \_\_\_ -Gutachter als

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach orthotoper Herztransplantation am 10. Juli 2011 bei ischämischer Kardiomyopathie infolge koronarer 3-Gefäß-Erkrankung (ICD-10: I25.5) sowie chronische Nacken-Schulter-Handbeschwerden der dominanten rechten Seite (ICD-10: M54.2/M79.60/Z98.8 ). Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen sie namentlich der Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22), Differentialdiagnose Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2) , und den chronischen Fussbeschwerden beidseits (ICD-10: M79.67 ) zu (Urk. 10/ 93 / 27 ).

Sie führten aus, aus allgemeiner Sicht sei die Arbeitsfähigkeit bei den Diagnosen Adipositas, Hyperlipidämie, chronisch-rezidivierende Gastritis und Status nach thromboembolischem Niereninfarkt rechts nicht eingeschränkt. Der Niereninfarkt habe keine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit zur Folge und bei den übrigen Diagnosen sei der fehlende Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit unbestritten (Urk. 10/93/10-11).

Bei der psychiatrischen Untersuchung zeigten sich laut Gutachten intakte kognitive Funktionen mit während der gesamten Untersuchung erhaltener Konzentration und Aufmerksamkeit, unauffälliger Psychomotorik und ausgeglichener Affekt. Der Gutachter führte aus, der Beschwerdeführer habe anamnestisch eher über Ängste als über Depressionen berichtet. Er versuche daher insbesondere, enge Orte zu vermeiden. Nebst diesen vorwiegenden Ängsten mit klaustrophober Tendenz lägen aber auch leichtere depressive Verstimmungen vor. Vor der Herzoperation habe der Beschwerdeführer keine psychischen Beschwerden gehabt. Dass ein solcher schwerer operativer Eingriff Rückwirkungen auf die Psyche haben könne, sei verständlich. Es handle sich um eine leichtgradige Anpassungsstörung, welche sich aufgrund der zeitlichen Dimension im Übergang zu einer Angst und depressiven Störung gemischt befinde. Sie habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/93/13-14).

Der

orthopädische Gutachter

gab an,

der Beschwerdeführer klagt über chronische Schmerzen vom Nacken bis in alle Fingerspitzen der dominanten rechten Seite sowie Beschwerden an den Füßen. Er hielt fest, die aus den Beschwerden resultierenden Einschränkungen seien schwer fassbar geblieben. Das Gangbild sei unauffällig gewesen. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule sei die thorakale Auslenkung unter Gegenspannung kaum gelungen, während die initial als unmöglich angegebene Inklination später durch eine praktisch freie Auslenkung im Langsitz relativiert worden sei. Auch an der Halswirbelsäule fehle eine höhergradige Einschränkung, und an den oberen und unteren Extremitäten bestehe eine freie Beweglichkeit. Auf radiologischer Ebene bestünden deutliche degenerative Veränderungen oberhalb der zervikalen Spondylodese sowie weitgehend unauffällige Verhältnisse an der thorakalen und lumbalen Wirbelsäule. Zusammenfassend führte der Gutachter aus, die angegebenen Beschwerden im Bereich der zervikalen Wirbelsäule liessen sich durch die klinischen und radiologischen Befunde durchaus begründen, weshalb dem Beschwerdeführer andauernd schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien, die angestammte Tätigkeit indes schon. Die im Bereich der rechten oberen Extremität angegebenen Beschwerden seien aus orthopädischer Sicht keineswegs nachvollziehbar (Urk. 10/93/18-19).

Dem neurologischen Teilgutachten ist zu entnehmen, der neurologische Status habe sich bei der aktuellen Untersuchung völlig unauffällig gezeigt. Für die Schwindelbeschwerden sei weder unter der Frenzelbrille noch bei den sonstigen Koordinationstests ein Korrelat zu finden gewesen, sodass von einer funktionellen Komponente auszugehen sei. Auch betreffs der zweimal operierten Halswirbelsäule fänden sich keine Hinweise auf eine radikuläre oder medulläre Beteiligung. So imponiere eine sehr gute Beweglichkeit der Halswirbelsäule sowohl bei expliziter Prüfung wie auch bei der Untersuchung mit der Frenzelbrille. Ebenso wenig seien Anhaltspunkte für eine hirnorganische Einschränkung auszumachen gewesen.

Ein Tremor habe bei der aktuellen Untersuchung nicht vorgelegen, wäre aber nach der Beurteilung des neurologischen Gutachters ohnehin nicht relevant für die Arbeitsfähigkeit. Insgesamt sei der Beschwerdeführer einzig wegen des Zustands nach Fusionsoperation an der Halswirbelsäule bei Tätigkeiten in Zwangshaltungen oder Überkopfarbeiten eingeschränkt, was aber vor allem orthopädisch zu beurteilen sei (Urk. 10/93/22-23).

Im kardiologischen Teilgutachten wurde festgehalten, subjektiv bestünden seit der Herzoperation vermehrte Müdigkeit, rasche Kraftlosigkeit bei geringer Anstrengung, häufiger Schwindel und verschiedene Schmerzen. In der Untersuchung sei der Beschwerdeführer kardiopulmonal kompensiert gewesen und der Blutdruck sei leicht erhöht gewesen. Das Ruhe-EKG habe einen Rechtsschenkelblock (RSB) und einen grenzwertig tachykarden Sinusrhythmus gezeigt, was zu einem transplantierten „denervierten“ Herzen passe. Ebenso typisch sei, dass der Frequenzanstieg zu Beginn der Fahrradergometrie träge gewesen sei und die Frequenz in der Erholungsphase nur langsam gesunken sei, sowie dass der Blutdruck einige Zeit erhöht geblieben sei. Diese veränderte, verzögerte Anpassung des Herzens sei für die rasche Ermüdbarkeit respektive das Schwächegefühl bei körperlicher Belastung (mit-)verantwortlich, nebst einer generellen Dekonditionierung. Dies sei aber nicht gefährlich, sondern lediglich die Folge der Denervation und des verzögerten Ansprechens auf die humorale katecholaminerge Stimulation. Kurze „Spitzenleistungen“ könne der Beschwerdeführer daher nicht mehr erbringen, eine gute Ausdauerleistung sei aber bei regelmässiger körperlicher Betätigung möglich. Für mittelschwere und schwere, körperlich belastende Tätigkeiten bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Körperlich leichte Tätigkeiten mit der Möglichkeit zu kurzen Pausen seien dem Beschwerdeführer ganztags zumutbar. Anfänglich könne mit einem 50%igen Pensum begonnen werden, hernach sollte auch ein Ausbau auf 100% möglich sein

(Urk. 10/93/25-26).

Aus interdisziplinärer Sicht gelangten die A.\_\_\_\_-Gutachter zum Schluss, die Arbeitsunfähigkeit für körperlich mittelschwer und schwer belastende Tätigkeiten könne ab dem im März 2011 eingetretenen Herzinfarkt angenommen werden. Bis September 2012 sei der Beschwerdeführer auch in leichten Verrichtungen voll arbeitsunfähig gewesen, von Oktober 2012 bis November 2013 könne hierfür eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Die aktuelle Beurteilung, wonach der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten Tätigkeit mit der Möglichkeit zu kurzen Pausen medizinisch-theoretisch uneingeschränkt arbeits- und leistungsfähig sei, gelte ab dem Zeitpunkt ihrer Untersuchung im Dezember 2013. Aufgrund der Immunsuppression nach Herztransplantation nicht geeignete berufliche Tätigkeiten mit erhöhtem Infektrisiko. Die Medikamente hätten im Übrigen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/93/28-30).

Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), erachtete das A.\_\_\_\_-Gutachten als beweiskräftig. Sie gab an, die stufenweise Steigerung von 50% auf 100% habe alle drei Monate um 10% zu erfolgen (Stellungnahme vom 2

#### **E. 4**

) Beschwerde und beantragte, in Abänderung der angefochtenen Verfügung sei ihm auch ab Januar 2013 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er

zudem um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 24. August 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Mit gerichtlicher Verfügung vom 25. August 2015 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und eine Kopie der Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 11). Am 17. September 2015 hielt der Beschwerdeführer an seiner Beschwerde fest (Urk. 13), was der Beschwerdegegnerin am 21. September 2015 mitgeteilt wurde (Urk. 14). Am 16. Juni 2016 nahm der Beschwerdeführer ergänzend Stellung (Urk. 17) und reichte einen weiteren Arztbericht ein (Urk. 18). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 4. Juli 2016 auf das Einreichen einer Stellungnahme dazu (Urk. 21), was dem Beschwerdeführer am 5. Juli 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 22). Mit Eingaben vom 12. Juli 2016 (Urk. 23) sowie vom 28. Dezember 2016 (Urk. 28) reichte der Beschwerdeführer erneut Arztberichte ein (Urk. 24 und Urk. 29/1-5). Die Beschwerdegegnerin verzichtete jeweils auf eine Stellungnahme (Urk. 26 und Urk. 31), was dem Beschwerdeführer wiederum mitgeteilt wurde (Urk. 27 und Urk. 32).

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

#### **E. 4.1**

Das A.\_\_\_\_-Gutachten, auf welches die IV-Stelle abstellte, basiert auf den fachärztlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers, es wurde in Kenntnis der medizinischen Vorakten erstattet, es beantwortet die gestellten Fragen umfassend und setzt sich mit anderslautenden Beurteilungen auseinander. Somit erfüllt es die von der Rechtsprechung gestellten formellen Voraussetzungen an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. vorstehende E. 1.3). Zum mit einem Urteil (Urk. 3/6) untermauerten Einwand, das A.\_\_\_\_ arbeite unsorgfältig, ist anzumerken, dass nicht von einem Fall auf einen anderen geschlossen werden kann, sondern die Beweiskraft eines Gutachtens im Einzelfall zu prüfen ist. Soweit der Beschwerdeführer auf eine Befangenheit infolge wirtschaftlicher Abhängigkeit des A.\_\_\_\_ von den Aufträgen der Invalidenversicherung schliessen will (Urk. 1 S. 5), kann ohne weitere Ausführungen auf die aktuelle Rechtsprechung verwiesen werden. Danach ist die Einwendung, die Abgeltung der Gutachten aus Mitteln der Invalidenversicherung führe zu einer Befangenheit der MEDAS, unbegründet (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7). Dass sich die A.\_\_\_\_-Gutachter nicht mit den behandelnden Ärzten in Verbindung setzten (vgl. den Einwand des Beschwerdeführers in Urk. 17 S. 9 unten), steht der Beweiskraft ihrer Beurteilung ebenfalls nicht entgegen, liegt doch das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte in ihrem Ermessen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_270/2012 vom 23. Mai 2012, E. 4.2 mit weiteren Hinweisen; 9C\_671/2012 vom 15. November 2012, E. 4.5).

#### **E. 4.2**

Dass aus allgemeininternistischer Sicht keine Invalidität angenommen wurde, ist nachvollziehbar, da sich die nicht schwere Adipositas, die

Hyperlipidämie und Gastritis nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, und da plausibel ist, dass der erlittene Niereninfarkt die Arbeitsfähigkeit nur während einer gewissen Zeit, nicht hingegen langandauernd, beeinträchtigte. Dass der Beschwerdeführer aus neurologischer Sicht lediglich für Tätigkeiten in Zwangshaltungen oder Überkopfarbeiten eingeschränkt ist, ist angesichts der völlig unauffälligen neurologischen Befunde ohne Korrelat für den

angegebenen Schwindel und bei fehlenden Hinweisen auf eine hirnorganische Schädigung (Urk. 10/93/21-23) nachvollziehbar. Dass der Zustand nach Dekompression und ventraler Fusion HWK5/6 und 6/7 im Jahr 2001 sowie der Zustand nach Dekompression und Revision HWK5/6 im Jahr 2006 sich lediglich insofern auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, als Tätigkeiten in Zwangshaltungen und Überkopfarbeiten nicht mehr zumutbar sind, überzeugt ebenfalls vor dem Hintergrund der sehr guten Beweglichkeit der Halswirbelsäule und bei fehlender radikulärer oder medullärer Beteiligung (Urk. 10/93/23).

Ebenso plausibel ist

- bei fehlender höhergradiger Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule und bei unauffälliger Untersuchung der oberen Extremitäten, jedoch bei radiologisch deutlichen degenerativen Veränderungen der HWK3/4 mit rechtsbetonter foraminaler Verengung - , dass die chronischen Nacken-Schulter-Handbeschwerden der dominanten rechten Seite dem Beschwerdeführer nur das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 15 Kilogramm sowie den Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb des Schulterniveaus verunmöglichen (Urk. 10/93/16-19).

Soweit sich der Bericht der P.\_\_\_\_ Klinik vom 24. Juni 2015 (Urk. 3/4 = Urk. 29/3) auch auf die Zeit vor Erlass der angefochtenen Verfügung bezieht, ist Folgendes anzumerken: Der Hinweis auf einen Status nach Unfall und Operationen sowie auf eine Degeneration stellt keine nachvollziehbare Begründung für die angegebene Arbeitsunfähigkeit dar. Hinzu kommt, dass dem Bericht keine Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu entnehmen ist.

Dem Umstand, dass sich das transplantierte Herz des Beschwerdeführers nur mehr verzögert an Belastungssituationen anpasst, was eine rasche Ermüdbarkeit respektive ein Schwächegefühl zur Folge hat, wurde im kardiologischen Teilgutachten gebührend Rechnung getragen, indem nur noch körperlich leichte Tätigkeiten mit der Möglichkeit zum Einlegen von kurzen Pausen für zumutbar erachtet wurden. Dass dem Beschwerdeführer solche Tätigkeiten aber noch zugemutet werden können, überzeugt angesichts dessen, dass die verzögerte Anpassung des Herzens nicht gefährlich ist und eine normale linksventrikuläre und rechtsventrikuläre (LV- und RV - ) Funktion vorliegt (Urk. 10/93/26).

Der Einwand des Beschwerdeführers, das Universitäre Herzzentrum des D.\_\_\_\_ bestätige eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit wegen der Herzbeschwerden (Urk. 1 S. 4), ist unzutreffend. Vielmehr wurde im genannten Bericht vom 13. März 2015 festgehalten, wegen des führenden zervikolumbalen Schmerzsyndroms mit teilweise immobilisierenden Nackenschmerzen sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 10/140/1). Dabei handelt es sich um eine fachfremde Beurteilung, auf welche mangels einer diesbezüglichen Untersuchung durch die berichtenden Ärzte ohnehin nicht abgestellt werden kann. Im somatischen Bereich erweist sich das A.\_\_\_\_ -Gutachten nach dem Gesagten als schlüssig und nachvollziehbar.

#### **E. 4.3**

Bezüglich des psychiatrischen Teils des Gutachtens machte der Beschwerdeführer geltend, die in BGE 141 V 281 begründete Rechtsprechung sei zu Unrecht nicht angewendet worden (Urk. 17 S. 3-5). Die genannte Rechtsprechung gilt für die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und für vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 141 V 281 E. 4.2). Ein solches Beschwerdebild wurde indes weder von den Gutachtern noch von den

behandelnden Psychiatern diagnostiziert. Subjektiv im Vordergrund standen - nebst den im somatischen Bereich berücksichtigten Beschwerden - die Schmerzen am Brustbein. So klagte der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung mehrfach über Schmerzen am Brustbein (Urk. 10/93/9, Urk. 10/93/11, Urk. 10/93/15, Urk. 10/93/19), welche teilweise auch während der Begutachtung auftraten (Urk. 10/93/17 Ziffer 4.2.2.2). Diese Schmerzen sind laut dem behandelnden Chiropraktor auf

eine n Haltungs zerfall bei mus kulärer I nsuffizienz im Rahmen eine s reduzierten Allgemeinzustands zurück zuführen (Urk. 10/102/2). Ohnehin fielen aber während der Begutachtung keine derart starken Schmerzen auf, bei welchen sich die Prüfung des Vorliegens einer Schmerzstörung aufgedrängt hätte. Vielmehr konnte der Beschwerdeführer flüssig und zügig im Wechselschritt die Treppe hinauf gehen, sass während einer Dreiviertelstunde ruhig und ohne Einnahme einer Schonhaltung da (Urk. 10/93/16), wies ein unauffälliges Gangbild und eine freie Beweglichkeit auf (Urk. 10/93/18).

Dass die A.\_\_\_\_-Gutachter aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit postulierten (Urk. 10/93/13-14), überzeugt bei den weitgehend unauffälligen erhobenen Befunden mit namentlich erhaltener Konzentration und Aufmerksamkeit, unauffälliger Psychomotorik, ausgeglichenem Affekt und erhaltener Modulationsfähigkeit (Urk. 10/93/13). Ebenso passt die Diagnose einer nur leichten psychischen Störung zum Tagesablauf des Beschwerdeführers mit erhaltenen Aktivitäten, sozialen Kontakten und weitgehend erhaltener Reisefähigkeit (Urk. 10/93/12, Urk. 10/93/15). Dabei ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer seinen Tagesablauf selber so geschildert hatte (vgl. den Einwand in Urk. 17 S. 7-8). Dass der Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22), im Übergang zur Diagnose

„Angst und depressive Störung gemischt“ (ICD-10: F41.2), kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen wurde, steht sodann im Einklang mit der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 9C\_636/2007 vom 28. Juli 2008, E.3.3.2 mit Hinweis).

Die Diskrepanz zur Beurteilung durch die Ärzte des Medizinischen K.\_\_\_\_

(vgl. vorstehende E. 3.5 und 3.9) und der B.\_\_\_\_ (E. 3.10 vorstehend) lässt sich damit erklären, dass die behandelnden Ärzte infolge ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc)

die subjektiv angegebenen Beschwerden des Beschwerdeführers ohne kritische Würdigung zu objektiven Befunden erhoben haben. Die darin angegebenen Konzentrationsstörungen (Urk. 10/67/6, Urk. 10/115/1, Urk. 10/136/4) beispielsweise zeigten sich während der Begutachtung gerade nicht. Die Ärzte der B.\_\_\_\_ berücksichtigten ferner bei ihrer Angabe der 100%igen Arbeitsunfähigkeit auch die fachfremde somatische Diagnose (Urk. 10/136/4). Des Weiteren ist aus dem Bericht ersichtlich, welche Rolle das psychosoziale Element spielt. Der Beschwerdeführer pflegte soziale Kontakte mit den Mitpatienten, war kreativ und näherte effizient, zog sich jedoch nach einem negativen Bescheid des Migrationsamts wieder zurück und lag fast nur noch im Bett (Urk. 10/136/3).

Bereits beim Eintritt in die B.\_\_\_\_ war der Beschwerdeführer durch den Verlust seiner Arbeitsstelle und sozialer Kontakte, durch seine finanzielle Situation sowie im Zusammenhang mit seiner Aufenthaltsbewilligung psychosozial belastet (Urk. 10/136/2).

Als invalidi tätsfremde Gründe wurden von den A.\_\_\_\_ -Gutachtern zudem die eher geringe schulische und berufliche Ausbildung, der schwierige Arbeitsmarkt und ein wahrscheinlich vorhandener sekundärer Krankheitsgewinn genannt (Urk. 10/93/29). Sämtliche psychosozialen Belastungsfaktoren wären von den krankheitsbedingten Einschränkungen abzugrenzen gewesen (vgl. vorstehende E. 1.1), was die behandelnden Ärzte nicht getan haben. Nach dem Gesagten erwecken die Berichte der behandelnden Ärzte keine Zweifel am Gutachten und gaben somit keinen Anlass, den Gutachtern Zusatzfragen zu stellen, weshalb dem diesbezüglichen Einwand des Beschwerdeführers (Urk. 17 S. 10) nicht zu folgen ist. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die nur wenig ausgeprägten Befunde und Symptome, wie sie im Gutachten erhoben wurden, die Erwerbsfähigkeit nicht wesentlich einzuschränken vermögen.

#### **E. 4.4**

Die interdisziplinäre A.\_\_\_\_ - Beurteilung steht sodann in Übereinstimmung mit den einzelnen Teilgutachten und ist daher ebenfalls schlüssig und nachvollziehbar. Nachdem Anhaltspunkte für eine zwischenzeitlich eingetretene wesentliche Veränderung fehlen, ist dem Einwand, das A.\_\_\_\_ -Gutachten sei veraltet (Urk. 17 S. 2), nicht stattzugeben. Nach dem Gesagten hat die IV-Stelle zu Recht auf das A.\_\_\_\_ -Gutachten abgestellt.

#### **E. 4.5**

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war.

Die weiteren vom Beschwerdeführer eingereichten Arztberichte (Urk. 3/4, Urk. 18, Urk. 24, Urk. 29/1-2, Urk. 29/4) beziehen sich auf einen Zeitraum, der nicht mehr vom Anfechtungsgegenstand (angefochtene Verfügung vom

#### **E. 4.6**

Dass anfänglich ab dem Herzinfarkt vom 26. März 2011 eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit vorlag, ist unbestritten und steht in Übereinstimmung mit der Aktenlage (vorstehende E. 3.1 bis 3.3). Eine in der Folge eingetretene Verbesserung sah Dr. L.\_\_\_\_ darin, dass nunmehr eine normale LV-Funktion bestehe (vorstehende E. 3.8). Tatsächlich wurde anlässlich der Begutachtung durch Dr. Z.\_\_\_\_ am 7. September 2012 eine normale links ventrikuläre Funktion erhoben und es lag klinisch keine Herzinsuffizienz vor (Urk. 10/42/15). Ferner gab Dr. Z.\_\_\_\_ an, der Gesundheitszustand habe sich enorm verbessert (E. 3.4 vorstehend).

Das Eintreten einer Verbesserung ist plausibel, nachdem die Herztransplantation zwecks Verbesserung des Gesundheitszustands durchgeführt worden war. Am 29.

Juni 2012 berichteten die Ärzte des Herzkreislaufzentrums des D.\_\_\_\_ über eine eingetretene Verbesserung und stellten dem Beschwerdeführer weiterhin eine gute Prognose (E. 3.3 vorstehend). Dass die A.\_\_\_\_ -Gutachter ab Oktober 2012 - entsprechend dem Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ (E. 3.4 vorstehend) - wieder von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten Verweistätigkeit ausgingen (Urk. 10/93/29), ist vor diesem Hintergrund nachvollziehbar. Diese Verbesserung ist nach dreimonatigem Andauern und damit ab Februar 2013 zu berücksichtigen (Art. 88a Abs. 1 IVV). 5.

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 ausgleichender 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). 5.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen 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 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Die IV-Stelle bezifferte das Valideneinkommen für das Jahr 2012 mit Fr. 42'915.-- (Urk. 2, Urk. 10/104). Sie stütze sich dabei auf die Angaben des letzten Arbeitgebers, der Y.\_\_\_\_ AG, wonach der Beschwerdeführer Fr. 19.65 pro Stunde zuzüglich Ferien- und Feiertagsentschädigung verdiene (Arbeitgeberbericht vom 15. Juli 2011, Urk. 10/14/3).

Aufgerechnet auf eine 42-Stunden-Woche und auf 52 Wochen pro Jahr ergibt sich für das Jahr 2011 ein Valideneinkommen von Fr. 42'915.60. Angepasst an die Nominallohnentwicklung (Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex nach Branche [2010 = 100; im Internet abrufbar], Nominallohnindex Männer [T1.1.10], Gastgewerbe und Beherbergung; 20

## **E. 6**

. Februar 2014, Urk. 10/110/5). 3.7

Dr. med. M.\_\_\_\_, Chiropraktor, führte in seinem Bericht vom 20. März 2014 aus, die aktuell angegebenen chronifizierten Nackenbeschwerden seien gut vereinbar mit der fortschreitenden Segmentdegeneration hochzervikal. Zusätzlich erschwerend wirke eine massive muskuläre Insuffizienz im Rahmen des reduzierten Allgemeinzustands nach Herztransplantation. Die Schmerzcharakteristik sei gemischt nozizeptiv-neuropathisch. Hinweise für eine neurokompressive Komponente würden fehlen. Die zusätzlich störenden sternalen Beschwerden nach Thorakotomie interpretiere er ebenfalls als Auswirkung des Haltungserfalls bei muskulärer Insuffizienz (Urk. 10/102/2). 3.8

Dr. L.\_\_\_\_ hielt am 1. Juli 2014 fest, dass der Gesundheitszustand sich durch die erfolgreiche Herztransplantation verbessert habe, sei anhand der sowohl laut Dr. Z.\_\_\_\_ als auch laut dem A.\_\_\_\_-Gutachten normalen linksventrikulären Pumpfunktion des transplantierten Herzens ersichtlich (Urk. 10/110/6). 3.

## E. 9

Dem Bericht des K.\_\_\_\_ vom 30. September 2014 ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer leide seit Juni 2011 an Depressionen, Lust- und Interesse losigkeit, Müdigkeit, Rückzug, Antriebslosigkeit, Kraftlosigkeit, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Sinnlosigkeitsgedanken, Gedanken kreisen und Schlafstörungen. Appetitverminderung sowie die vollständige Lust- und Interesselosigkeit würden eine stationäre Behandlung erfordern. Medikamentöse Versuche seien unter anderem wegen Nephrolithiasis gescheitert, weswegen die medikamentöse Führung nicht einfach sei (Urk. 10/115/1). Aktuell liege eine mittelgradige depressive Episode vor (ICD-10: F32.1; Urk. 10/115/2).

Am 21. November 2014 führten Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ aus, das D.\_\_\_\_ habe wegen der Herztransplantation von der Einnahme von Antidepressiva abgeraten, weil diese beispielsweise zu einer QTc -Veränderung führen könnten. Der Grund für die fehlende Medikation sei demnach nicht die Leichtgradigkeit der Depression. Die ICD-Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode seien erfüllt. Vier Tage pro Woche gehe der Beschwerdeführer nicht aus dem Haus und liege im Bett. Neuropsychologisch sei eine schwere Depression bestätigt, unter Einbezug einer gewissen Grundaktivität an guten Tagen sei sie mittelgradig (Urk. 10/128/2). Es liege auch für angepasste Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor (Urk. 10/128/3). 3.10

Dem Bericht der B.\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2014 ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer habe sich (mit zwei kurzen Unterbrüchen) vom 12. September bis am 30. Oktober 2014 in der B.\_\_\_\_ aufgehalten. Er sei im Kontakt höflich und freundlich, es seien Konzentrationsschwierigkeiten ersichtlich, er sei formal gedanklich verlangsamt, persönerend sowie grüblerisch und im Affekt ratlos,

klagsam und deprimiert. Zudem sei er antriebsarm und einsam. Der Beschwerdeführer habe angegeben, finanziell eingeschränkt zu sein und sich gegenüber dem Migrationsamt rechtfertigen zu müssen, weshalb er nicht arbeite. In die Türkei könne er nicht zurückkehren, da er sich dort die notwendige teure Medikation und Spitalbesuche nicht leisten könne. Nachdem ihm während des Klinikaufenthalts vom Migrationsamt eine Frist zur Ausreise angesetzt worden sei, habe er sich wieder vermehrt zurückgezogen, sei kaum spürbar gewesen und habe fast nur noch im Bett gelegen. Er habe wenig Zukunftsperspektiven und sei resigniert gewesen. Er leide an einer schweren depressiven Episode, welche wegen des Zusammenwirkens mit der immunsuppressiven Medikation nicht zufriedenstellend therapiert werden könne. Aufgrund der somatischen Diagnose mit der damit verbundenen lebenslangen immunsuppressiven Medikation inklusive Wechsel- und Nebenwirkungen, kombiniert mit der depressiven Symptomatik, welche eine Konzentrationsstörung, schnelle Ermüdbarkeit, eingeschränkte Ausdauer und Leistungsfähigkeit zur Folge habe, sei er zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 10/136). 3.11

RAD-Arzt med. pract. N.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt fest, der Bericht der B.\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2014 sei nicht nachvollziehbar. Objektiv habe der Beschwerdeführer eine gute soziale Kompetenz gezeigt, pflichtbewusst und zuverlässig am Programm teilgenommen, eine grosse Kreativität aufgewiesen und effizient mit der Nähmaschine genäht. Laut ICD sei es aber sehr unwahrscheinlich, dass ein Patient während einer schweren depressiven Episode in der Lage sei, soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortzuführen, allenfalls sehr begrenzt. Somit dürfe keine schwere Depression diagnostiziert werden. Ferner habe der Beschwerdeführer angegeben, oft in die Stadt zu

gehen und in der Bibel zu lesen. Dieses Aktivitätsniveau passe weder zur schweren Depression noch zu schweren Konzentrationsstörungen. Die fehlende Ausdauer sei auf die Dekonditionierung zurückzuführen und dass er von den Massnahmen der Migrationsbehörde betroffen sei, sei ebenfalls nachvollziehbar. Medizinische neue Fakten seien indes nicht auszumachen (Urk. 10/137/3). 3.12

Dr. med. O. \_\_\_ vom D. \_\_\_, gab am 13. März 2015 an, aktuell sei der Beschwerdeführer in erster Linie durch ein chronifiziertes

zervikolumbales Schmerzsyndrom mit teilweise sogar immobilisierenden Nackenschmerzen limitiert. Aufgrund dessen liege aktuell eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit vor (Urk. 10/140/1). 3.13

Die ab dem 18. Mai 2015 behandelnden Ärzte der P. \_\_\_ Klinik gaben am 24. Juni 2015 an, bei der aktuellen Diagnosestellung einer multisegmentalen Degeneration der Halswirbelsäule, bei Status nach Trauma durch Motorbootunfall und zweifacher Operation lasse sich eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 80 % begründen (Urk. 3/4 S. 2). 4.

#### **E. 10**

Juni 2015) gedeckt ist. Die Berichte sind somit nicht näher auf ihren Erkenntniswert hin zu überprüfen.

#### **E. 11**

: 100 ; 20 1 3 : 102.6 )

resultiert für das Jahr 2013 ein Invalideneinkommen von Fr. 44'031.--. 5.3

Das Invalideneinkommen ermittelte sie gestützt auf die statistischen Werte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) und bezifferte es für das dem Beschwerdeführer ab Oktober 2012 zumutbare Pensum von 50 % mit Fr. 31'125.-- im Jahr 2012. Nach Abzug eines nicht zu beanstandenden Leidensabzugs von 10 % resultierte ein Invalideneinkommen von Fr. 28'022.--

(Urk. 2, Urk. 10/104). Bereits mit diesem Invalideneinkommen ergibt sich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad, weshalb auf eine Anpassung an die Nominallohnentwicklung vom Jahr 2012 aufs Jahr 2013 sowie auf die Prüfung, ob die LSE 2012 anstelle der LSE 2010 anzuwenden gewesen wären, verzichtet werden kann: Die Einkommensdifferenz beträgt Fr. 16'009.-- und der Invaliditätsgrad 36 %. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. 6.

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und verhältnismässig auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zuzugunsten der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung (vgl. Urk. 11) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen; dies unter Hinweis auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). Rechtsanwalt Dr. Pierre Heusser, Zürich, hat nicht darum ersucht, als unentgeltlicher Rechtsvertreter des Beschwerdeführers bestellt zu werden. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- 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: - Rechtsanwalt Dr. Pierre Heusser - 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, 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Widmer

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