

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01037 vom 1. Mai 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01037](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01037)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01037 du 1 mai 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01037 del 1 maggio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1973, meldete sich am 19. Januar 2009 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte unter anderem ein interdisziplinäres Gutachten ein, das am 16. Februar 2010 erstattet wurde (Urk. 9/23).

Am 22. Juli 2010 sprach sie dem Versicherten eine - taggeldbegleitete (vgl. Urk. 9/37) - berufliche Massnahme (Handelsschule von August 2010 bis Juli 2012 mit Abschluss Handelsdiplom) zu (Urk. 9/30). Diese wurde am 6. Januar 2011 abgebrochen, weil sich der Versicherte gesundheitsbedingt nicht in der Lage sah, sie zu absolvieren (Urk. 9/51).

Am 4. Januar 2011 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für orthopädische Spezialschuhe (Urk. 9/53), am 5. Januar 2011 für Schuhzurichtungen (Urk. 9/54) und am 6. Januar 2011 für Fussorthesen (Urk. 9/55).

Mit Vorbescheid vom 7. November 2011 stellte sie in Aussicht, einen Rentenanspruch zu verneinen (Urk. 9/62). Dagegen erhob der Versicherte am 6. Dezember 2011

(Urk. 9/70) und 6. Januar 2012 (Urk. 9/74) Einwände. Daraufhin holte die IV-Stelle ein Medas-Gutachten ein, das am 25. Juni 2012 erstattet wurde (Urk. 9/94).

Am 7. Februar 2013 erteilte die IV-Stelle für eine Umschulung (Handelsschule von Februar 2013 bis Januar 2015 mit Abschluss Handelsdiplom) erneut Kostengutsprache (Urk. 9/106 = Urk. 9/107). Am 17. Oktober 2013 wurde die Umschulung abgebrochen, weil der Versicherte im ersten Semester einen Notendurchschnitt von 3.9 erzielt hatte (Urk. 9/119), und es wurde eine berufliche Abklärung veranlasst (vgl. Urk. 9/120), die laut Abschlussbericht vom 8. Januar 2014 vom

### **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). 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**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 ausgeglicherer Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

## **E. 1.3**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen 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 an gepassten 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; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C\_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

## **E. 1.4**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens auf grund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

## **E. 1.5**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/bb-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil 9C\_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweis; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1).

### **E. 1.6**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 21. September 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 21. August 2017 (Urk. 2) mit den Anträgen (Urk. 1 S. 2 oben), diese aufzuheben und ihm näher umschriebene Rentenansprüche zuzusprechen (Ziff. 1), eventuell die Sache zur erneuten Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 2).

Am 3. Oktober 2017 beantragte er zudem die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung in reduziertem Umfang (Urk. 6).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 30. Oktober 2017 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 5. Januar 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10).

Am 18. Februar 2019 reichte der Beschwerdeführer einen Arztbericht vom 15. Februar 2019 (Urk. 15) ein (Urk. 14), was der Beschwerdegegnerin am 20. Februar 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 16).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dem Beschwerdeführer sei eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit einer Arbeitsleistung von

80 % zumutbar, und ermittelte einen Invaliditätsgrad von 13 % (S. 2 oben), der seit dem Gutachten vom Juni 2012 gelte (S. 2 unten). Gemäss dem Gutachten vom August 2016 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 3 unten). Seit Ablauf der Wartezeit (November 2009) sei der Beschwerdeführer mindestens 50 % arbeitsfähig und damit eingliederungsfähig gewesen, somit könne vor den beruflichen Massnahmen keine Rente zugesprochen werden (S. 2 unten).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), aus näher dargelegten Gründen habe er ab November 2009 Anspruch auf eine Rente (S. 7 ff. Ziff. 3), dies bei einem Invaliditätsgrad von 66.45 %

ab 1. November 2009 (S. 9 Ziff. 3.3) und von 43.3 % ab August 2014 (S. 9 Ziff. 4). Die im Gutachten von 2016 attestierte volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit vermöge aus näher dargelegten Gründen nicht zu überzeugen (S. 10 ff. Ziff. 5).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit, der Invaliditätsbeurteilung und einem allfälligen Rentenanspruch verhält.

### **E. 3.1**

Im orthopädisch-psychiatrischen Gutachten, das am 16. Februar 2010 erstattet wurde (Urk. 9/23/1-24), wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Ischiadicusparese links nach Liegetrauma genannt (S. 21 Ziff. 8.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Verdacht auf Ansatzentzündung der Glutealmuskulatur links nach Rhabdomyolyse, eine Adipositas, Senk-/Spreizfüsse, ein Nikotinabusus, anamnestisch eine Hepatitis C, ein Vitamin D Mangel und ein Tinnitus links, sowie psychische Störungen durch multiplen Substanzgebrauch (Polytoxikomanie) mit Kokain, Heroin, Alkohol, Cannabis, gegenwärtig nahezu abstinent bestehend seit etwa 1993 (ICD-10 F19.20) und ein Zustand nach Anpassungsstörungen nach längerer depressiver Reaktion bestehend von November 2008 bis Oktober 2009 (ICD-10 F43.21) genannt (S. 21 Ziff. 8.2).

Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Koch betrage bei

voller Stundenpräsenz spätestens seit Ende Dezember 2008 60 % (Arbeitsunfähigkeit 40 %), da aufgrund der Ischiadicusparese links

vorwiegend stehende und gehende Tätigkeiten nicht mehr vollumfänglich zumutbar seien (S. 21 Ziff. 9.1).

Körperlich leichte Tätigkeiten, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, ohne dass dabei häufig gegangen werden müsse, und die nicht mit häufigem Laufen auf Treppen und Leitern verbunden seien, sowie Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung und ohne Stressbelastung sowie über durchschnittliche Dauerbelastung zwischen November 2008 und Oktober 2009, könnten gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit November 2008 zu 90 % (Arbeitsunfähigkeit 10 %) zugemutet werden (S. 21 Ziff. 9.2).

### **E. 3.2**

Gemäss Bericht vom 13. Juli 2011 (Urk. 9/59) wurde der Beschwerdeführer seit 30. März 2011 in der Y.\_\_\_\_, ambulant behandelt (Ziff. 1.2). Betreffend Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde auf den Bericht des Hausarztes verwiesen, als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden Störungen durch multiplen Substanzgebrauch (Heroin, Kokain), seit November 2008 abstinent (ICD-10 F19.20), Störungen durch Alkohol, seit April 2011 abstinent (ICD-10 F10.20) und Störungen durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch, seit Mitte Juni 2011 abstinent (ICD-10 F12.1/20) genannt (Ziff. 1.1). Als Koch bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 1.6). Geistige und psychische Einschränkungen bestünden nicht (Ziff. 1.7).

### **E. 3.3**

Am 25. Juni 2012 erstatteten die Ärzte des Z.\_\_\_\_ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/94).

Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ein chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom im Verlauf des N. ischiadicus links (S. 47 Ziff. 6.1).

Ferner nannten sie die folgenden, hier leicht verkürzt angeführten Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 47 Ziff. 6.2): - diskretes und intermittierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) und muskulärer Dysbalance - Status nach anurischem Nierenversagen nach Rhabdomyolyse mit aktuell normaler Nierenfunktion - psychische Störungen durch multiplen Substanzgebrauch, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F19.20) mit/bei - Status nach Heroin- und Kokainkonsum bis November 2008 - Status nach Alkoholabhängigkeit mit Kreuztoleranz zu Benzodiazepinen - Opiatabhängigkeit - Status nach Hepatitis C, Erstdiagnose 1999 - Status nach Hörsturz links im Juni 2009 mit persistierendem Tinnitus links - Adipositas Grad 1 - Status nach gastroösophagealem Reflux mit Refluxösophagitis 2007

Die zuletzt ausgeübte, fast ausschliesslich stehende und gehende Tätigkeit als Diätkoch sei dem Versicherten aufgrund seiner Ischiadicus-Parese nicht mehr zu mutbar. Für diese Arbeit sei er seit 1. November 2008 dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig (S. 56 Ziff. 7.6).

In einer behinderungsangepassten, vorwiegend sitzenden und wechselbelastenden Tätigkeit, unter Berücksichtigung seines chronischen neuropathischen Schmerzsyndroms und seiner Fussparese, bestehe aktuell eine medizinisch zu mutbare Restarbeitsfähigkeit von 80 % bei voller Präsenzzeit und vermehrten Pausen. Auch ergäben sich aus interdisziplinärer Sicht keine Hinweise für eine verminderte Lernfähigkeit im Rahmen einer Umschulung (S. 56 Ziff. 7.7).

Betreffend berufliche Massnahmen wurde ausgeführt, im Rahmen der im August 2010 zugesprochenen beruflichen Umschulung in

einer Handelsschule sei es zu einer massiven Zunahme der Schmerzen wegen des Sitzens auf Holzbänken (laut Versichertem) gekommen und die Umschulung sei auf Ende Dezember 2010 abgebrochen worden (S. 56 Ziff. 7.9). Der Versicherte berichte selber, dass er seither durch intensive Therapie die Schmerzen positiv beeinflussen können, so

dass mittlerweile eher ein starker Muskelkater als richtige Schmerzen im Bereich des linken Gesässes und des linken Oberschenkels vorhanden seien (S. 56 f.). Er fühle sich so durchaus in der Lage, eine Umschulung durchzuführen, was aus versicherungsmedizinischer Sicht unterstützt werde (S. 57 oben).

### **E. 3.4**

Im Schlussbericht vom 8. Januar 2014 über die vom 25. November bis 20. Dezember 2013 erfolgte BEFAS- Abklärung ( Urk. 9/132 /1-12 ) wurde aus medizinischer Sicht unter anderem ausgeführt, der jahrelange Missbrauch von Alkohol, Heroin, Kokain und Cannabis habe in Übereinstimmung mit der psychiatrischen Beurteilung im Gutachten von 2012 vordergründig kaum Wesensveränderungen bewirkt. Einzig die verminderte Frustrationstoleranz, zusammen mit dem mangelnden Distanzgefühl, könnten als polytoxikomane Residuen betrachtet werden. Die aktuellen Störungen mit Brennen über dem Vorfuß, Stechen in der Sohle mit Ausstrahlung in den linken Unterschenkel sowie das tendenzielle Kältegefühl und die Kälteempfindlichkeit im linken Bein, reduzierten die Belastbarkeit und Gehstrecke auf 30 Minuten. Die Gehfähigkeit auf unebenem Gelände insbesondere bergauf sei wegen der Peroneus -Lähmung und Schienenbehandlung eingeschränkt. Bei leidensadaptiertem Arbeitsplatz vorzugsweise in wechselbelastender mehrheitlich sitzender Bürotätigkeit könne bei vollem Arbeitspensum ein Rendement von 80 % erwartet werden, dies unter der Voraussetzung, dass die Drogenabstinenz weiter Bestand habe (S. 9 Ziff. 3.1).

Die - bei Dr.

A.\_\_\_\_ (nachstehend E. 5.1) - absolvierte Schmerztherapie sei so erfolgreich gewesen, dass der Klient heute in der Lage sei, eine Handelsschule im Vollzeitpensum zu absolvieren (S. 11 oben).

### **E. 3.5**

Im Bericht vom 7. Dezember 2015 ( Urk. 9/169) über eine ambulante Behandlung in der B.\_\_\_\_ seit 12. Mai 2015 ( Ziff. 1.2) wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rheumatoide Arthritis (Erstdiagnose Mai 2015) und ein Status nach posttraumatischer Nervus

ischiadicus -Läsion (November 2018) genannt ( Ziff. 1.1). Bezüglich der Beschwerden der rheumatoiden Arthritis sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden ( Ziff. 1.6).

### **E. 4.1**

Nach am 12./13./15. und 20. April 2016 erfolgten Untersuchungen erstatteten die Ärzte des Z.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.3) am 10. August 2016 ein Verlaufsgutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin ( Urk. 9/193). Sie stützten sich auf ihnen überlassene (S. 2 ff.) und vom Versicherten mitgebrachte (S. 10 ff.) Akten, die Angaben des Versicherten (S. 19 ff.) und von ihnen erhobene Befunde (S. 25 ff.).

### **E. 4.2**

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 50 Ziff. 6.1): - chronisches, neuropathisches Schmerzsyndrom im Verlaufe des Nervus

ischiadicus links mit/bei: - Status nach Liegetrauma mit Ischiadicus -Läsion links im Rahmen einer Drogen-Intoxikation am 1. November 2008 links - residualer Fussheber- und Fussheber-Parese links mit Steppergang

Sie nannten die folgenden, hier verkürzt angeführten Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 50 Ziff. 6.2): - Status nach Syndrom der inadäquaten Sekretion des Antidiuretischen Hormons (SIADH) am 24. April 2016 - Status nach gastroösophagealem Reflux mit Refluxösophagitis 2007 - Status nach anurischem Nierenversagen nach

Rhabdomyolyse mit aktuell normaler Nierenfunktion - Status nach Hepatitis C - Status nach Hörsturz links im Juni 2009 - degenerative Veränderungen der LWS mit Diskushernie L4/5 und L5/S1, aktuell asymptomatisch - Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.24) - Opiatabhängigkeit (ICD-10 F11.24 )

### **E. 4.3**

Die allgemein- internistische Untersuchung ergebe das Bild eines 42-jährigen, altersentsprechend aussehenden, übergewichtigen Versicherten in gutem Allgemeinzustand. Der internistische Status sei unauffällig und auch abdominal fänden sich keine pathologischen Befunde, welche die Gewichtsabnahme und das vom Versicherten berichtete rezidivierende Hämatin-Erbrechen erklärten (S. 55). In Zusammenschau aller Befunde könne zum gegenwärtigen Zeitpunkt aus rein allgemein-internistischer Sicht keine Diagnose gestellt werden, welche die Arbeitsfähigkeit länger andauernd einschränke (S. 56 oben).

Bei der rheumatologischen Untersuchung teile der Versicherte ein, dass seine Beschwerden weniger ausgeprägt seien als noch vor 4 Jahren. Die bekannte chronische Neuropathie im Bereich des Nervus

ischiadicus links habe sich subjektiv und objektiv gebessert. Ebenfalls seien die Schmerzen im Gesäss und im Oberschenkel total verschwunden und es brenne, steche und schmerze nur noch im Bereich des Unterschenkels und des Fusses. Auch objektiv könnten verbesserte Umfang festgestellt werden, sowohl im Bereich des Oberschenkels als auch des Unterschenkels. Von Seiten der rheumatoiden Arthritis seien im momentanen Zeitpunkt keinerlei pathologische Befunde zu erheben. Es könnten keine Synovitiden festgestellt werden. Ebenfalls fehlten Tenosynovitiden im Bereich der Hände und Füße, und das Gaenslen-Zeichen sei negativ, der Faustschluss kräftig, die Morgensteifigkeit nur von kurzer Dauer. Es seien keine erhöhten Entzündungsparameter im Blut zu finden. Im aktuellen Zeitpunkt könne die Diagnose einer seronegativen rheumatoiden Arthritis nicht gestellt werden. Die im Gutachten von 2012 erwähnten Kreuzschmerzen, welche mit degenerativen Veränderungen der LWS mit Diskushernie L4/L5 und L5/S1 erklärt worden seien, seien momentan anamnestisch und klinisch asymptomatisch. Dementsprechend sei der Versicherte aus rein rheumatologischer Sicht in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Koch, wo er nur stehend und gehend gearbeitet habe sowie schwerere Gewichte heben müssen, nicht mehr arbeitsfähig. In einer den Leiden angepassten Tätigkeit, vorwiegend sitzend, wenig stehend und gehend, ohne Heben schwererer Lasten repetitiv über 7 kg, sei jedoch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben (S. 56).

Bei der neurologischen Untersuchung sei residual ein neuropathisches Schmerz-syndrom mit Schmerzen, vor allem im Bereich des Unterschenkels und Fusses, zu konstatieren. Auch die Kälteempfindlichkeit erscheine hierdurch beeinträchtigt. Ferner habe sich auch eine Krallenzehe an der Grosszehe eingestellt und die Fusshebung sei ganz erheblich, aber auch die Fussenkung relevant beeinträchtigt (S. 57 oben). Die Leistungsfähigkeit des Versicherten sei durch die neurologischen Ausfälle motorischer und sensibler Art und durch das neuropathische Schmerz-syndrom eingeschränkt. Tätigkeiten, die hohe Ansprüche an die Motorik stellten oder eine gute Gehfähigkeit des Versicherten voraussetzten, könne der Versicherte nicht leisten. Auch Tätigkeiten, die das Klettern auf Gerüste, das Arbeiten in der Kälte beziehungsweise in Zwangshaltungen erforderten, könnten nicht durchgeführt werden. Tätigkeiten leichter bis mittelschwerer Art, überwiegend in sitzender Haltung,

könnten aus neurologischer Sicht vollschichtig durchgeführt werden (S. 57 unten).

Leichte kognitive Leistungseinbußen (isolierte Leistungseinbußen im Arbeitsgedächtnis und in Unterbereichen der Exekutiv-Funktionen) könnten als leichte neuropsychologische Störung umschrieben werden. Die Funktionalität sei im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen durch diese leichte neuropsychologische Störung mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht eingeschränkt. Bei Aufgaben und Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Kognition könne die Funktionalität möglicherweise eingeschränkt sein. Die unspezifischen Leistungseinbußen liessen sich möglicherweise multifaktoriell begründen bei dem Versicherten mit bekannten somatischen Diagnosen und einer anhaltenden Schmerzsymptomatik, bei der Einnahme zentralnervös wirksamer Medikamente, bei einer langjährigen

Polytoxikomanie und möglichen psychopathologischen Symptomen (S. 58 oben).

Im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Exploration könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, die Schmerzen seien somatisch erklärbar. Es lasse sich auch keine andere psychiatrische Erkrankung erkennen, insbesondere könnten eine Depression beziehungsweise Angststörungen ausgeschlossen werden (S. 58 Mitte). Der klinische Eindruck, dass keine depressive Symptomatik von Krankheitswert vorliege, decke sich auch mit dem durchgeführten Testverfahren: In der Hamilton Depressionsskala, einer Fremdbeurteilungs-Skala, habe der Versicherte 8 Punkte erreicht, dies entspreche keiner depressiven Symptomatik. Bezüglich der Suchtanamnese bleibe festzuhalten, dass der Versicherte angebe, seit etwa 1 ½ Jahren kaum noch Alkohol zu trinken. Seit er im Januar Blut erbrochen habe, trinke er überhaupt keinen Alkohol mehr. Er verneine auch den Konsum von Cannabinoiden, obwohl diese positiv auf seine Schmerzen wirken würden. Kokain und Heroin nehme er seit 2008 nicht mehr. Bezüglich der Äusserung über das Suchtverhalten wirke der Versicherte glaubhaft. Aufgrund des Untersuchungsgesprächs, der Aktenlage und der anamnestischen Schilderung des Versicherten gebe es auch keine Hinweise für das Vorliegen einer pathologischen Persönlichkeitsstruktur. Aus rein versicherungspsychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 59 oben).

#### **E. 4.4**

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Versicherte aus allgemein-internistischer Sicht zum gegenwärtigen Zeitpunkt in seiner Arbeitsfähigkeit nicht länger andauernd eingeschränkt. Aus rein rheumatologischer Sicht sei er in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Koch, wo er nur stehend und gehend gearbeitet habe sowie schwerere Gewichte heben müssen, aufgrund des chronischen neuropathischen Schmerzsyndroms im Verlauf des linken Nervus

ischadicus nicht mehr arbeitsfähig. In einer den Leiden angepassten Tätigkeit, vorwiegend sitzend, wenig stehend und gehend, ohne Heben schwererer Lasten repetitiv über 7 kg, sei jedoch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben. Aus rein neurologischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit des Versicherten durch die neurologischen Ausfälle motorischer und sensibler Art und durch das neuropathische Schmerzsyndrom eingeschränkt. Tätigkeiten, die hohe Ansprüche an die Motorik stellten oder eine gute Gehfähigkeit des Versicherten voraussetzten, könne er nicht leisten (S. 59 Ziff. 7.4). Auch Tätigkeiten, die das Klettern auf Gerüste, das Arbeiten in der Kälte oder das Arbeiten in Zwangshaltungen erforderten,

könnten nicht durchgeführt werden. Tätigkeiten leichter bis mittelschwerer Art, überwiegend in sitzender Haltung, könnten aus neurologischer Sicht vollschichtig durchgeführt werden (S. 59 f.). Aus neuropsychologischer Sicht sei die Funktionalität im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen, bei isolierten und von ihrer Ausprägung her leichten kognitiven Leistungseinbußen mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht eingeschränkt. Bei Aufgaben und Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Kognition könne die Funktionalität möglicherweise eingeschränkt sein. Aus rein versicherungspsychiatrischer Sicht sei keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszuweisen (S. 60 oben).

#### **E. 4.5**

Zu dem Verlauf der Arbeitsunfähigkeit und der Würdigung früherer Beurteilungen führten die Gutachter unter anderem aus, retrospektiv könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit Februar 2014 hinsichtlich der neuropathischen Schmerzen des linken Beines leicht gebessert habe (S. 60 Ziff. 7.5.). Von Seiten der rheumatoiden Arthritis seien zum momentanen Zeitpunkt keinerlei klinisch pathologische Befunde zu erheben, sodass die Arbeitsfähigkeitseinschätzung im Arztbericht vom 7. Dezember 2015 (vgl. vorstehend E. 3.5) für sie nachvollziehbar sei. Die Attestierung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2010 seitens des Hausarztes am 12. Februar 2016 (vgl. S. 12 Mitte) sei für sie nicht nachvollziehbar, da sie bereits ausführlich im Gutachten von 2012 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden optimal angepassten Tätigkeit festgestellt hätten. Auch im Rahmen der BEFAS-Abklärung (vgl. vorstehend E. 3.4) sei der Versicherte in einer angestammten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig beurteilt worden (S. 60 Ziff. 7.5).

Eine nach der psychiatrischen Exploration aufgetretene akute Belastungssituation sei nicht rentenrelevant. Der Klinikaufenthalt vom 26. April bis 2. Mai 2016 sei als Krisenintervention erfolgt und es sei lediglich die Verdachtsdiagnose einer paranoiden Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0) gestellt worden (S. 61).

#### **E. 4.6**

In der zuletzt ausgeübten, fast ausschliesslich stehenden und gehenden Tätigkeit als Diätkoch sei der Versicherte aus interdisziplinärer Sicht nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig (S. 61 Ziff. 7.6).

In einer dem körperlichen Leiden optimal angepassten Verweistätigkeit vorwiegend sitzend, wenig stehend, ohne repetitives Heben von Lasten über 7 kg, ohne Klettern auf Gerüsten, ohne Arbeiten in der Kälte, ohne Arbeiten in Zwangshaltungen sowie Tätigkeiten ohne hohe Anforderungen an die Kognition sei der Versicherte aktuell aus interdisziplinärer Sicht zu 100 % arbeitsfähig (S. 61 Ziff. 7.7).

Berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen wären prinzipiell aus versicherungsmedizinischer Sicht indiziert. Aufgrund des bisherigen Verlaufs und des (in validitätsfremden) konstellativen Faktors (langjährige Arbeitskarenz) seien aber die Erfolgsaussichten solcher Massnahmen sehr gering. In der BEFAS-Abklärung sei 2013 eine Umschulung in einer kleinen Handelsschule als einzige, stimmigste und eingliederungswirksamste Lösung eruiert worden. Diese Umschulung habe jedoch aufgrund eines schlechten Notendurchschnittes abgebrochen werden müssen. Aus neuropsychologischer Sicht sei die Funktionalität im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen, bei isolierten und von ihrer Ausprägung her leichten kognitiven

Leistungseinbussen mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht eingeschränkt. Bei Aufgaben und Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Kognition könne die Funktionalität möglicherweise eingeschränkt sein, deshalb kämen Tätigkeiten mit zu hohen kognitiven Voraussetzungen eher nicht in Frage (S. 62 Ziff. 7.9).

### **E. 5.1**

Dr. A.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, berichtete am 25. März 2016 (Urk. 9/195 = Urk. 3/8), am 1. Juni 2016 (Urk. 9/202 = Urk. 3/10) und am 13. Juli 2016 (Urk. 9/204 = Urk. 9/217 = Urk. 3/12) über seine Behandlung des Beschwerdeführers.

Am 14. April 2016 erfolgte eine Gastroskopie (Urk. 9/196 = Urk. 3/9).

### **E. 5.2**

Im Rahmen einer am 24. April 2016 erfolgten Notfallkonsultation (Urk. 9/198 = Urk. 3/15) wurde unter anderem eine akute Suizidalität erwähnt (S. 1 Mitte) und eine stationäre Unterbringung veranlasst (S. 1 unten).

Der Beschwerdeführer weilte sodann vom 24. bis 26. April 2016 im C.\_\_\_\_, wo laut Austrittsbericht vom 18. Mai 2016 (Urk. 9/199 = Urk. 3/16) unter anderem eine Hyponatriämie diagnostiziert (S. 1 Ziff. 1) und eine psychiatrische Hospitalisierung veranlasst (S. 3 oben) wurde.

### **E. 5.3**

Laut Austrittsbericht vom 14. Juli 2016 (Urk. 9/200 = Urk. 3/17) weilte der Beschwerdeführer vom 26. April bis 2. Mai 2016

stationär in der psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_, dies aufgrund einer Zuweisung per Fürsorgereische Unterbringung zur stationären Krisenintervention (S. 2 oben). Als Hauptdiagnose wurde eine paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0) genannt (S. 1 Mitte). Als Nebendiagnosen genannt wurden eine Störung durch Opiode, Abhängigkeitssyndrom, derzeit in ärztlicher überwachter Behandlung (ICD-10 F11.22), eine schwere Hyponatriämie, ein Status nach Hepatitis C, ein neuropathisches Schmerzsyndrom der linken unteren Extremität, ein intermittierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, ein gastroösophagealer Reflux und ein Status nach Hörsturz links Juni 2009 mit persistierendem Tinnitus (S. 1).

Über die Behandlung wurde wie folgt berichtet: Auf

Station wirkte der Patient im formalen Denken geordnet, in seinen Aktionen wirkte er jedoch sehr bizarr. Er war insbesondere zu Beginn der unverrückbaren Überzeugung, dass man seinen Computer gehackt habe, und war darüber sehr verzweifelt.

Auffällig war eine äusserst paranoide Grundhaltung. Sonstig liessen sich jedoch keine psychotischen Symptome eruieren, sodass wir diagnostisch am ehesten von einer paranoiden

Persönlichkeitsproblematik ausgingen, jedoch keine testpsychologische Bestätigung durchführten.

Am 2. Mai 2016 habe der Patient

bei fehlender akuter Selbst- und Fremdgefährdung auf seinen Wunsch hin entlassen werden können (S. 2 Mitte).

#### **E. 5.4**

Laut Bericht vom 15. Mai 2016 (Urk. 9/201) stellte sich der Beschwerdeführer am 12. Mai 2016 auf der E.\_\_\_\_ des F.\_\_\_\_ vor, wo eine Distorsion des linken Oberen Sprunggelenks diagnostiziert wurde (S. 1).

#### **E. 5.5**

Laut Bericht vom 17. Juni 2016 (Urk. 9/203 = Urk. 3/11) weilte der Beschwerdeführer vom 13. bis 15. Juni 2016 in der G.\_\_\_\_ des F.\_\_\_\_ (S. 1), dies zur stationären Abklärung eines Gewichtsverlustes und einer Hyponatriämie (S. 2 oben).

Laut Bericht vom 28. Juli 2016 (Urk. 9/205 = Urk. 3/13) erfolgte am Vortag eine Konsultation wegen eines Ulcus der distalen Grosszehe links (S. 1 Mitte).

#### **E. 5.6**

Laut Bericht vom 21. September 2016 (Urk. 9/206 = Urk. 3/14) weilte der Beschwerdeführer vom 6. bis 21. September 2016 im H.\_\_\_\_ (S. 1 Mitte), dies bei akuter Osteomyelitis und gleichzeitig vorliegender Mischinfektion der Grosszehe links (S. 2 Mitte).

#### **E. 5.7**

Am 3. Dezember 2016 nahm der federführende Gutachter des Z.\_\_\_\_ zu nach der Begutachtung vom April 2016 erstellten Arztberichten Stellung (Urk. 9/211). Er führte unter anderem aus, die im Austrittsbericht des D.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 5.3) gestellte Diagnose einer paranoiden Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.0) stehe auf wackligen Füüssen. Eine solche sei anlässlich der psychiatrischen Begutachtung des Versicherten nicht festgestellt worden. Alleine ein bizarres Verhalten und die Überzeugung, dass jemand seinen Computer gehackt habe, reichten nicht, um die Diagnosen einer paranoiden Persönlichkeitsstörung zu stellen. Nachdem anlässlich des stationären Aufenthaltes im D.\_\_\_\_ keine testpsychologischen Untersuchungen durchgeführt worden seien, welche die Verdachtsdiagnose hätten bestätigen können, müsse diese Diagnose in Frage gestellt werden (S. 1 Ziff. 1).

Durch eine in den Berichten von Dr. A.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 5.1) erwähnte allfällige Ganglion-Stimulation würde höchstens das Schmerzempfinden des Versicherten positiv beeinflusst, was mit einer Besserung seines Allgemeinbefindens einhergehen würde. An der Arbeitsfähigkeit würde dies aber nichts ändern (S. 2 Ziff. 2).

Eine gemäss Bericht des H.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 5.6) geplante chirurgische Grosszehen-Intervention bliebe ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der Versicherte sei so oder so in seiner Gehfähigkeit eingeschränkt. Eine chirurgische Intervention an der Grosszehe würde lediglich eine vorübergehende Verschlechterung seiner Gehfähigkeit bedingen (S. 2 Ziff.

3).

Dass sich gemäss Bericht des F.\_\_\_\_ vom Juni 2016 (vgl. vorstehend E. 5.5) kein somatisches Korrelat für einen Gewichtsverlust finde, ändere nichts an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Wie im Bericht selber erwähnt werde, werde als Ursache für die

Gewichtsabnahme die (invaliditätsfremde) psychosoziale Belastungssituation des Versicherten angegeben. Eine internistische Ursache, welche einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten haben könnte, habe nicht nachgewiesen werden können (S. 2 Ziff. 4).

#### **E. 5.8**

Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 15. Februar 2019 einen Bericht (Urk. 15). Sie führte aus, dass sich der Patient seit 3. Februar 2017 in Behandlung befinde und das Erstgespräch bei ihr am 6. Februar 2017 stattgefunden habe (S. 1 Ziff. 1). Eine regelmässige Behandlung

erfolge

durch den Psychotherapeuten, sie selber sehe den Patienten nur in sehr grossen Abständen (S. 2 Ziff. 4).

Sie nannte - nebst externen Diagnosen zu körperlichen Problemen - folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 2): - psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (Opiode, Alkohol, Cannabinoide), seit 2008 abstinent und unter Substitution (ICD-10 F19.23) - Abhängigkeit von Benzodiazepinen, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F13.24) - paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0)

Zur Arbeitsfähigkeit führte sie unter anderem aus, aufgrund der täglich hochdosierten Einnahme von Seresta, einem Abhängigkeits-erzeugenden Benzodiazepin, sowie auch, aber möglicherweise in geringerem Ausmass, durch die Einnahme von Subutex (einem Substitutionspräparat bei Opiat-Abhängigkeit), sei der Patient sediert und in der Reaktionsfähigkeit reduziert. Beide Medikamente reduzierten die kognitive Leistungsfähigkeit. Eine kognitiv hoch anspruchsvolle Tätigkeit sei unter einer solchen Medikation kaum bis nicht mehr möglich (S. 1 Ziff. 3). Ebenso dürfe der Patient keine Fahrzeuge oder gefährlichen Geräte bedienen. Eine Arbeitstätigkeit, bei welcher der Patient viel Verantwortung tragen müsste, wäre aus ärztlicher Sicht unter dieser Medikation nicht vertretbar, da der Patient durch die Wirkung beziehungsweise unter dem sedierenden Einfluss der Medikamente in der Entscheidungsfähigkeit wie auch in der Beurteilung von Situationen eingeschränkt sei und in solchen Momenten die Konsequenzen seines Handelns viel leicht nicht vollumfänglich abschätzen könnte (S. 1 f.). Wenn der Patient die Medikamente nicht regelmässig einnehme, komme es zu Entzugserscheinungen, die lebensgefährliche Folgen haben könnten, auch dies schränke die Arbeitsfähigkeit ein. Viele Arbeitsstellen kämen rein aufgrund dieser Konstellation nicht in Frage (S. 2 oben).

Sie gehe, trotz am geschützten Arbeitsplatz nach kurzer Zeit aufgetretener Probleme, davon aus, dass der Patient auf dem zweiten Arbeitsmarkt im geschützten Rahmen zumindest teilarbeitsfähig sei. Auf dem ersten Arbeitsmarkt erachte sie ihn aufgrund der Medikation wie auch aufgrund der Persönlichkeitsstruktur als nicht arbeitsfähig (S. 2).

#### **E. 6.1**

Vorab ist auf den Einwand des Beschwerdeführers einzugehen, das Gutachten von 2016 sei mangelhaft, weil aus psychiatrischer Sicht keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden sei (Urk. 1 S. 12 oben).

Tatsächlich wurde im Bericht über eine Krisenintervention in Form eines einwöchigen Klinikaufenthalts als Diagnose eine paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0) genannt (vorstehend E. 5.3). Allerdings hatte die Klinikeinweisung nicht zum Zweck, mehr Klarheit in diagnostischer Hinsicht zu erlangen, sondern die akute psychische Krise zu meistern. Dass dies gelang, zeigt die nach lediglich einer Woche bereits erfolgte Entlassung. Die in diesem Kontext gestellte Diagnose wurde weder testpsychologisch verifiziert (oder falsifiziert), noch mehr als rudimentär («sehr bizarr wirkende Aktionen», «unverrückbare Überzeugung, man habe seinen Computer geknackt») begründet. Sie wäre wohl korrekterweise als blosser Verdachtsdiagnose zu bezeichnen gewesen.

Der Begründungsmangel fällt umso mehr ins Gewicht, als sich in der über Jahre zurückreichenden Krankengeschichte keine einzige Beurteilung findet, in welcher diese oder eine verwandte Diagnose auch nur in Erwägung gezogen worden wäre, weder im 2010 erstatteten Gutachten (vorstehend E. 3.1), noch im Y.\_\_\_\_-Bericht von 2011 (vorstehend E. 3.2), noch im Gutachten von 2012 (vorstehend E. 3.3), noch im medizinischen Teil des BEFAS-Schlussberichts (vorstehend E. 3.4).

Gemäss ICD-10 Kapitel V (F) müssen im Bereich der Persönlichkeitsstörungen (F60) unter anderem folgende Kriterien erfüllt sein (10. Auflage, S. 276 f., Ziff. 2-4): - Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt. - Das auffällige Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend. - Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.

Vor diesem Hintergrund büsst die im Juni 2016 gestellte (Verdachts-) Diagnose entscheidend an Nachvollziehbarkeit ein, denn weder wurde im Rahmen der Diagnosestellung auf die genannten Kriterien Bezug genommen, noch sind Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass sie erfüllt sein könnten.

Es mangelt mithin nicht an einer - bei dieser Sachlage gar nicht erforderlichen - zusätzlichen vertieften Begründung für das Verneinen dieser Diagnose im Gutachten, sondern an einer solchen für das Stellen der Diagnose.

Mithin ist (auch) die psychiatrische Beurteilung im Gutachten von 2016 nicht zu beanstanden.

Dass die gleiche Diagnose im Bericht vom Februar 2019 (vorstehend E. 5.8) noch einmal genannt wurde, ändert daran nichts, denn in diesem Bericht wurde sie nicht nur bloss rudimentär, sondern überhaupt nicht begründet.

## **E. 6.2**

Andere Vorbehalte gegenüber den gutachterlichen Beurteilungen sind nicht ersichtlich, was mit der Feststellung übereinstimmt, dass sie alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.6) vollumfänglich erfüllen.

Es kann auf sie abgestellt werden; der Sachverhalt erweist sich als hinreichend abgeklärt.

## **E. 6.3**

Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als (Diät-) Koch wurde 2010 noch mit 60 % seit Ende Dezember 2008 beziffert (vorstehend E. 3.1). In allen späteren Beurteilungen, so schon 2011 (vorstehend E. 3.2), wurde sodann aber eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % angenommen (E. 3.3-4, E. 4.6).

#### **E. 6.4**

Die Arbeitsfähigkeit in näher umschriebenen körperlich leichten Tätigkeiten wurde 2010 mit 90 % ab November 2008 (vorstehend E. 3.2), im Gutachten von 2012 (vorstehend E. 3.3) und im BEFAS-Schlussbericht von 2013 (vorstehend E. 3.4) mit 80 % (volle Präsenzzeit, reduzierte Rendement) beziffert.

Im Gutachten von 2016 wurde ausgeführt, dass sich der Gesundheitszustand - namentlich aus rheumatologischer Sicht (vorstehend E. 4.3) - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab Februar leicht gebessert habe (vorstehend E. 4.4), und es wurde in der Folge für eine dem körperlichen Leiden optimal angepasste Verrichtungsleistung (vorwiegend sitzend, wenig stehend, ohne repetitives Heben von Lasten über 7 kg, ohne Klettern auf Gerüsten, ohne Arbeiten in der Kälte, ohne Arbeiten in Zwangshaltungen sowie ohne hohe Anforderungen an die Kognition) eine Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert (vorstehend E. 4.6).

Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ist somit von November 2009 bis zum Gutachten von Juni 2012 mit 90 %, ab dann bis zum Gutachten vom August 2016 mit 80 %, und ab dann mit 100 % zu veranschlagen.

#### **E. 6.5**

In diesem Sinn steht der Sachverhalt fest.

In der Beschwerde (Urk. 1) angeführte andere Zahlen zur Arbeitsfähigkeit - 50 % bis und mit Juni 2012 (S. 6 unten), 50 % bis Ende Juli 2014 (S. 9 Ziff. 3.2) - finden in den Akten keine Stütze, womit die auf ihnen fussende Argumentation hinfällig wird.

Soweit im 2019 erstatteten Bericht (vorstehend E. 5.8) andere Angaben zur Arbeitsunfähigkeit gemacht wurden, ist darauf hinzuweisen, dass diese hauptsächlich, wenn nicht ausschliesslich mit einer Benzodiazepinabhängigkeit begründet wurden, nach Verfügungserlass datieren und im Rahmen der bereits erfolgten erneuten Anmeldung (vgl. Urk. 12) zu prüfen sein werden.

#### **E. 7.1**

Die Beschwerdegegnerin hat zur Bestimmung des Valideneinkommens

(Urk. 9/160 S. 1) auf LSE-Daten abgestellt, nämlich den Lohn in Berufen im Bereich personenbezogener Dienstleistungen (T17 Ziff. 51), sie hat den in LSE 2012 angegebenen Wert auf das Jahr 2014 hochgerechnet, und hat das Valideneinkommen schliesslich mit Fr. 61'038.-- im Jahr 2014 beziffert

Dies ist auf Fr. 61'699.-- zu korrigieren, weil der Ausgangswert beim Tabellenlohn Fr. 4'854.-- beträgt und nicht wie im Einkommensvergleich angeführt Fr. 4'802.

(Fr. 61'038.-- : 4'802 x 4'854).

#### **E. 7.2**

Der Beschwerdeführer hielt dem entgegen, dass mit Ziff. 51 von T17 der LSE auf einen ausgesprochenen Niedriglohnbereich abgestellt werde (Urk. 1 S. 8 unten). Gehe man von dem von ihm 2008 zuletzt erzielten Lohn aus, so betrage das Valideneinkommen im Jahr 2009 Fr. 76'159.--, was ungefähr dem gesamtarbeitsvertraglichen Mindestlohn eines Koches entspreche, wenn Mitarbeiter geführt würden und/oder eine höhere Fachschule absolviert worden sei, nämlich (Fr. 5'740.-- x 13 = )

Fr. 74'620.-- ( Urk. 1 S. 8 Mitte).

Auch diese Rechnung ist korrekturbedürftig. Gemäss den von ihm eingereichten Unterlagen hat der Beschwerdeführer 1993 das Fähigkeitszeugnis als Koch und 1998 als Diätkoch erworben ( Urk. 3/2), zusätzliche berufliche Qualifikationen sind nicht ersichtlich. Im eingereichten Arbeitsvertrag ( Urk. 3/3) findet sich auch kein Führen von Mitarbeitern. Damit wäre auf den von ihm verwendete n Mindestlohn gemäss Ziff. I V a von jenem gemäss Ziff. IIIb ( Fr. 4'597.--) abzustellen , was Fr. 59'761.-- im Jahr ergäbe ( Fr. 4'597.-- x 13).

### **E. 7.3**

Zum Vergleich sind schliesslich die Tabellenlöhne gemäss TA1\_tirage\_skill\_level im Wirtschaftszweig Gastgewerbe/ Beherbergung und Gastronomie ( Ziff. 55-56) beizuziehen. Sie betragen 2012 für Männer auf Kompetenzniveau 3 (komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraus setzen) Fr. 5'350.--, was umgerechnet auf ein Jahr Fr. 66'052.-- ergibt ( Fr. 5'350.-- x 12 : 40.0 x 42.4) .

In Würdigung aller Aspekte (vgl. vorstehend E. 1.3) ist als überwiegend wahr scheinlich davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2012 weiterhin beziehungsweise wiederum als Koch in der Gastronomie tätig gewesen wäre, was ein Abstellen auf den betreffenden Tabellenlohn (Kompetenzniveau 3) als ge rechtfertigt erscheinen lässt.

Damit ist von einem Valideneinkommen von Fr. 66'052.-- im Jahr 2012 auszu gehen.

### **E. 7.4**

Zur Ermittlung des Invalideneinkommens ist mit den Parteien ( Urk. 9/160 S. 1; Urk. 1 S. 9 Ziff. 3.2) ebenfalls auf Tabellenlöhne abzustellen. Das Einkommen für Männer auf Kompetenzniveau 1 belief sich im Jahr 2012 auf Fr. 5'210.-- (LSE 2012 a.a.O.), was rund Fr. 65'177.-- im Jahr ergibt ( Fr. 5'210.-- x 40.0 x 41.7).

Bei der 2012 gegebenen Arbeitsfähigkeit von 80 % (vorstehend E. 6.5) und mit dem beschwerdeweise beantragten Abzug (vorstehend E. 1.5 ) von 15 % ( Urk. 1 S. 9 Ziff. 3.2) würde ein Invalideneinkommen von rund Fr. 44 ' 320 .-- resultieren ( Fr. 65'177.-- x 0.8 x 0.85), mithin beim Valideneinkommen von Fr. 66'052.-- eine Einbusse von Fr. 21 ' 732 .-- und damit ein Invaliditätsgrad von rund 33 % .

Ob ein Abzug in der genannten Höhe überhaupt gerechtfertigt wäre, kann bei diesem Ausgang offen gelassen werden.

### **E. 7.5**

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % kein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad resultiert, was folglich umso mehr bei einer solchen von 90 % und 100 % gilt.

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechters, und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

### **E. 8.1**

Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung im Umfang von 40 % ( Urk. 6) ist zu bewilligen (vgl. Urk. 7/ 1-3).

### **E. 8.2**

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen, ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung im Umfang von 40 % ( Fr. 360.--) einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ).

### **E. 8.3**

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin hat mit Honorarnote vom 25. April 2019 einen Aufwand von 11.6 Stunden und Barauslagen von Fr. 209.90 geltend gemacht ( Urk. 19). Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer), nicht Fr. 250.-- wie fakturiert, ist sie mit rund Fr. 3'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) und damit mit Fr. 1'200.-- (40 % ) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden zu 60 %

dem Beschwerdeführer auferlegt und zu 40 % einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.

Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

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

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Petra Oehmke, Affoltern am Albis, wird mit Fr. 1'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Petra Oehmke - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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 Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Mosimann  
Tiefenbacher

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