

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00774 vom 27. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00774

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00774 du 27 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00774 del 27 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1

Der 1962 geborene X.____ war zuletzt vom 7. Dezember 2004 bis

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).

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.

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). 1. 4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Leistungsabweisende Verfügung vom 30. Mai 2016 (Urk. 2) damit, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei. Es bestehe ein rentenausschluss der Invaliditätsgrad. Der psychiatrischen Gutachter in seinen Berichten von med.

pract .

C.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und der Hausärztin Dr. med. D.____ bekannt gewesen. Die von diesen neu eingereichten Schreiben würden keine neuen Tatsachen enthalten, weshalb am Entscheid festgehalten werde (S. 2) .

Ergänzend hielt sie fest (Urk. 8), das Gutachten erfülle die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise. Es fänden sich kaum Gründe, die gegen die Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit sprächen. Selbst wenn von einer Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausgegangen werde, sei er in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig und habe keinen Anspruch auf eine Rente (S. 1 f.). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1),

das psychiatrische Gutachten entspreche - aus näher dargelegten Gründen - kaum wissenschaftlich anerkannten Standards (S. 3 f.). Er sei bei der B.____ in Behandlung und von dieser erneut zu begutachten (S. 4).

In seiner Replik (Urk. 16) begründete er erneut, weshalb Zweifel am Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens beständen. Das Einholen eines Obergutachtens dränge sich deshalb auf (S. 3-5). Er leide zudem an somatischen Beschwerden, welche nicht ausreichend abgeklärt worden seien (S. 5). Selbst bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestehe unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von mindestens 20 % Anspruch auf eine Viertelsrente (S. 6). 3.

E. 3

0. Mai 2016 sei aufzuheben und es sei ihm eine IV-Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur Ergänzung des Sachverhalts und neuerlichen Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Das Verfahren sei zu sistieren. Die Vorinstanz sei anzuweisen, bei Herrn Dr. A.____ von der B.____

auf eigene Kosten ein Obergutachten einzuholen. Zudem sei ihm die unentgeltliche Prozessführung unter Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung zu bewilligen. Am 13. September 2016 (Urk.

E. 3.1

Die Hausärztin Dr. D.____ führte in ihrem Bericht vom 14. August 2014 (Urk. 9/22/1-5) aus, der Beschwerdeführer habe Schmerzen im Brustkorb links thorakal von abwechselnder Intensität, welche sich bei Bewegung verstärken würden und von Schweissausbrüchen und Angst begleitet seien. Es sei ihm deshalb nicht möglich, anstrengende Tätigkeiten durchzuführen beziehungsweise Tätigkeiten, welche subjektiv von ihm als Belastung empfunden würden. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Ein neuerlicher Versuch der Arbeitsaufnahme mit 20 bis maximal 50% sei anstrengenswert (S. 3 f.).

E. 3.1.1

mit Hinweisen).

Das fortgeschrittene

Alter führt nicht automatisch zu einem Abzug, zumal sich dieses im Anforderungsniveau 1 sogar eher lohn erhöhend auswirkt. Es ist je doch bezogen auf die durchschnittliche Lebensarbeitszeit als ein abzugsrelevanter Aspekt immer unter Berücksichtigung aller konkreten Umstände des Einzelfalles zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.2). Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor unberücksichtigt bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.3).

Die Bedeutung der Anzahl Dienstjahre nimmt im privaten Sektor ab, je niedriger das Anforderungsprofil ist (AHI 1999 177 E. 3b S. 181), weshalb mit Blick auf das Anforderungsniveau 1 die lange Betriebszugehörigkeit keinen Abzug zu rechtfertigen vermag (Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.1 mit Hinweisen).

Der Umstand, dass die versicherte Person gemäss den medizinischen Angaben auf eine Tätigkeit angewiesen ist, die im Sitzen verrichtet werden kann und die Möglichkeit zu gelegentlichen Positionswechseln bietet, ihre Einsatzmöglichkeiten daher begrenzt sind, ist im Hinblick auf den allein massgeblichen ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG; BGE 134 V 64 E. 4.2.1) nicht abzugsrelevant (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_176/2012 vom 3. September 2012 E. 8). 7.3

Zum Vorbringen des Beschwerdeführers, der Totalwert aus TA1 im Kompetenzniveau 1 der LSE 2012 könne lediglich von Männern im Bergbau, auf dem Bau, bei der Herstellung von Waren und im Transportwesen erreicht werden, ist festzuhalten, dass dies bei - wie der Beschwerdeführer - über 50jährigen Männern nicht zutrifft. Vielmehr kann dieses Einkommen auch von Reinigungspersonal und Hilfskräften sowie von einer Hilfskraft in der Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei erzielt werden (vgl. Berufshauptgruppe 9 in der Tabelle 17 der LSE 2012, vgl. dazu das entsprechende Vorbringen, Urk. 16 S. 6). Dass ihm bis zum Verfügungserlass nur noch leichte körperliche Tätigkeiten zugemutet werden könnten, ist nicht erstellt. Zudem kann den Unterlagen nicht entnommen werden, dass er in den letzten Jahren als LKW-Fahrer schwere körperliche Arbeit verrichtet hätte. Die von der Gutachterin geschil derte Beschränkung möglicher Tätigkeiten aus psychischen Gründen dürfte zwar einen Leidensabzug rechtfertigen, jedoch höchstens einen solchen von 10%. Zusätzliche Gründe für einen leidensbedingten Abzug sind nicht ersichtlich. 7.4

Gestützt auf die nachvollziehbaren Ausführungen der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 2 und Urk. 9/58) ist damit bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit von einem Valideneinkommen von Fr. 89'119.90 und einem

Invalideneinkommen von Fr. 66'158.40

(beziehungsweise unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 10 % von Fr. 59'542.55)

per 2014 auszugehen, was einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 26 %

(beziehungsweise 33 %)

ergibt.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 3.2

Mag. rer. nat. E.____, Fachpsychologin für Psychotherapie, Dr. med. univ. F.____, Ärztin Psychosomatik, und Dr. med. G.____, FA für Psychiatrie und Psychotherapie, von der H.____, in welcher sich der Beschwerdeführer vom 7. August bis 3. September 2014 zur stationären psychosomatischen Rehabilitation aufgehalten hatte, hielten in ihrem Bericht vom 18. September 2014 (Urk. 9/56) folgende Diagnosen fest: - Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt - Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung - fremdanamnestisch PTBS (während des aktuellen Klinikaufenthaltes nicht symptomatisch) - Status nach Myocardinfarkt Mai 2013 bei - Koronarer Zweigefässerkrankung, (Status nach Akut-PCI des Marginalastes Mai 2013 und PCI des RIVA Juli 2013 mit gutem Langzeitergebnis) - nichtkardialen, rezidivierenden thoracovertebralen Schmerzen und persistierenden Schmerzen im LWS-Bereich - Status nach Helicobacter

pylori

Eradikation April 2014 - Hämorrhoidalleiden

Dazu führten sie aus, der Beschwerdeführer erkläre sich seinen Herzinfarkt durch ein Zusammenwirken von lang andauernden Stresssituationen im Straßenverkehr als LKW-Fahrer und unter erhöhtem Arbeitsdruck sowie einer herkunftsfamiliären Neigung zu Herzkrankheiten. So seien seine Eltern sowie mütterlicherseits die Grossmutter, ein Onkel sowie eine Nichte an plötzlichem Herztod verstorben. Für den derzeitigen Zustand habe er ein rein somatisches Krankheitsmodell und es bestehe ein völliges Abblocken beim Versuch, ein Psychogeneseverständnis zu entwickeln (S. 5 f.). Gespräche mit dem Chefkardiologen in seiner Landessprache hätten bei ihm zu einer Erleichterung geführt, er habe eine akzeptierende Haltung in Bezug auf die Schmerzsymptome annehmen können und habe das Gefühl gehabt, erstmalig seine komplexe Problematik verstanden zu haben (S. 2). 3. 3

Med. pract. C.____ stellte in ihrem Bericht vom 4. Mai 2015 (Urk. 9/35) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren seit ca. Sommer 2013 - Status nach Myokardinfarkt Mai 2013 mit Status nach Reanimation - Status nach posteriorem STEMI mit out of Hospital arrest bei Kammerflimmern mit PCI - Status nach mehrfachem Stenting 2013

Dazu führte sie aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 5. November 2014 bei ihr in Behandlung, dies zunächst mit Gesprächen alle zwei bis drei Wochen, seit Februar 2015 mit monatlicher Behandlung. Das Koronarleiden sei in seiner Familie verbreitet. Sein Herzinfarkt habe deshalb Todesängste in ihm ausgelöst. Er könne aber nun seit einiger Zeit

wieder Vertrauen in sich fassen und fühle sich unter regelmässiger ärztlicher Überwachung sicherer. Körperliche Anstrengungen und Aufregung würden Thoraxschmerzen verursachen, die dann wieder Ängste in ihm auslösen würden. Bei angepasster Belastung gehe es ihm ziemlich gut, auch psychisch. Seine schwerwiegende somatische Einschränkung sei nicht durch Willenskraft zu überwinden, auch bei stabilem psychischem Befinden sei er deutlich psychisch verlangsamt. Eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erscheine aufgrund der psychomotorischen Verlangsamung und körperlichen Einschränkungen nicht mehr möglich, eine Tätigkeit als LKW-Fahrer sei ausgeschlossen. Allenfalls sei eine Arbeit an einem geschützten Arbeitsplatz zu 20 % ohne körperliche Belastung möglich (S. 1-3).

E. 3.4

Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Kardiologie und Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 13./20. August 2015 (Urk. 9/39) über die kardiologische Verlaufskontrolle fest, von kardiologischer Seite her könne erneut entwarnt werden. Es bestehe kein kardialer linksseitiger Thoraxschmerz, die Beschwerden seien eindeutig thorakovertebraler Genese. Der Beschwerdeführer habe zurzeit keine koronaren Beschwerden. Von kardialer Seite her bestehe keinerlei Einschränkung zum Führen eines Privatfahrzeuges, zudem eigentlich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 2 f.).

E. 3.5

Dr. Z.____ stellte in ihrem Gutachten vom 26. Dezember 2015 (Urk. 9/54/2-37) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 29): - Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Dazu führte sie aus, der Beschwerdeführer lebe mit seiner Frau und seiner

Tochter in einer Mietwohnung. Das Verhältnis zur Familie und zu den Verwandten in Portugal sei gut, es bestehe Kontakt. Er schlafe bis ca. 7 bis 9 Uhr mit vielen Unterbrüchen. Tagsüber sei er sehr müde. Am Morgen gebe es Kaffee und ein kleines Frühstück mit Früchten, dann nehme er seine Medikamente. Durch die Nebenwirkungen fühle er sich sehr schlapp. Anschliessend gehe er spazieren und kehre zum Mittagessen heim. Er bleibe nicht gern zu Hause, weil er dann zu viel nachdenke über seine Beschwerden. Meist habe er am Nachmittag Therapie- und Arzttermine. Abends kämen die Tochter und Ehefrau zurück, sie ässen zusammen und würden TV schauen. Dann nehme er seine Medikamente und gehe schlafen. Er mache sich Sorgen um die Gesundheit, seine Zukunft und die der Familie. Er habe Angst, einen weiteren Herzinfarkt zu bekommen. Deswegen gehe er, wenn er allein in der Wohnung sei, meist auf die Strasse, weil er in der Öffentlichkeit im Falle eines Infarktes schnell gefunden und reanimiert werden könnte. Die Tochter und Ehefrau würden sich telefonisch mehrmals täglich nach ihm erkundigen. Er habe zweimal die Woche Physiotherapie. Meist mache er medizinische Trainingstherapie, er habe auch schon Akupunktur gemacht, gehe auch schwimmen und laufe viel. Wenn er könne, helfe er ein wenig im Haushalt. Weil er jetzt nicht mehr mit dem LKW unterwegs sei, habe er soziale Kontakte verloren. Er habe aber grundsätzlich das Bedürfnis nach Gemeinsamkeit nicht verloren, sei gesellig. Zwei Papageien würden ihm zu Hause Gesellschaft leisten. Früher habe er Schlagzeug gespielt, aktuell versuche er es mit Gitarre zu spielen. Im September sei er mit seiner Frau drei Wochen in Portugal gewesen, wo er sich sehr wohl gefühlt habe. Für ihn bedeute die Arbeit Erfüllung und Geldverdienst, die Familie stehe aber im Mittelpunkt. Er sei seiner Heimat verbunden, habe sich in der Schweiz aber gut

integriert, so dass er sich in beiden Ländern heimisch fühle. Am liebsten würde er immer zwischen der Schweiz und Portugal hin und her

wechseln, ein halbes Jahr hier, ein halbes Jahr dort. Er habe seine Arbeit immer mit Freude gemacht und sei sehr traurig, dass er diese nicht mehr fortsetzen könne. Er hätte gern sein fröhliches Leben so weitergeführt (S. 15 f. und S. 29).

Der Beschwerdeführer äussere den Wunsch, PKW zu fahren, und habe hier offen sichtlich keine Sicherheitsbedenken im Falle eines Herzinfarktes (S. 20). Seine massiv erhöhten Blutfette würden darauf hinweisen, dass er selbst nicht auf Massnahmen achte, die der langfristigen Reduktion derselben dienen würden. Dies bedeute, dass er einen wichtigen Risikofaktor für einen Herzinfarkt nicht ausreichend kontrolliere und sich damit selbst gefährde. Das stehe im Widerspruch zu seiner Ängstlichkeit vor einem neuen Infarkt. Seine Angaben, er richte sein Verhalten ganz darauf aus, gesund zu bleiben, Stress zu vermeiden und für den Notfall schnell reanimierbar zu sein, seien unglaublich angesichts der Tatsache, dass er einen wichtigen Risikofaktor nicht reduziere. Zudem wäre zu erwarten, dass er sich eine Tagesstruktur suche, bei der er unter Menschen wäre, um schnelle medizinische Hilfe im Notfall zu erhalten. Es sei unklar, weshalb er nicht in einer Tagesklinik oder in einer ähnlichen Tagesstruktur integriert sei (S. 22).

Psychopathologisch würden sich keine relevanten Befunde, die eine Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit als Chauffeur hätten, ergeben. Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnis seien alters- und den Umständen entsprechend. Die subjektiven Beschwerden würden sich mit den objektiv-klinischen Befunden nur zum Teil belegen lassen. Es gebe Diskrepanzen und Unklarheiten, so dass kein stimmiges Bild aus Krankheitsverlauf, Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und Einschätzung der Ressourcen hinsichtlich der Wiedereingliederung entstehe (S. 22). Der Beschwerdeführer könne beispielsweise Zukunftspläne machen, am liebsten würde er halbjährlich zwischen der Schweiz und Portugal wechseln. Dies widerspreche seinen Angaben, dass er seinen baldigen Tod erwarte und sich deshalb nie allein in der Wohnung aufhalte, um reanimiert werden zu können. Die von ihm angegebenen Ängste vor einem Unfall beim Führen eines Fahrzeuges widersprächen seinem Wunsch, privat Auto zu fahren. Der subjektiv geschilderte Leidensdruck durch die Ängste scheine zudem bisher nicht zu einer Anpassung der antidepressiven Medikation und der Psychotherapiemethode geführt zu haben. Eine gezielte verhaltenstherapeutische Exposition beispielsweise im Fahrtraining sei bisher nicht durchgeführt worden, würde aber eine leitliniengerechte Methode bei Angst vor dem Fahren und in der allgemeinen Angstbewältigung im Alltag sein. Bei einer Angststörung sei der Einsatz von Antidepressiva oder zumindest in Reserve von Benzodiazepinen zu erwarten, offenbar sei die Angst nicht so ausgeprägt, dass hier eine Optimierung der Medikation notwendig erschienen wäre (S. 25).

Er habe zwei Arbeitsversuche unternommen, sich aber unsicher und unwohl gefühlt und das Autobahnfahren habe ihn sehr gestresst. Er habe aus eigenem Entschluss aufgehört, bevor er einen Unfall verursacht habe. Danach sei sein Führerschein eingezogen worden (S. 29).

Aufgrund der Diskrepanzen und Inkonsistenzen könne lediglich die Verdachtsdiagnose einer Schmerzstörung gestellt werden. Es sei nicht auszu-schliessen, dass eine solche vorliege. Das klinische Bild sei aber zu diffus, um die Diagnose anhand der Befunde aus den Akten im Längsschnitt oder der Befunde der Begutachtung eindeutig zu bestätigen. Weitere Diagnosen schloss die Gutachterin mit ausführlicher Begründung aus (S. 22-24 und

S. 35).

Während der Begutachtung habe er sich auf die Defizite konzentriert und seine Ressourcen vernachlässigt, was aber im Rahmen einer Begutachtung normal sei und nicht Ausdruck von Krankheit sein müsse. Es handle sich um einen bewusst seinsfernen Prozess (S. 30). Zurzeit bestehe vor allem aus Sicherheitsgründen seit Mai 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wegen möglicher Selbst- und Fremdgefährdung im Strassenverkehr. Sofern er sich selbst die Arbeit wieder zutraue, könne er jedoch aus versicherungspsychiatrischer Sicht per sofort wieder mit der angestammten Tätigkeit beginnen. In einer angepassten Tätigkeit ohne das Führen von grossen Fahrzeugen, ohne lang dauernde r Stress durch hohen Leistungsdruck oder schwierige gefährliche Situationen und in strukturierten Arbeiten mit wenig Kreativität und Anpassungsfähigkeit und einem hohen Routineanteil sowie regelmässigen Arbeitszeiten ohne Nacht- und nur selten Pikettdienst bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 34 f.).

4. 4.1

Das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____

vom 26. Dezember 2015 (E. 3.5 hievon) beruht auf den erforderlichen Untersuchungen, ist für die streitigen Be lange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachterin legte die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar und setzte sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Sie zeigte ausführlich auf, weshalb lediglich die Verdachtsdiagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt werden kann, nicht aber die Diagnosen einer Depression, einer Herzphobie, einer Anpassungsstörung oder einer posttraumatischen Belastungsstörung (S. 22-24).

Die Gutachterin wies auf psychosoziale Belastungsfaktoren hin (S. 23), welche sie jedoch bei der Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit ausschloss. Ebenso wies sie auf erhebliche Diskrepanzen zwischen den subjektiv geschilderten Ängsten vor einem Unfall beim Führen eines LKWs und dem

Wunsch, privat Auto zu fahren, hin (S. 25). So auch zwischen dem subjektiv geschilderten Leidensdruck durch die Ängste und dem Nichtanpassen der antidepressiven Medikation sowie der Psychotherapiemethode, welche beide optimiert werden könnten (S. 25). Zudem auch zwischen der Angst vor einem erneuten Infarkt und der Selbstgefährdung durch die massiv erhöhten Blutfette, welche von ihm nicht ausreichend kontrolliert werden (S. 22). Weiter auch zwischen der geschilderten Angst nach Überschreiten der körperlichen Belastungsgrenze und der 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der körperlich nicht anstrengenden Tätigkeit als Chauffeur (S. 19 f.). Angesichts dieser Umstände erscheint es für den rechtsanwendenden medizinischen Laien nachvollziehbar, dass die Gutachterin lediglich die Verdachtsdiagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren stellen konnte.

Dr. Z.____ gelangte sodann zum ausführlich begründeten und für das Gericht nachvollziehbaren Schluss, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Chauffeur zurzeit nicht, in einer angepassten Tätigkeit ohne das Führen von grossen Fahrzeugen, ohne lang dauernde n Stress durch hohen Leistungsdruck oder schwierige

gefährliche Situationen, in strukturierten Arbeiten mit wenig Kreativität und Anpassungsfähigkeit und einem hohen Routineanteil sowie regelmässigen Arbeitszeiten ohne Nacht- und nur selten am

Perkettendienst hingegen zu 100 % arbeitsfähig ist (S. 34 f.). Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.4 hiervor). 4.2 4.2.1

Zum Einwand des Beschwerdeführers, der im Gutachten erwähnte Dr. J. ___ kenne ihn nicht (Urk. 1 S. 3), ist festzuhalten, dass dieser immerhin einen Bericht zu Händen der Taggeldversicherung verfasst hat (Urk. 9/49/28 f.); von einer diesbezüglich falschen Feststellung im Gutachten kann damit nicht gesprochen werden. Die Gutachterin wies zudem darauf hin, dass die von ihr befragte Oberärztin in der H. ___ den Fall nur sehr oberflächlich kenne (Urk. 9/54 S. 17). Der Beschwerdeführer sieht sich offenbar in Bezug auf Fahrten mit seinem PKW als fahrtauglich (vgl. S. 21 sowie Urk. 9/57). Fahrten mit diesem, um seine Ängste in einer Tätigkeit als LKW-Chauffeur zu konfrontieren, sind damit nicht abwegig. Von einem LKW-Fahrtherapeuten (Urk. 1 S. 4) war – entgegen der Darstellung in der Beschwerde – im Gutachten nicht die Rede (vgl. Urk. 9/54 S. 25). Dr. Z. ___ empfiehlt ihm zudem nicht, Benzodiazepine zu nehmen, vielmehr schliesst sie aus der Tatsache, dass er keine solche nimmt -

zu Recht -, dass seine Ängste nicht so ausgeprägt sein dürften, wie von ihm geltend gemacht (vgl. S. 25).

Weiter brachte der Beschwerdeführer vor, die Gutachterin habe ihrer Diagnose und Arbeitsfähigkeitsbeurteilung eine falsche Feststellung zu Grunde gelegt, in dem sie davon ausgegangen sei, dass er erst vor kurzem ein Restaurant gekauft habe (Urk. 16 S. 4). Fraglich ist, weshalb es - trotz Beizug einer Dolmetscherin (Urk. 9/54 S. 2) - zu einem solchen Missverständnis gekommen sein soll. Dies kann jedoch offenbleiben, nachdem die Gutachterin ihre Aussagen nicht alleine aufgrund des Restaurantkaufs und -verkaufs getätigt hat. So stützten sich ihre Ausführungen in Bezug auf die Leistungsfähigkeit im Privatleben auch darauf, dass der Beschwerdeführer privat PKW fährt, aus Angst vor einem weiteren Herzinfarkt hingegen keinen LKW mehr fahren will. Seine Zukunftspläne äussern sich zudem auch in seiner Aussage, dass er diese gerne sowohl in der Schweiz als auch in Portugal verbringen würde, wenn er nicht mehr arbeiten müsse (Urk. 9/54 S. 29), ebenso in der Tatsache, dass er sich auf mehrere Stellen beworben hat (S. 19). Seine Aussagen sind diesbezüglich inkonsistent, wie dies die Gutachterin zu Recht festhält. Es ist deshalb nachvollziehbar, dass sie in Bezug auf die psychischen Beschwerden lediglich eine Verdachtsdiagnose stellen konnte. Selbst wenn nicht nur eine Verdachts-, sondern die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu stellen wäre, würde der Beschwerdeführer durch die diesbezüglichen Beschwerden in einer angepassten Tätigkeit nicht eingeschränkt

sein (vgl. E. 5 hienach), weshalb darauf nicht weiter einzugehen ist.

Dr. Z. ___ wies zwar auf eine Verdeutlichungstendenz hin, führte dazu aber aus, dass es im Rahmen einer Begutachtung normal sei, dass sich Exploranden auf ihre Defizite konzentrieren und ihre Ressourcen vernachlässigen (S. 30). Von einer tendenziösen Haltung der Gutachterin kann nicht die Rede sein. Die Einwände des Beschwerdeführers vermögen damit nichts daran zu ändern, dass das Gutachten den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage entspricht.

Von weiteren diesbezüglichen Abklärungen - insbesondere vom beantragten Obergutachten - sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) verzichtet wird. Auch vom Einholen eines Berichts bei der B. ___ ist abzusehen, nachdem der Beschwerdeführer dort erst seit dem 24. Juni 2016 in Behandlung ist (Urk. 3), mit dieser somit erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung begonnen hat. 4.2.2

Den Berichten von med. pract. C. ___ vom 12. Februar 2016 (Urk. 9/61) und Dr. D. ___ vom 22. Februar 2016 (Urk. 9/62) sind keine neuen Tatsachen zu entnehmen. Ob den behandelnden Ärztinnen das Gutachten von Dr. Z. ___ bekannt war, ist zudem nicht ersichtlich, jedenfalls setzten sie sich mit diesem und der darin aufgeführten Diagnose sowie der abweichenden Einschätzung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht auseinander. Die Berichtsteller vermögen damit keinen Zweifel an der Beweiskraft des Gutachtens zu begründen. 5. 5.1

Zur (Verdachts-)Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) ist festzuhalten, dass bei dieser - im Unterschied zu einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40), bei welcher ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz im Vordergrund steht - ein über sechs Monate bestehender Schmerz in mehreren anatomischen Regionen beschrieben wird. Der Diagnose (ICD-10 F45.41; zum Umstand, dass sie in der ICD-10 Klassifikation der WHO nicht vorkommt, vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 3.2) fehlt damit ein Bezug zum Schweregrad (vgl. Peter Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, SZS 2014 S. 535 Ziff. 4.3.1). Die Diagnose macht damit - auch wenn nachvollziehbar dargelegt - die Notwendigkeit einer rechtlichen Überprüfung der psychiatrischen Einschränkungen beziehungsweise einer Plausibilitätsprüfung anhand der rechtserheblichen Indikatoren (E. 5.2.1 und 5.2.2 hiernach) deutlich (vgl. dazu BGE 142 V 106 E. 4.2 und E. 4.4). 5.2.5.2.1

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. An dieser Rechtsprechung hielt das Bundesgericht nicht mehr fest. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wurde durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) - ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen

Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraaster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vor gehen weisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zu mindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nach gewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz

- Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen ver gleich baren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzu schätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1). 5.2.2

Hervorzuheben ist dabei, dass die juristische Anspruchsprüfung in jedem Fall Aufgabe des Rechtsanwenders und insoweit die medizinische Schätzung der Leistungsfähigkeit rechtlich nicht verbindlich ist (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.2). Eine Indikatorenprüfung fällt somit auch dann nicht automatisch und unbesehen der konkreten Umstände ausser Betracht, wenn nach ärztlicher Beurteilung ein Leiden die Arbeitsfähigkeit nicht in relevanter Weise beeinträchtigt (so ausdrücklich Urteil des Bundesgerichts 9C_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.1). 5.3

5.3.1

Was den Komplex „Gesundheitsschädigung“ respektive den Indikator der „Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde“ angeht, ist festzuhalten, dass sich aus dem diagnostizierten Schmerzsyndrom dessen Schwere nicht plausibilisieren lässt (vgl. E. 5.1 hievore).

Bezüglich des Indikators „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz“ fehlt es sodann an einer adäquaten Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten, ist der Beschwerdeführer doch seit Februar 2015 lediglich einmal pro Monat und zuvor ab 5. November 2014 alle zwei bis drei Wochen

in psychiatrischer Behandlung. Eine solche Behandlungskadenz deutet auf einen zwar vorhandenen, aber nicht allzu grossen Leidensdruck hin. Von einer konsequenten (vgl. dazu

etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_814/2016 vom 3. April 2017

E. 5.3.2 mit Hinweisen), langjährigen Therapie, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweisen würde, kann jedenfalls nicht gesprochen werden. Die durch geführte supportive Therapie hat zudem gemäss Dr. Z. ___ nicht die Heilung von den psychischen Problemen zum Ziel, sondern nur die Stabilisierung und die Krisenprävention. Auch die Medikation könnte optimiert werden

(Urk. 9/54 S. 25 und S. 31). 5.3.2

Als „Komorbiditäten“ sind lediglich krankheitswertige Störungen zu berücksichtigen, welchen eine eigenständige Bedeutung zukommt. Solche sind keine vorhanden, insbesondere leidet der Beschwerdeführer nicht an koronaren Beschwerden (E. 3.4 hievore). 5.3.3

Beim Komplex „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ ergibt sich Folgendes: Der Beschwerdeführer ist verheiratet und Vater von zwei erwachsenen Töchtern, wovon eine noch zu Hause wohnt. Er hat acht Geschwister im Herkunftsland, mit welchen er in Kontakt steht.

Er steht zwischen 7 und 9 Uhr auf, geht nach dem Frühstück spazieren und kehrt anschliessend für das Mittagessen nach Hause zurück. Am Nachmittag hat er Therapie- und Arzttermine. Er geht auch schwimmen, verlässt die Wohnung wann immer möglich, läuft viel und spielt Gitarre. Abends isst er mit seiner Ehefrau und Tochter und schaut mit ihnen TV. Diese erkundigen sich auch tagsüber telefonisch mehrmals täglich nach ihm. Zwar hat er soziale Kontakte verloren, ist jedoch nach wie vor gesellig. Durch seine Einbettung in die Familie erhält er zudem eine Tagesstruktur. Trotz eines gewissen sozialen Rückzugs enthält der soziale Lebenskontext bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren. 5.3.4

In der Kategorie „Konsistenz“ (bezüglich Abgrenzung und gegenseitigen Bezügen zu den Komplexen „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ eingehend Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter vom 11. Juli 2016, S. 28 ff.) zielt

der Indikator „gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist, wobei das Aktivitätsniveau der versicherten Person stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Der Beschwerdeführer sieht sich nicht mehr in der Lage, einer Arbeit nachzugehen. Sein Tagesaktivitätsniveau ist zwar in einem gewissen Umfang eingeschränkt, jedoch (längst) nicht entsprechend der von ihm geltend gemachten 100%igen Arbeitsunfähigkeit. Auch war er etwa in der Lage, zwei Monate vor der Begutachtung für drei Wochen nach Portugal zu fahren, was ebenfalls gegen eine ausgeprägte Einschränkung im Alltag spricht. 5.3.5

Im Rahmen des Indikators „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck“ (zur Abgrenzung vom Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ vgl. Michael E. Meier, a.a.O., S. 25 Rz 60) weist die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen

wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex „Gesundheitsschädigung“) auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. In konsistentem Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

Der Beschwerdeführer steht wie dargelegt seit Februar 2015 einmal pro Monat und zuvor ab 5. November 2014 alle zwei bis drei Wochen

in psychiatrischer Behandlung. Von einem ausgewiesenen Leidensdruck kann in Anbetracht der verhältnismässig geringen Behandlungsintensität nicht gesprochen werden. Dr. Z.____ wies denn auch darauf hin, dass die vom Beschwerdeführer

geschilderte Angst offenbar nicht so ausgeprägt sei, dass eine Optimierung der Medikation notwendig erschienen wäre (Urk. 9/54 S. 25). Auch kontrolliere er seine massiv erhöhten Blutfette nicht ausreichend, was im Widerspruch zur Angst vor einem neuen Infarkt stehe (S. 22). Der Beschwerdeführer scheint zwei Arbeitsversuche gemacht zu haben (S. 29 und S. 32), doch sind diese nicht dokumentiert, weshalb aus deren Scheitern keine Schlüsse gezogen werden können. 5.3.6

Bei gesamthafter Betrachtung über die massgeblichen Indikatoren ist eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. 6.

Zu den vom Beschwerdeführer geltend gemachten somatischen Beschwerden ist festzuhalten, dass eine diesbezügliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit vor Abschluss des Verwaltungsverfahrens am 30. Mai 2016 (vgl. dazu BGE 132 V 215 E. 3.1.1) nicht ausgewiesen ist. Eine seit Verfügungserlass allfällig eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist praxisgemäss im Rahmen einer Neuanmeldung bei der Beschwerdegegnerin geltend zu machen. 7.7.1

Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich wird vom Beschwerdeführer lediglich dahingehend bestritten, als dass diese zu Unrecht keinen Leidensabzug berücksichtigt habe. Es sei ein e Kürzung von mindestens 20 %

vorzunehmen. 7.2

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

Einzel Fall Anhalts punkte 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 ver werten 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 Vergleichsein kommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des so ge nannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs 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 gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothe tischen Invalidenlohnes, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4).

Mit Bezug auf den behinderungs- beziehungsweise leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versi cherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterschei den ist die Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohn einbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen. Lediglich wenn - auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (zu diesem Begriff BGE 110 V 273 E. 4b) - unter Berücksichtigung solcher Ein schränkungen, die personen- oder arbeitsplatzbezogen sein können, kein genü gend breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten mehr besteht, rechtfertigt sich allenfalls ein (zusätzlicher) Abzug vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E.

E. 8

.2

Der Beschwerdeführer ersuchte jedoch um unentgeltliche Rechtspflege. Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraus setzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Pro zess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeistän dung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Bedürf tig ist eine Per son, wenn sie ohne Beeinträchtigung des für sie und ihre Fa milie nötigen Lebensunterhaltes nicht in der Lage ist, die Prozesskosten zu bestreiten (BGE 128 I 225 E. 2.5.1). Massgebend sind die wirtschaftlichen Verhältnisse im Zeitpunkt, in dem das

Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (§ 28 lit. a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]

i.V.m . Art. 119 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO]) eingereicht wird (BGE 120 Ia 179 E. 3a), oder – bei seither eingetretenen Veränderungen – auch in demjenigen der Entscheidungsfindung (BGE 108 V 265 E. 4). Bei der Beurteilung der Bedürftigkeit ist das Einkommen beider Ehegatten zu berücksichtigen (BGE 115 Ia 193

E. 3a, 108 Ia

E. 9

‘ 864 .-- pro Jahr . Dabei nicht eingerechnet ist die Kostenbeteiligung der zwei erwachsenen Töchter, sofern diese nach wie vor im gleichen Haushalt leben (vgl. hierzu Urk. 9/54/16). Der Beschwerdeführer ist damit in der Lage , die anfallenden Gerichts- und Anwaltskosten - allenfalls in Ratenzahlungen - innert eines Jahres selbst zu begleichen. Die finanzielle Bedürftigkeit ist folglich nicht ausgewiesen. Es erübrigt sich deshalb , das Vorliegen der übrigen Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege zu prüfen. Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung unter Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung ist abzuweisen. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Rechtsvertretung wird abgewiesen, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1‘000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostspflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Roger Müller - 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 Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubLanzicher

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