

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00015 vom 24. Oktober 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00015

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00015 du 24 octobre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00015 del 24 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1958, war zuletzt vom April 2001 bis April 2006 bei der Z.____ AG als Taxifahrer angestellt, als er infolge der Teilnahme an einem gewerkschaftlich organisierten Streik die Kündigung erhielt. Danach verlor er wegen einer Blutzuckererkrankung mit Insulinabgabe den Fahrausweis für das Führen von Personen transporten. Anschliessend erzielte er keine Einkünfte mehr und meldete sich beim Sozialamt an. Ab September 2013 war er zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 8/34/6).

Unter Hinweis auf Diabetes, Bluthochdruck, Depressionen, eine Sehschwäche, Herzprobleme, eine Diskushernie, Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit und Antriebslosigkeit (Urk. 8/2/5) meldete er sich am 8. Dezember 2014 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/2/6).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, traf daraufhin erwerbliche und medizinische Abklärungen. Sie zog einen IK-Auszug (Urk. 8/1) bei, holte diverse Arztberichte ein (Urk. 8/6/1-2; Urk. 8/18; Urk. 8/19) und liess den Versicherten polydisziplinär internistisch, kardiologisch, neurologisch, psychiatrisch, rheumatologisch und ophthalmologisch durch das A.____ begutachten (Gutachten vom 17. November 2015; Urk. 8/34).

Gestützt auf ihre Abklärungen, insbesondere das Gutachten des

A.____ vom 17. November 2015 (Urk. 8/34), stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 23. Februar 2016 (Urk. 8/38) die Verneinung des Anspruchs auf Invalidenversicherungsleistungen in Aussicht. Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch MLaw B.____ von den Sozialen Diensten der Stadt Zürich, am 11. April 2016 Einwand erheben (Urk. 8/42). In der Einwanderklärung vom 10. Juni 2016 (Urk. 8/48) liess der Versicherte eine halbe Rente ab 1. Mai 2015 beantragen (Urk. 8/48/2). Zudem liess er einen Arztbericht von seinem behandelnden Psychiater, Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 19. Mai 2016 (Urk. 8/47) einreichen. Daraufhin holte die IV-Stelle vom psychiatrischen A.____-Gutachter, Dr. med.

D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Stellungnahme ein, die am 22. August 2016 erging (Urk. 8/52). Am 12. Oktober 2016 liess der Versicherte dazu Stellung nehmen (Urk. 8/56). Mit Verfügung vom 22. November 2016 (Urk. 2 = Urk. 8/58) verneinte die IV-Stelle den Anspruch auf Invalidenversicherungsleistungen wie im Vorbescheid vom 23. Februar 2016 (Urk. 8/38) angekündigt.

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

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. Rechtsprechungsgemäss 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 (BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7 je mit Hinweisen).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 (E. 7) hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen.

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ob dies zutrifft, beurteilt sich aufgrund der konkreten Fallumstände und der jeweiligen Beweisproblematik (BGE 143 V 418 E. 7.1 und 143 V 409 E. 4.5.3).

E. 1.3

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

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

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

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Hiergegen liess X. am 9. Januar 2017 Beschwerde (Urk. 1) führen mit den Rechtsbegehren, die Verfügung vom 22. November 2016 sei aufzuheben und es sei ihm eine Dreiviertelsrente ab dem 1. Mai 2015 zuzusprechen. Ebenfalls seien ihm Eingliederungsmassnahmen zu gewähren. Es sei ihm ausserdem die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 13. Februar 2017 (Urk. 7) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Am 16. Februar 2017 wurde die unentgeltliche Prozessführung gewährt (Urk. 9). Mit Replik vom 7. Juni 2017 (Urk. 13) liess der Versicherte an den Anträgen in der Beschwerde festhalten. Am 22. Juni 2017 verzichtete die IV-Stelle auf eine Duplik (Urk. 16), was dem Versicherten am 26. Juni 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 17).

Am 22. Januar 2018 holte das Gericht von den Parteien Stellungnahmen zur bundesgerichtlichen Rechtsprechungsänderung hinsichtlich der invalidenversicherungrechtlichen Relevanz von depressiven Störungen ein (Urk. 18). Der Versicherte liess eine solche am 29. Januar 2018 einreichen (Urk. 20). Die IV-Stelle kam der Aufforderung zur Stellungnahme am 14. Februar 2018 nach

(Urk. 21). Die beiden Eingaben wurden den Parteien am 20. Februar 2018 zuge stellt (Urk. 22).

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

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung gestützt auf ihre medizinischen Abklärungen im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass dem Beschwerdeführer die ursprüngliche Tätigkeit als Taxifahrer zwar seit Mai 2006 nicht mehr zumutbar sei, jedoch eine leidensangepasste Tätigkeit bis November 2014 vollumfänglich zumutbar gewesen wäre. Die gesundheitliche Verschlechterung, die ab Dezember 2014 aus psychischen Gründen erfolgt sei, habe nur bis März 2015 gedauert. Ab dann sei die gesundheitliche Situation wieder gebessert gewesen, weshalb es aus psychischer Sicht an der Intensität und Schwere eines Gesundheitsschadens fehle, um als invaliditätsrelevant anerkannt zu werden. Daher könne die dafür ärztlich attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit von der Invalidenversicherung nicht berücksichtigt werden. Vielmehr werde eine Einschränkung von 20 % anerkannt, die somatisch bedingt sei. Im Weiteren berechnete die Beschwerdegegnerin einen Invaliditätsgrad von 21 % basierend auf einem ins Jahr 2015 hochgerechneten Valideneinkommen und einem Invalideneinkommen für Hilfsarbeiter, das auf ein 80%-Pensum reduziert und dem unterdurchschnittlichen Valideneinkommen entsprechend gekürzt wurde (Urk. 2 S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer lässt insbesondere die Diagnosen und die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gemäss dem psychiatrischen Teilgutachten vom 17. November 2015 bestreiten (Urk. 1 S. 5). Anders als vom psychiatrischen Gutachter festgestellt, liege nicht ein Status nach einer Anpassungsstörung nach einer längeren depressiven Reaktion (ICD-10 F43.21) vor, sondern es bestünden gestützt auf die Ausführungen des behandelnden Psychiaters Dr. C.____ eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) bei komplexer psychosozialer Belastungssituation und ein Verdacht auf eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS; ICD-10 F90.0). Obwohl sich der psychische Zustand gemäss Dr. C.____ zwar gebessert habe, sei die berufliche Leistungsfähigkeit aufgrund einer Funktionsstörung des Gedächtnisses und der Erinnerungsfähigkeit noch immer deutlich eingeschränkt. Daher sei ihm in einer angepassten Tätigkeit lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 40 bis 50 % zumutbar, wobei die Tätigkeit aus therapeutischer Sicht und zur Förderung des Selbstwertgefühls sowie der Tagesstrukturierung im geschützten Rahmen ausgeübt werden müsse (Urk. 1 S. 6). Im Weiteren sei er mit der Invaliditätsbemessung nicht einverstanden. Beim Valideneinkommen sei auf den Tabellenlohn gemäss LSE 2012, TA1 Ziff. 49-52, Landverkehr, Kompetenzniveau 2 und damit auf monatlich Fr. 5'820.-- abzustellen (Urk. 1 S. 13). Beim Invalideneinkommen sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 65 % auszugehen und ein Tabellenlohnabzug von 15 % zu gewähren. Daraus resultiere ein Invaliditätsgrad von 64.4 %, was einen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente gebe (Urk. 1 S. 11-12). 3.

3.1

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers lässt sich anhand der Aktenlage zusammenfassend wie folgt darstellen:

Am 20. März 2015 berichtete die Hausärztin Dr. med. E.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin (Urk. 8/18), der Beschwerdeführer sei zunächst selbständig im Gastronomiebereich tätig gewesen und gescheitert, was zu einer depressiven Störung geführt habe. Danach habe er sich um nichts mehr gekümmert und unter ausgeprägter Antriebslosigkeit und Schlaflosigkeit gelitten. Er habe auch seinen Diabetes nicht behandelt und unter Schlafapnoe gelitten. Mit Hilfe von Freunden habe er sie erstmals 2013 aufgesucht. In der Folge sei aufgrund pektanginöser Beschwerden eine koronare Herzkrankheit (KHK) entdeckt und behandelt worden. Aktuell seien nebst den erwähnten psychischen Befunden Interesselosigkeit und Verzweiflung feststellbar. Subjektiv berichte er von Müdigkeit, fehlender Lebensfreude und Konzentrationsstörungen. Zudem leide er an Lumbalschmerzen (Urk. 8/18/2). Dr. E.____ stellte die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Störung (ICD-10 F32.1), eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms seit 2012, das mittels CPAP-Therapie behandelt werde, eines Diabetes mellitus Typ II, die seit 1998 insulinpflichtig und nicht optimal eingestellt sei, einer KHK, der im März 2013 mit 2 Stents behandelt worden sei, sowie eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms (Urk. 8/18/1). Der Beschwerdeführer sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit September 2013 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/18/2). 3.2

Im Bericht vom 27. März 2015 (Urk. 8/19) nannte der behandelnde Psychiater Dr. C.____, bei dem sich der Beschwerdeführer seit dem 9. Dezember 2014 in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung befindet, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) bei komplexer psychosozialer Belastungssituation (Urk. 8/19/1). Der Beschwerdeführer habe von 1994 bis 1999 in einem eigenen Restaurant in Zürich und danach von 2000 bis 2006 als Taxi chauffeur gearbeitet. Aufgrund der zunehmenden Rückenschmerzen habe er ab 2006 nicht mehr als Taxifahrer arbeiten können und sei zwei Jahre arbeitslos gewesen. Danach habe er wegen seines schlecht eingestellten Diabetes im Jahre 2009 die Taxilizenz verloren. Das habe er als sozialen Abstieg erlebt und sich von da an sozial zurück gezogen. Jahrelang habe er seine administrativen und finanziellen Angelegenheiten schwer vernachlässigt (Urk. 8/19/2). Der Befund habe eine mittelgradige Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung und einen im formalen Denken kohärent, jedoch grübelnden und deutlich auf seinen gesundheitlichen Zustand und die zunehmenden psychosozialen Belastungssituationen eingeeengten Exploranden gezeigt. Im Affekt sei er niedergeschlagen, deprimiert und hilflos. Die vitalen Gefühle seien herabgesetzt. Das Selbstwertgefühl und der Antrieb seien vermindert. Der Beschwerdeführer berichte über geringe Frustrations toleranz und Gereiztheit (Urk. 8/19/2). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei er für eine leichte Beschäftigung mit Wechselbelastung zu 30-40 % (3-4 Stunden pro Tag) leistungsfähig (Urk. 8/19/4). 3.3

Im neuropsychologischen Abklärungsbericht vom 31. August 2015 (Urk. 8/34/31-32) erwähnte Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnose eine mögliche Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ICD-10 F98.8) und differentialdiagnostisch depressive beziehungsweise dissoziative kognitive Defizite (Urk. 8/34/31). Die neuropsychologische Untersuchung vom 7. August 2015 (Urk. 8/34/36-41), die Elektroenzephalografie (EEG) vom 1. Juli 2015 (Urk. 8/34/34-35) und die Magnetresonanztomographie (MRI) des Schädels vom 3. August 2015 (Urk. 8/34/33) hätten keine Hinweise auf eine organische psychische Störung im engeren Sinne gegeben. Auch das Labor habe keinen Anhaltspunkt für eine systemische

Erkrankung (ausser dem bekannten Diabetes mellitus) ergeben. 3.4

3.4.1

Am 17. November 2015 erstattete das A.____ das polydisziplinäre Gutachten (Urk. 8/34) in den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Kardiologie, Rheumatologie, Ophthalmologie und Psychiatrie.

Dabei wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben (Urk. 8/34/26-27): 1. Metabolisches Syndrom - Adipositas (Body-Mass-Index [BMI] 35 kg/m²; ICD-10 E66.0) - Diabetes mellitus Typ II, insulinpflichtig, Erstdiagnose 1998 (ICD-10 E10.7) mit peripherer Polyneuropathie (ICD-10 G82.8), beginnender, leichter Niereninsuffizienz mit Mikroalbuminurie und diabetischer Retinopathie (ICD-10 H35.3). - Arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt (ICD-10 I10) - Dyslipidämie, medikamentös behandelt (ICD-10 E78.2) - Schlafapnoesyndrom (ICD-10 G29.3) mit CPAP-Behandlung seit 2011 2. Koronare Zweigefässerkrankung (ICD-10 I25.12) - Status nach PCI/Stent RCA (2xBVS), PCI/Stent RCX (1xBS) am 20. März 2014 - Normale Linksventrikuläre (LV)-Funktion (aktuelle Echokardiographie) - Kardiovaskuläre Risikofaktoren wie das metabolische Syndrom, ein Status nach Nikotinabusus bis 2004 und eine positive Familienanamnese 3. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts (ICD-10 M54.4) - Myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen - Beckentiefstand rechts von 2 cm mit rechtskonvexer lumbaler Seitenausbiegung - Sakroiliakalgelenk (ISG)-Funktionsstörung rechts - Radiologisch bis auf Fehlstatik altersentsprechender Befund 4. Leicht reduzierte Sehfähigkeit beidseits - Anlagebedingte Fehlsichtigkeit (Hyperopie, Astigmatismus; ICD-10 H52.0, H52.2) - Alterssichtigkeit (ICD-10 H52.5) - Chronische Benetzungsstörung (ICD-10 H19.3) - Cataracta incipiens (ICD-10 H25.0) - Feuchte Makuladegeneration (Verdacht auf sekundäre CNV nach RCS) (linkes Auge) (ICD-10 H35.3).

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Status nach Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) und belastungsabhängige Gonalgien links (ICD-10 M25.56) mit klinisch und radiologisch unauffälligem Befund aufgelistet (Urk. 8/34/27). 3.4.2

Im internistischen Teilgutachten vom 29. September 2015 (Urk. 8/34/5-8) führte Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und fallführender Gutachter, aus, in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit stehe der insulinpflichtige Diabetes mellitus im Vordergrund. Wegen möglicher Hypo- oder Hyperglykämien seien selbst- oder fremdgefährdende Tätigkeiten ungeeignet, so auch das gewerbsmässige Führen eines Fahrzeuges. Wenn die Möglichkeit bestehe, den Blutzucker am Arbeitsplatz zu messen, bestehe für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit einer leichten Leistungseinbusse von 10 %. Diese Einschränkung liege seit längerer Zeit vor, sei aufgrund der Aktenlage aber erst ab Anfang 2015 dokumentiert (Urk. 8/34/7-8). Das Schlafapnoe-Syndrom bleibe unter adäquater CPAP-Therapie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und auch der Diabetes mellitus bewirke keine höhergradige Beeinträchtigung (Urk. 8/34/8). 3.4.3

Im neurologischen Teilgutachten vom 30. September 2015 (Urk. 8/34/19-22) nannte Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine diabetische Polyneuropathie (ICD-10 G62.8) und als solche ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit unter anderem einen Verdacht auf ein residuelles

radikuläres Syndrom S1 rechts (ICD-10 G54.4). Unter dem Titel „neurologische Beurteilung“ schrieb er, der neurologische Status ergebe regelrechte Hirnnervenfunktionen. Die Polyneuropathie sei zweifellos Folge des Diabetes mellitus (Urk. 8/34/21) und bewirke Einschränkungen für alle Tätigkeiten mit Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen. Aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit auf 80 % eingeschränkt (Urk. 8/34/22).

Als weitere Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellte der begutachtende Neurologe einen Verdacht auf kognitive Beeinträchtigungen (ICD-10 F06.7) mit der Differentialdiagnose einer somatischen Störung (ICD-10 F45.1) fest. Der Beschwerdeführer sei bei der Beschwerdeschilderung sehr ungenau geblieben, er habe über Konzentrationsstörungen und Depressionen geklagt. Die Auffälligkeiten seien aber schlecht fassbar, denn die Merkfähigkeit und die Aufmerksamkeit seien zweifellos erhalten. Es könnten lediglich leichte Beeinträchtigungen vorwiegend des kritischen Denkens festgehalten werden, wobei die differentialdiagnostische Einordnung schon von Dr. F.____ (vgl. Urk. 8/34/31-32) auf ein fraglich depressives Begleitsyndrom gelaute habe. Die kognitiven Auffälligkeiten würden Einschränkungen für Arbeiten mit ständiger Anforderung an das Konzentrationsvermögen bewirken (Urk. 8/34/21-22). 3.4.4

Im kardiologischen Teilgutachten vom 7. Oktober 2015 (Urk. 8/34/22-24) erhob Dr. med. I.____, Facharzt für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, die vorerwähnte Diagnose einer koronaren Zweigefässerkrankung (ICD-10 I25.12). Aus kardiologischer Sicht seien ab sofort sowohl körperlich nicht belastende wie auch leicht und mittelschwer belastende Tätigkeiten möglich, nicht hingegen schwer belastende Tätigkeiten (Urk. 8/34/23-24). 3.4.5

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 30. September 2015 (Urk. 8/34/15-19) erhob Dr. med. J.____, Fachärztin für Rheumatologie, für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Allgemeine Innere Medizin, als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit das vorerwähnte chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom rechts (ICD-10 M54.5; Urk. 8/34/18). Dem Beschwerdeführer könne aufgrund einer Wirbelsäulenfehlstatik, einer myostatischen Insuffizienz und einer ISG-Funktionsstörung keine schwere Tätigkeit mehr zugemutet werden. Für leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten wie die des Taxifahrens bestehe aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Es gebe überdies keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in den vergangenen Jahren längerfristig relevant eingeschränkt gewesen sei (Urk. 8/34/18). 3.4.6

Im ophthalmologischen Teilgutachten vom 28. Oktober 2015 (Urk. 8/34/24-26) hielt Dr. med. K.____, Fachärztin für Ophthalmologie, wie erwähnt eine leicht reduzierte Sehfähigkeit beidseits fest, die jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehe. Insbesondere aufgrund der schlechten Sehschärfe links verfüge der Beschwerdeführer über kein Stereosehen, potentiell gefährliche Arbeitsplätze (z.B. an schnell drehenden Maschinen oder auf Gerüsten) nicht geeignet seien (Urk. 8/34/26). 3.4.7

Im psychiatrischen Fachgutachten vom 30. September 2015 (Urk. 8/34/8-15) hielt Dr. D.____ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Vielmehr nannte er als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit den vorerwähnten Status nach Anpassungsstörung nach längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21; Urk. 8/34/14).

Unter dem Titel „psychiatrische Anamnese“ führte Dr. D.____ an, der Beschwerdeführer habe berichtet, das Medikament Sertralin habe zu einer wesentlichen Besserung geführt. Er

habe sich danach aktiver gefühlt, sich besser um seine Angelegenheiten kümmern können und eine bessere Stimmung gehabt (Urk. 8/34/8). Seit Januar 2015 befinde er sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung, wobei er den Psychiater alle zwei Wochen sehe. Die Gespräche würden ihm guttun. Auch die Konzentrationsstörungen hätten sich unter Sertralin gebessert (Urk. 8/34/8-9). Im Rahmen der sozialen Anamnese habe der Beschwerdeführer weiter erklärt, dass er am Wochenende gelegentlich zusammen mit Freunden Fussballspiele besuche. Samstagabends besuche er zudem meistens einen Club in Altstätten, wo sich türkischstämmige Männer treffen. Dort spiele er ab 22.00 Uhr bis meistens 02.00 oder 03.00 Uhr am Morgen Rummy. Er könne nicht immer gehen, da er nicht immer ein Auto zur Verfügung habe (Urk. 8/34/10).

Im Weiteren stellte der begutachtende Psychiater im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung keine psychopathologischen Symptome fest (Urk. 8/34/11). Der Beschwerdeführer sei daher im Alltag auch nicht durch solche beeinträchtigt. Er sehe sich regelmässig Nachrichtensendungen an, helfe im Haushalt, habe eine gute Beziehung mit seinen Familienangehörigen, unternehme regelmässig Spaziergänge, reise in seine Heimat, und treffe sich am Wochenende mit Verwandten und Freunden (Urk. 8/34/12 und Urk. 8/34/13). Aufgrund dieser Aktivitäten verfüge er über genügend persönliche Ressourcen, um auch ganztags arbeiten zu können (Urk. 8/34/12). Der Beschwerdeführer habe im Übrigen über Konzentrationsstörungen berichtet. Diese hätten jedoch in der Untersuchung nicht objektiviert werden können (Urk. 8/34/11 und vgl. Urk. 8/34/13). So sei er in der Lage, Auto zu fahren, und spiele regelmässig Karten. Er sei auch vor Kurzem intensiv neuropsychologisch und neurologisch abgeklärt worden. Dabei seien keine Hinweise auf hirnorganische Veränderungen festgestellt worden (Urk. 8/34/13).

Ende 2014 habe der Beschwerdeführer aufgrund massiver psychosozialer Belastungen vorübergehend unter depressiven Verstimmungen gelitten. Er habe sich zurückgezogen und sei kaum mehr Aktivitäten nachgegangen. In der Zwischenzeit habe sich dieses depressive Zustandsbild aber vollständig zurückgebildet und das Aktivitätsniveau sei wieder gleich wie vor der Gesundheitsschädigung (Urk. 8/34/14).

In seiner Stellungnahme zu den früheren ärztlichen Einschätzungen des behandelnden Psychiaters Dr. C.____ und des untersuchenden Psychiaters Dr. F.____ erklärte der begutachtende Psychiater Dr. D.____, gegen sätzlich zu den Feststellungen von Dr. C.____ und im Einklang mit jenen von Dr. F.____ seien keine depressive Störung und keine Konzentrationsstörungen eruierbar. Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.11) könne somit nicht bestätigt werden. Vielmehr hätten die psychosozialen Belastungen beim Beschwerdeführer vorübergehend zu depressiven Verstimmungen geführt. Daher sei ein Status nach einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.10) zu diagnostizieren, die sich zurückgebildet habe, so dass Anfang Juli 2015 keine depressiven Symptome mehr hätten festgestellt werden können (Urk. 8/34/14).

In der bisherigen Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Von Dezember 2014 bis März 2015 habe aus psychiatrischer Sicht aufgrund der depressiven Anpassungsstörung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden. Nach den Angaben des Beschwerdeführers habe sich das depressive Zustandsbild nach Einnahme von Sertralin Ende 2014 rasch deutlich gebessert. Aufgrund der Anpassungsstörung, die durch die psychosozialen Belastungen verursacht worden sei, könne keine länger andauernde Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Auch in einer

angepassten Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Urk. 8/34/15). 3.4.8

Zusammenfassend erklärten die A.____-Gutachter im Rahmen einer Gesamtbeurteilung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit, dass der Beschwerdeführer die ange stammte Tätigkeit als Taxifahrer wegen qualitativer Einschränkungen nicht mehr ausüben könne. Für leichte bis mittelschwere adaptierte Tätigkeiten beste he hingegen eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Dieses Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit vermehrten Pausen (Urk. 8/34/28). Die Einschätzung gelte ab April 2015, da vorangehend vom Dezember 2014 bis März 2015 aus psychiatrischen Gründen eine 50%ige Einschränkung bestanden habe. Vor Dezember 2014 lasse sich für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten retrospektiv eine maximal 10%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (aus internistischen Gründen [vgl. Urk. 8/34/8]) anneh men. Die bisherige Tätigkeit als Taxichauffeur sei bereits seit 2006 unzumutbar (Urk. 8/34/29). 3.5

Im Arztbericht vom 19. Mai 2016 (Urk. 8/47) bestätigte Dr. C.____

demgegen über die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) bei komplexer psychosozialer Belastungssituation, so wie er dies bereits im Bericht vom 27. März 2015 (Urk. 8/19) festgehalten hatte. Neu nannte er die Verdachtsdiagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS; ICD-10 F90.0; Urk. 8/47/1). Als psychopathologischen Befund listete er im Wesentlichen dieselben Befunde wie am 27. März 2015 (Urk. 8/19) auf, ergänzt durch die Feststellung, es seien hypochondrische und zukunftsbezogene Befürchtungen vorhanden. Überdies sei das formale Denken nicht mehr kohärent, sondern leicht gehemmt (Urk. 8/47/2). Weiter sei es unter der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung im Verlauf zu einer allmählichen Besserung der depressiven Symptomatik (Teilremission) gekom men. Klinisch bestünden aber weiterhin deutliche Hinweise auf mittelgradige bis schwere Defizite bei den exekutiven und mnestischen Funktionen wie dem Set zen von Zielen, der strategischen Handlungsplanung zur Erreichung dieser Ziele, dem Einkalku lieren von Hindernissen auf dem Weg dahin, der Entschei dung für Prioritäten, der bewussten Aufmerksamkeitssteuerung, dem Koordinie ren und Sequenzieren von Handlungen, der motorischen Umsetzung, der Beobachtung von Hand lungs ergebnissen und der Selbstkorrektur. Aufgrund die ser funktionalen Fähigkeitsstörungen sei es kaum vorstellbar, dass der Beschwerdeführer im ersten Arbeitsmarkt 100 % Leistung erbringen könne. Die Leistungsfähigkeit bleibe daher trotz Teilremission der Depression aufgrund der exekutiven und mnestischen Funktionsstörung deutlich eingeschränkt. Es sei lediglich eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 40 bis 50 % in einem geschützten Rahmen sinnvoll und zumutbar (Urk. 8/47/2). 3.6

Unter Bezugnahme auf die von Dr. C.____ (Urk. 8/ 47) erhobe nen Diagnosen erklärte der um Stellungnahme gebetene Psychiater des A.____, Dr. D.____, am 22. August 2016 (Urk. 8/52), im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung hätten keinerlei Konzentrationsstörungen festgestellt werden können. Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass er sich regelmässig mit türkischstämmigen Männern in einem Club treffe und dort Rummy spiele. Er habe auch berichtet, dass er sich gerne Fussballspiele ansehe n gehe (Urk. 8/52/1; vgl. Urk. 8/34/10) . Diese Tätigkeiten seien mit einer Konzentra tionsstörung nicht vereinbar. Weiter habe er sehr gut Angaben zu seiner Anam nese machen können und keinerlei Erinnerungslücken aufgewiesen. Es seien also im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung keinerlei Hinweise vorhan den gewesen, dass er unter Gedächtnis- oder

Erinnerungsstörungen leide. Ferner seien bei der Untersuchung durch Dr. F.____ keine Hinweise auf organische psychische Störungen gefunden worden und dieser habe auch keine Anhaltspunkte für eine depressive Störung feststellen können. Dr. F.____ habe einen ausgeglichenen, freundlichen Beschwerdeführer beschrieben. Ausserdem habe der Beschwerdeführer während Jahren mit guter Leistung in der freien Wirtschaft bestanden und im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung nicht davon berichtet, dass er bei seiner Arbeit unter Aufmerksamkeitsstörungen gelitten habe. Die Diagnose der ADHS könne also nicht bestätigt werden. Auch seien keine Hinweise für Hyperaktivität oder Konzentrationsstörungen vorhanden gewesen. Da der Beschwerdeführer mithin weder unter ADHS leide noch depressiv sei, seien die durch Dr. F.____ festgestellten Einschränkungen möglicherweise durch eine mangelnde Leistungsbereitschaft erklärbar. Den Akten sei nicht zu entnehmen, ob Dr. F.____ eine Validierungsprüfung vorgenommen habe. Zusammenfassend sei an der gutachterlichen Arbeits- und Leistungsfähigkeitseinschätzung von 80 % für leichte bis mittelschwere adaptierte Tätigkeiten festzuhalten (Urk. 8/52/ 1- 2). 4.

4. 1

4.1.1

Umstritten ist zunächst, auf welche psychiatrischen Diagnosen abzustellen ist und welche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit dadurch entstehen. Dabei ist zu prüfen, ob zur Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. D.____ vom 30. November 2015 und auf dessen Stellungnahme vom 22. August 2016 abgestellt werden kann. 4.1.2

Das psychiatrische Teilgutachten vom 30. September 2015 basierte auf einer psychiatrischen Untersuchung und auf den zur Verfügung gestellten Akten (Urk. 8/34/3-5). Dr. D.____ führte eine sorgfältige Anamnese- und Befunderhebung durch (Urk. 8/34/10-11) und beachtete auch die subjektiv vorgebrachten Leiden (Urk. 8/34/8-9). Es ist nicht ersichtlich und wird auch nicht behauptet, dass diese gutachterlichen Feststellungen unvollständig wären.

In Anbetracht der erhobenen Untersuchungsbefunde, der Angaben in der sozialen Anamnese und des vom Beschwerdeführer beschriebenen Tagesverlaufs (Urk. 8/34/10-11) erscheint es schlüssig und nachvollziehbar, dass Dr. D.____ eine depressive Störung verneinte, zumal der Beschwerdeführer auch einen ausgeglichenen Eindruck hinterlassen habe und der Antrieb nicht vermindert gewesen sei (Urk. 8/34/15). Er erklärte nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer Ende 2014 und Anfang 2015 aufgrund massiver psychosozialer Belastungen vorübergehend unter depressiven Verstimmungszuständen gelitten habe. Dieses depressive Zustandsbild sei in der Zwischenzeit vollständig gebessert, da die soziale Situation durch den Sozialhilfebezug der Familie saniert sei und er durch eine antidepressive Psychotherapie stabilisiert haben werden könne. Das Aktivitätsniveau sei wieder gleich wie vor Eintritt der Gesundheitsschädigung (vgl. Urk. 8/34/14). Der Beschwerdeführer stellt die von Dr. D.____ beschriebenen Aktivitäten nicht in Abrede. Dr. C.____ äusserte sich in seinem Bericht vom 19. Mai 2016 (Urk. 8/47) nicht dazu, gestand aber ein, dass sich die depressive Symptomatik unter entsprechender Behandlung seit Anfang 2015 gebessert habe. Dass er dennoch eine mittelgradige depressive Episode diagnostizierte und eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 40-50 % attestierte, vermag die Ausführungen von Dr. D.____ im psychiatrischen

Teilgutachten nicht zu entkräften. Primär ist auf die Rechtsprechung zu verweisen, wonach bei der Würdigung von ärztlichen Aussagen zu beachten ist, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_900/2017 vom 30. Mai 2018 E. 4.2.2 mit zahlreichen Hinweisen). Sodann begründete Dr. D.____ in der Stellungnahme vom 22. August 2016 (Urk. 8/52) nochmals, dass aufgrund der vom Beschwerdeführer geschilderten Aktivitäten nicht mehr von einer depressiven Störung ausgegangen werden könne, und auch die geklagten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen nicht verifiziert werden konnten. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die Einschränkungen, die Dr. C.____ im Bericht vom 19. Mai 2016 (Urk. 8/47) beschrieb, beispielsweise bei der strategischen Handlungsplanung zum Erreichen eines Ziels, beim Einkalkulieren von Hindernissen auf dem Weg dorthin, beim Koordinieren von Handlungen oder bei der Selbstkorrektur, keine depressiven Symptome gemäss der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) darstellen (vgl. dazu ICD-10: F 32).

Bei dieser Aktenlage ist auf die Aussage von Dr. D.____ abzustellen, und das Vorliegen einer sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden psychischen Gesundheitsstörung ist zu verneinen. 4.1.3

In der Stellungnahme

vom 22. August 2016 (Urk. 8/52) hielt Dr. D.____ ferner ebenfalls nachvollziehbar fest, dass der Beschwerdeführer während Jahren mit guter Leistung in der freien Wirtschaft bestanden und im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung nicht davon berichtet habe, dass er bei seiner Arbeit unter Aufmerksamkeitsstörungen gelitten habe, weshalb die Diagnose der ADHS nicht bestätigt werden könne. Auch seien keine Hinweise für eine Hyperaktivität oder Konzentrationsstörungen vorhanden (Urk.

8/52/1-2; vgl. Urk. 8/34/11 und Urk. 8/34/13). Die Berichte von Dr. F.____ (Urk. 8/34/31-41) geben nicht zu einem anderen Ergebnis Anlass. Dr. F.____ hatte die Inkonsistenzen bei den Tests primär als depressiogene/psychogene kognitive Defizite qualifiziert (Urk. 8/34/38), und erst bei der Ausfertigung des Berichts vom 31. August 2015 kam er zum Schluss, die Befunde würden auch zu einer Aufmerksamkeitsstörung passen. Dementsprechend empfahl er die weitere Abklärung, ob sich die Symptome der Aufmerksamkeitsstörung bis in die Kindheit zurückverfolgen liessen (Urk. 8/34/32). Dr. D.____ konnte den von Dr. F.____ geäusserten Verdacht mit überzeugender Begründung widerlegen, unter anderem mit dem Argument, der Beschwerdeführer habe während Jahren in der freien Wirtschaft problemlos bestanden. Der begutachtende Neurologe Dr. H.____ bestätigte die von Dr. F.____ beschriebenen Auffälligkeiten, beurteilte sie aber als schwer fassbar, da Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit erhalten seien, und schloss auf nur leichte Beeinträchtigungen im kritischen Denken, die jedoch auch depressionsbedingt sein könnten. Die kognitiven Einschränkungen wirkten sich dahingehend auf die Arbeitsfähigkeit aus, dass der Beschwerdeführer keine Tätigkeiten mit ständiger Anforderung an das Konzentrationsvermögen verrichten könne; zusammenfassend und attestierte er dem Beschwerdeführer aus neurologischer Sicht eine Einschränkung von 20 % (Urk. 8/34/21-22).

Nach dem Gesagten erscheinen die Ausführungen des begutachtenden Psychiaters Dr. D.____ schlüssig. Die Darlegungen erfüllen zudem die bundesgerichtlichen Anforderungen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Daher kann darauf abgestellt werden. Es ist somit ab etwa April

2015 von keiner sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden psychischen Beeinträchtigung auszugehen. 4.2

Das rheumatologische , das kardiologische ,
das ophthalmologische und das neurologische

Teil- Gutachten sind unbestritten geblieben. Sie sind nachvoll ziehbar und es ist nicht ersichtlich, weshalb nicht darauf abgestellt werden soll te; sie werden den Anforderungen des Bundesgerichts an beweiswerte Arztbe richte gerecht (BGE 134 V 231 E. 5.1).

Nach dem neurologische n Teilgutachten ist infolge der diabetischen Polyneuro pathie und wegen der kognitiven Auffälligkeiten von einer 80%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit für leichte bis mittelschwere adaptierte Tätigkeiten aus zugehen (vgl. Urk. 8/34/21-22 ; Urk. 8/34/28). Die erwähnten Einschränkungen für Arbeiten mit ständiger Anforderung an das Konzentrationsvermögen (Urk. 8/34/28-29) sind in der 20%igen Reduktion berücksichtigt. Die behaupt eten Konzentrationsstörungen bewirken keine weiterreichenden funktionellen Einschränkungen , zumal er gestützt auf die Akten

(vgl. Urk. 8/34/10) regelmäs sig mit dem Auto zu den Kollegen zum Rummy-Spiel fahren kann , was eine gewisse Funktionalität des Konzentrationsvermögens voraussetzt .

Aus der polydisziplinären Einschätzung der Gutachter geht ferner hervor, dass die internistisch attestierte Leistungseinbusse von 10 % infolge des langjährigen insulinpflichtigen Diabetes mellitus in der soeben erwähnten 20%igen Ein schränkung der Arbeits fähigkeit inbegriffen ist . Dies macht die zusammenfas sende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bei 80 % in der polydisziplinären Beur teilung deutlich (vgl. Urk. 8/34/28).

Insgesamt ergibt sich eine zu anerkennende Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % für leichte bis mittelschwere adaptierte Tätigkeiten ohne ständige Anforderung an das Konzentrationsvermögen , wobei das Pensum vollschichtig und mit erhöhtem Pausenbedarf umgesetzt werden könnte (vgl. Urk. 8/34/21-22 ; Urk. 8/34/28) . Aus ophthalmologischen Gründen sind potentiell gefährliche Arbeitsplätze (z.B. an schnell drehenden Maschinen oder Gerüsten) nicht geeig net (Urk. 8/34/26). Ausserdem sind aufgrund der koronaren Zweigefässerkrank ung (vgl. Urk. 8/34/23-24) und der einer Wirbelsäulenfehlstatik, der myosta tischen Insuffizienz und der ISG-Funktionsstörung keine schwerbelastenden Tätigkeiten mehr möglich (vgl. Urk. 8/34/18). 5.

5.1

Umstritten ist ferner, ob der Einkommensvergleich (Urk. 1 S. 10-12) korrekt durchgeführt worden ist.

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeits marktlage erzielen könnte (sog. Invalidenein kommen), in Bezie hung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erz ielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die b eiden hypothetischen Erwerbsein kommen ziffern mässig 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 Validen einkommens 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; 135 V 58 E. 3.1). Die IV-Stelle hat den Durchschnitt des vom Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschadens in den Jahren 2003 bis 2005 erzielten Einkommens (Urk. 8/1) auf das Jahr 2015 hochgerechnet und so ein Einkommen von Fr. 56'401.50 ermittelt (Urk. 8/36). Da dieses Einkommen massgeblich unter dem durchschnittlichen Einkommen im Bereich «Landverkehr, Schifffahrt, Luftfahrt, Lagerei» gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012 (Tabelle TA 1 S. 34/35, Kompetenzniveau 1) von Fr. 71'679.43 lag, hat sie eine sogenannte Parallelisierung vorgenommen und das Invalideneinkommen für den Einkommensvergleich um 16,31 % gekürzt. Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, es sei für die Ermittlung des Validen einkommens nicht auf das tatsächlich erzielte, auf das Jahr 2015 hochgerechnete Einkommen abzustellen, sondern auf den Tabellenlohn gemäss LSE 2012, und es sei zudem nicht vom Kompetenzniveau 1, sondern vom Kompetenzniveau 2 und damit von einem Valideneinkommen von Fr. 75'671.-- auszugehen (Urk. 1 S. 11). Wie es sich damit verhält, kann, wie nachfolgend zu zeigen sein wird, offen bleiben. 5.3

Hinsichtlich des Invalideneinkommens, das die IV-Stelle gestützt auf die LSE 2012 (TA 1 S. 35, Monatlicher Bruttolohn für Männer, Kompetenzniveau 1, Total) auf Fr. 66'461.75 für ein 100%-Pensum beziehungsweise auf Fr. 53'169.40 für das zumutbare 80%-Pensum festgesetzt hat (Urk. 8/36), lässt der Beschwerdeführer einzig rügen, weil ihm nur noch ein Teilzeitpensum möglich sei, sei ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen (Urk. 1 S. 11).

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung rechtfertigt ein Beschäftigungsgrad von 80 % bei Männern auf der untersten Stufe der beruflichen Stellung (ohne Kaderfunktion) keinen Tabellenlohnabzug. Denn auf dieser Ebene werden Männer bei einem Teilzeitpensum von 75-89 % proportional bezogen auf ein 100 %-Pensum sogar deutlich besser entlohnt als bei einem Vollzeitpensum (Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.2 mit Hinweisen). Dem Beschwerdeführer ist nach der Einschätzung im A.____-Gutachten ein Vollzeitpensum zumutbar mit einer 80%igen Leistung wegen des vermehrten Pausenbedarfs (Urk. 8/34/28). Somit liegt kein eigentliches Teilzeitpensum vor. Aber selbst wenn er in einem 80%-Pensum beschäftigt würde, müsste er, wie das Bundesgericht im zitierten Urteil 8C_805/2016 vom 22. März 2017 in Erwägung 3.2 ausgeführt hat, nicht mit einer Lohneinbusse rechnen, weshalb aus diesem Grund kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist. Weitere Gründe für einen leidensbedingten Abzug liegen nicht vor und werden auch nicht geltend gemacht, so dass von einem zumutbaren Invalideneinkommen von Fr. 53'169.40 für ein 80%-Pensum auszugehen ist. 5.4

Die IV-Stelle hat das Invalideneinkommen im Rahmen der Parallelisierung um 16,31 % gekürzt, auf Fr. 44'495.20 festgesetzt und verglichen mit dem Validen einkommen von Fr. 56'401.50 einen Invaliditätsgrad von 21,1 % errechnet (Urk. 8/36/3).

Wird, entsprechend den Vorbringen des Beschwerdeführers, für das Valideneinkommen auf den Tabellenlohn gemäss LSE 2012, Kompetenzniveau 2, und damit auf ein Einkommen von Fr. 75'671.—abgestellt, ergibt sich im Vergleich zum Invalideneinkommen von Fr. 53'169.40 einen Invaliditätsgrad von 29,7 %, was ebenfalls keinen Rentenanspruch zu begründen vermag. 6.

Was den Eventualantrag auf Eingliederungsmassnahmen betrifft, ist dem zu entgegnen, dass in der angefochtenen Verfügung bloss der Rentenanspruch beurteilt wurde und im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren grund sätzlich nur Rechtsverhältnisse zu behandeln sind, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich Stellung genommen hat. Da Eingliederungsmassnahmen nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung waren, ist auf den Eventualantrag in der Beschwerde mangels Anfechtungsgegenstand nicht einzutreten (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a). 7.

Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung vom 22. November 2016 als korrekt. Auf den Eventualantrag ist nicht einzutreten. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Die Kosten sind auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge der gewährten unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Der Beschwerdeführer ist auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer aufgelegt, zufolge der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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
Der Gerichtsschreiber
Grünig
Stuedler

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