

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00085 vom 11. Juni 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-06-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00085

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00085 du 11 juin 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00085 del 11 giugno 2019

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) . Sie kann Folge von Geburts ge brechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es

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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Wurde eine Rente w egen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

E. 1.3

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 psy chischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbsein kom men zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 1 8. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose vor aus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unab hängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weit geh end objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten

Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen 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 ein ander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, wa rum 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 ge stellten 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 psy chischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Dar legung 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

Dagegen liess X.____ am 2 2. Januar 2018 Beschwerde (Urk. 1) erheben und beantragen, es sei ihm eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen; eventualiter sei vorab ein gerichtliches Obergutachten einzuholen; subeventua liter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unent geltlichen Prozessführung und Rechtsverbeiständung in der Person von Rechts an walt Dr. Martin Kessler . Mit Beschwerdeantwort vom 28. Februar 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Be schwerdeführer am 2 0. April 2018 mitgeteilt wurde (Urk. 16). Mit Schreiben vom 9. (Urk. 10) und 1 9. April 2018 (Urk. 14) ergänzte der Beschwerdeführer sein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverbeiständung .

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung (Urk. 2) damit, zur Abklärung des Gesundheitszustandes sei ein Gutachten eingeholt worden. Die postulierten Beschwerden würden den Beschwerdeführer nicht dauerhaft in seiner Arbeitsfähigkeit einschränken. Die therapeutischen Massnahmen seien noch nicht ausgeschöpft und bei Durchführung derselben sei mit einer vollen Arbeitsfähig keit zu rechnen. Im Rahmen der Einwanderhebung seien keine neuen medizini schen Befunde vorgebracht worden. Am Ergebnis der gutachterlichen Beurteilung könne festgehalten werden und nach erfolgreicher Rehabilitation sei mit einer vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen.

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend (Urk. 1), bereits 2013 sei bei ihm ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom diagnostiziert und aufgrund dessen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit festgestellt worden. Im März 2014 sei der Verdacht auf einen Morbus Bechterew geäussert und die Arbeitsunfähigkeit fortan mit 80 % beziffert worden. Seither habe sich sein Gesundheitszustand zunehmend verschlechtert. Auf das Gutachten, welches ihm eine Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit von 50 % und in angepasster Tätigkeit von 75 % attestiere, könne nicht abgestellt werden. Wie den Berichten seiner behandelnden Ärzte entnommen werden könne, sei das Gutachten nicht ordnungsgemäss erstellt worden; die Befunde seien nicht ordentlich erhoben und teilweise überhaupt nicht berücksichtigt worden, die Diagnosestellung sei nicht korrekt erfolgt (eine Angststörung könne schon lange nicht mehr diagnostiziert werden, es liege vielmehr eine schwere Depression vor), die neuropsychologische Testung sei nicht durch den Arzt, sondern durch einen medizinischen Laien durchgeführt worden und es fehle dem Gutachten an einer ordnungsgemässen Auseinandersetzung mit sämtlichen Vorakten. Das Gutachten enthalte darüber hinaus keine Begründung, weshalb auf die postulierte Arbeitsfähigkeit zu schliessen sei; schliesslich leide er trotz der Einnahme antidepressiver Medikation an einer schweren Depression, was eine höhere Arbeitsunfähigkeit begründe. Aufgrund seiner somatischen Erkrankung sei die Belastbarkeit seines Achsenskeletts – entgegen dem Gutachten – massiv herabgesetzt, was sein behandelnder Arzt auch derzeit bestätige. Entgegen der gutachterlichen Einschätzung würden seine behandelnden Ärzte auch keine stationäre Rehabilitation für indiziert halten. Das Gutachten sei weder schlüssig noch nachvollziehbar und die Feststellungen seien nicht plausibel. Gemäss seinen Ärzten liege vielmehr subjektiv und objektiv eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, mindestens aber eine solche von 80 % vor. Sein Invaliditätsgrad betrage folglich 100 %, weshalb ihm eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen sei. Sollte das Gericht die Berichte der behandelnden Ärzte als nicht ausreichend ansehen, sei ein gerichtliches Obergutachten einzuholen oder die Sache für weitere Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 3.

E. 3

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität

der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuankündigung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad

seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 3.1

Ob eine anspruchrelevante Änderung eingetreten ist, beurteilt sich im Vergleich des Sachverhaltes, wie er sich im Zeitpunkt der leistungsverneinenden Verfügung vom 24. November 2014 (Urk. 8/24) präsentierte, mit jenem, welcher der nun angefochtenen Verfügung vom 1. Dezember 2017 (Urk. 2) zugrunde liegt.

E. 3.2

Der leistungsverneinenden Verfügung vom 24. November 2014 (Urk. 8/24) lag im Wesentlichen nachfolgender medizinischer Sachverhalt zugrunde:

E. 3.2.1

Im Bericht der Klinik für Rheumatologie des Y.____ vom 25. Oktober 2013 (Urk. 8/8/2-3) wurde als Diagnose im Wesentlichen ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links und differentialdiagnostisch eine axiale Spondyloarthritis aufgeführt. Die Ärzte hielten fest, es finde sich aktuell klinisch ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links mit myofaszialer Komponente am Oberschenkel. Da der Beschwerdeführer nachts und am Morgen eine Schmerzexazerbation angebe, sei an eine axiale Spondyloarthritis zu denken, passend hierfür sei das aktuell leicht erhöhte CRP (13 mg/l). Aufgrund der stammbetonten Adipositas sei von einer deutlichen Mehrbelastung der Fazettengelenke auszu gehen.

E. 3.2.2

Dr. med. Z.____, Hausarzt des Beschwerdeführers, äusserte in seinem Bericht vom 27. März 2014 (Urk. 8/13) einen Verdacht auf eine entzündliche rheumatische Erkrankung, differentialdiagnostisch einen Morbus Bechterew oder eine rheumatoide Arthritis. Zudem bestünden eine Adipositas und ein Vitamin D Mangel. Seit Jahren würden beim Beschwerdeführer zum Teil diffuse und unerträgliche Kreuzschmerzen persistieren. Der adipöse Beschwerdeführer befinde sich in einem deutlich reduzierten Allgemeinzustand. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule sei deutlich eingeschränkt und es bestünden eine starke Druckdolenz und ein Hartspann paravertebral. Die Prognose sei ungünstig und die Arbeitsfähigkeit betrage maximal 20 %.

E. 3.2.3

In seinem Kurzgutachten vom 6. März 2014 (Urk. 8/14/4-13) stellte Dr. med. A.____, Facharzt für Rheumatologie und für Innere Medizin, die Diagnose eines lumbovertebralen / lumbospondylogenen Syndroms links bei Fehllhaltung und adipositasbedingter Überbelastung des lumbosakralen Übergangs sowie muskulärer Insuffizienz und diskreten degenerativen Veränderungen mit Spondylarthrosen L5/S1 und L4/5.

Differentialdiagnostisch bestehe eine seronegative

Spondylarthropathie mit ISG-Arthritis links (Urk. 8/14/10). Der Beschwerdeführer berichte, seit mindestens einem Jahr unter massiven Rückenschmerzen im Bereich des lumbosakralen Übergangs zu leiden, insbesondere Morgens vor dem Aufstehen und in der Nacht. Unter Bewegung würden die Schmerzen bessern. Schon länger bestünden Beschwerden im linken Bein mit einem Taubheitsgefühl und Schmerzen (Urk. 8/14/6-7). Der Gutachter erklärte, im Vordergrund stehe das lumbosakrale Schmerzsyndrom aufgrund einer Fehlbelastung, Adipositas und einer leichten Skoliose. Klinisch liessen sich wenig Hinweise auf eine entzündliche rheumatische Erkrankung finden, diese müsse aber aufgrund der wenigen entzündlichen Veränderungen im Bereich des ISG, dem anamnestisch leicht erhöhten CRP und den vorwiegend nächtlichen Schmerzen differentialdiagnostisch dennoch in Betracht gezogen werden (Urk. 8/14/10).

Behandlungsversuche mit anal getischen und antirheumatischen Medikamenten seien bislang erfolglos verlaufen, geplant sei offenbar eine Behandlung mit einem TNF-Alpha-Hemmer. Sollte der Beschwerdeführer auf diese Behandlung nicht ansprechen, sei eine seronegative

Spondylarthropathie sehr unwahrscheinlich. Spreche er darauf an, sei die Prognose mittel- bis langfristig gut (Urk. 8/14/11). In der angestammten Tätigkeit als Servicemitarbeiter bestehe ab dem Begutachtungszeitpunkt eine Arbeitsfähigkeit von 50 % , falls das Heben und Tragen schwerer Lasten, wie etwa Bierfässer und Harasse, vermieden werden könne. Falls die Behandlungen massnahmen beim Beschwerdeführer ansprechen, sei innerhalb von drei Monaten mit einer vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Falls die therapeutischen Bemühungen weiterhin ohne wesentliche Wirkung seien, so schlage er zur Objektivierung der Einschränkungen respektive eines selbstlimitierenden Verhaltens eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit vor (Urk. 8/14/12). Körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer ohne zusätzliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit vollumfänglich zumutbar (Urk. 8/14/13).

E. 3.3

Im Rahmen des aktuellen Verfahrens (Neuanmeldung vom 14. Juli 2015, Urk. 8/25) sind die nachfolgenden ärztlichen Berichte aktenkundig:

E. 3.3.1

Dem Bericht der Klinik für Rheumatologie des Y.____ vom 10. Juni 2015 (Urk. 8/29/1-2) ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer dort aufgrund einer axialen Spondylarthritis (im MRI seien entzündliche Veränderungen erkennbar) in Behandlung befinde. Der bisherige Behandlungsverlauf habe nur einen mässigen Erfolg gezeigt. Eine Aufdosierung der Medikation habe scheinbar eine Besserung bewirkt, aufgrund eines Infekts habe die Behandlung jedoch unterbrochen werden müssen. Mit der richtigen Dosierung und einem allfälligen Wechsel der Basistherapie sei eine deutliche Schmerzreduktion mit Verbesserung der Alltagsfunktion zu erwarten. Hinsichtlich der mechanischen Komponente aufgrund der Adipositas sei eine Gewichtsreduktion anzustreben. Aktuell sei der Beschwerdeführer zu 80 % arbeitsunfähig. Solange die Schmerzsymptomatik andauere , sei mit einer Arbeitsunfähigkeit von 80 % zu rechnen.

Am 16. Dezember 2015 berichteten die Ärzte der Klinik für Rheumatologie des Y.____ (Urk. 8/31/6-9) der Beschwerdeführer leide unter einer axialen Spondylarthritis mit Erstdiagnose im November 2013, welche seine Arbeitsfähigkeit einschränke. Auf die initial eingeleitete Therapie habe der Beschwerdeführer mässig angesprochen. Hernach habe sich eine anhaltende Verbesserung gezeigt und insbesondere unter der zweiwöchentlichen Therapie mit Humira sei es zu einer deutlichen Verbesserung der Beschwerden und zur Regredienz der erhöhten humoralen Entzündungswerte gekommen. Die Arbeitsfähigkeit betrage derzeit 20 % sowohl in der angestammten Tätigkeit als Kellner als auch in einer angepassten Tätigkeit.

E. 3.3.2

Dr. med. B.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, verfasste am 10. Juni 2016 ein medizinisches Gutachten (Urk. 8/47). Dr. B.____ stellte die Diagnose einer Anpassungsstörung mit Sorgen, Anspannungen, Ärger und Zukunftsängsten (Urk. 8/47/8). Dazu führte er aus, der Beschwerdeführer berichte, seit seiner Tätigkeit in einem

Getränkehandel Rückenschmerzen entwickelt zu haben, welche sich mit der Zeit verstärkt hätten. Man habe einen Morbus Bechterew diagnostiziert und er habe sich deswegen in Behandlung begeben müssen. Vor drei Wochen sei eine neue Therapie (mit Remicade) installiert worden. Seither fühle sich der Beschwerdeführer sowohl körperlich als auch psychisch schlechter. Vor einem Jahr habe sich der Beschwerdeführer aufgrund seiner psychischen Beschwerden zu Dr. C.____ im D.____ in Behandlung begeben (Urk. 8/47/6). In der Untersuchung wirke der Beschwerdeführer bewusstseinsklar und allseits orientiert. Auf die gestellten Fragen habe er klare und präzise Antworten gegeben. Sein formales Denken sei auf die schmerzbedingte Zukunftslosigkeit eingeschränkt. Im Affekt wirke der Beschwerdeführer vordergründig resigniert, innerlich angespannt, deprimiert und in der affektiven Schwingungsfähigkeit leicht reduziert. Die testpsychologische Untersuchung deute auf eine leichte depressive Symptomatik sowie eine leichte Angstsymptomatik hin (Urk. 8/47/7-8). Die Auseinandersetzung mit der somatischen Erkrankung habe zum Ausbruch einer Anpassungsstörung vor rund einem Jahr geführt. Die vor einem Jahr aufgenommene psychotherapeutische Behandlung habe bislang keine anhaltende Besserung gezeigt, sodass weiterhin von einer Anpassungsstörung auszugehen sei. Es sei aber davon auszugehen, dass die psychokognitiven Funktionen des Beschwerdeführers weitgehend uneingeschränkt seien. Die leichte Beeinträchtigung der geistigen Flexibilität, der Umstellungs-, der Durchhalte- und der Selbstbehauptungsfähigkeit schränke seine Arbeitsfähigkeit (in angestammter und angepasster Tätigkeit) um 20 % ein. Die Therapieoptionen seien noch nicht ausgeschöpft, weshalb eine stationäre Behandlung zu empfehlen sei.

Am 3. April 2017 nahm Dr. B.____ zu den durch den Beschwerdeführer erhobenen Einwänden gegen das Gutachten Stellung (Urk. 8/75). Er führte aus, aufgrund seiner Untersuchung habe er die Diagnose einer Anpassungsstörung gestellt und eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert. Er habe dabei festgehalten, dass die bisherige ambulante Behandlung lege artis durchgeführt worden sei, aber für die Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit eine stationäre Behandlung zu empfehlen sei. Für seine Beurteilung habe er sich auf die ihm zur Verfügung gestellten Akten, die anamnестischen Angaben und die erhobenen Befunde sowie die Einschätzung der Funktionsfähigkeit nach ICF gestützt. Der Beschwerdeführer habe in seinem Einwand keine Befunde vorgelegt, welche ihn veranlassen würden, seine Einschätzung zu revidieren.

E. 3.3.3

PD Dr. med. E.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Facharzt für Rheumatologie, verfasste am 18. August 2016 ein medizinisches Gutachten,

welches auch das Ergebnis der Konsensbesprechung mit Dr. B.____

beinhaltet (Urk. 8/48). PD Dr. E.____ stellte die Diagnose eines chronischen lumbosacralen und lumbospondylogenen Schmerzsyndroms mit/bei axialer seronegativer

Spondylarthropathie, Spondylarthrosen

(L4/5 und L5/S1) und führte die von Dr. B.____ diagnostizierte Anpassungsstörung auf (Urk. 8/48/7). Er hielt fest, der Beschwerdeführer gebe an, unter andauernden starken Rückenschmerzen zu leiden. Aktuell schildere er zudem Schmerzen an den Fingern der linken Hand und an der linken Ferse sowie ein Taubheitsgefühl am linken Oberschenkel (Urk. 8/48/5). PD Dr. E.____

notierte, es bestehe ein adipöser Allgemeinzustand (167.5cm/141 kg), der Beschwerdeführer sei unruhig gewesen und während des Gesprächs im Zimmer umhergelaufen. Die Beweglichkeit aller Wirbelsäulenabschnitte sei aufgrund einer Selbstlimitierung eingeschränkt. Trotz der Angabe stärkster Beschwerden hätten keinerlei Myogelosen und Muskelspannstörungen der Halswirbelsäule festgestellt werden können. Die oberen Extremitäten seien passiv ausreichend beweglich, aktive Bewegungen seien selbst limitiert. Die Beweglichkeit von Sprunggelenk und Knie sei frei, jene der Hüfte sei aufgrund der Selbstlimitierung nicht möglich. Im Bereich des Oberschenkels lateral bestehe eine Hypersensibilität. Das MRI der Lendenwirbelsäule vom 18. Januar 2016 zeige eine Fehlhaltung und mässig ausgeprägte Spondylarthrosen (L4/5 und L5/S1). Es bestünden keine Anzeichen für eine Nervenwurzelreizung oder eine verminderte Knochendichte und es seien keine Entzündungen sichtbar (Urk. 8/48/5-6). Im Rahmen der Evaluation der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit habe der Beschwerdeführer bei einer erheblichen Symptomausweitung und einem dysfunktionalen Krankheitsverhalten eine nicht zuverlässige Leistungsbereitschaft, eine schlechte Konsistenz und eine Selbstlimitierung gezeigt (Urk. 8/48/7).

Zusammengefasst bestehe ein Mischbild einer chronisch entzündlichen Erkrankung sowie einer inzwischen erheblichen zentralen Schmerzkomponente auf dem Boden einer Anpassungsstörung, psychosozialer Faktoren und einer Überbewertung des Krankheitswertes der Diagnose einer seronegativen

Spondylarthropathie. Aufgrund der Selbstlimitierung und der Inkonsistenzen bei den durchgeführten Tests könne das Zumutbarkeitsprofil für eine berufliche Tätigkeit nur medizinisch-theoretisch geschätzt werden (Urk. 8/48/7). Die angestammte Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer aufgrund der orthopädisch-rheumatologischen und psychiatrischen Beschwerden nur noch sechs Stunden täglich zumutbar. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der psychischen Einschränkungen resultiere in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50

%. In einer angepassten Tätigkeit (wechselpositionierend, mittelschwer) sei dem Beschwerdeführer eine ganztägige Arbeitstätigkeit zumutbar, wobei ein vermehrter Pausenbedarf im Umfang von einer Stunde täglich zu berücksichtigen sei. Psychiatrisch bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung von etwa 20

%. Aus interdisziplinärer Sicht bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 75 % seit 1. März 2014 (Urk. 8/48/9).

E. 3.3.4

) die Verminderung der Arbeitsfähigkeit unter Hinweis auf die eingeschränkte Beweglichkeit. Dieselbe konnte jedoch von PD

Dr. E.____ nicht im geklagten Masse objektiviert werden. Vielmehr stellte der Gutachter ein selbst limitierendes Verhalten mit Symptomausweitung und Inkonsistenzen fest, weshalb seine Feststellung zur Arbeitsfähigkeit schlüssig erscheint. Hinzu kommt, dass sich die orthopädisch-rheumatologische Situation seit der leistungsverneinenden Verfügung im November 2014 kaum verändert hat. Das Y.____ (vgl. E. 3.2.1) und Dr. Z.____ (vgl. E. 3.2.2) diagnostizierten oder äusserten einen Verdacht auf ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom oder eine entzündliche rheumatische Erkrankung. Sie führten aus, der Beschwerdeführer leide unter Schmerzen insbesondere in der Kreuzgegend und die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei eingeschränkt. Dr. A.____ diagnostizierte 2014 (vgl. E.

3.2.3) ebenfalls ein lumbospondylogenes Syndrom. Auch er notierte, der Beschwerdeführer leide unter Rückenschmerzen und könne keine schwere Tätigkeit mehr ausüben. 2015 fokussierten die Ärzte des Y.____ auf die entzündliche rheumatische Erkrankung einer axialen Spondylarthropathie; unter der entsprechenden Therapie war sogar eine deutliche Verbesserung der Beschwerden zu verzeichnen (vgl. E. 3.3.1). PD Dr. E.____ stellte 2016 (vgl. E. 3.3.3) ebenfalls fest, es bestehe eine entzündliche rheumatische Erkrankung und der Beschwerdeführer klagte über Schmerzen und eine (demonstrativ) eingeschränkte Beweglichkeit. Ebenso berichtete

Dr. Z.____ 2016 (vgl. E. 3.3.4), es bestehe eine entzündliche rheumatische Erkrankung, der Beschwerdeführer klagte über Schmerzen im Wirbelsäulenbereich und seine Beweglichkeit sei eingeschränkt. Das Krankheitsbild mit Schmerzen im Wirbelsäulenbereich und einer eingeschränkten Beweglichkeit hat sich vor diesem Hintergrund seit 2014 kaum verändert; wenn überhaupt, so wäre mit Blick auf die vom Y.____ festgestellte deutliche Verbesserung der Beschwerden und Regredienz der Entzündungswerte eher von einer Verbesserung auszugehen. Angesichts dessen, dass dem Beschwerdeführer 2014 eine angepasste Arbeitstätigkeit zu 100 % zu mutbar war (vgl. Urk. 8/24) und sich die Situation seither kaum, und wenn überhaupt so eher im Sinne einer Besserung, verändert hat, ist es nicht zu beanstanden, wenn PD Dr. E.____ in einer angepassten Tätigkeit auf eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit mit erhöhtem Pausenbedarf schloss. 4.3

Wie bereits ausgeführt wurde (vgl. E. 1.3) ist die Arbeitsfähigkeit aufgrund psychischer Beeinträchtigungen anhand von Standardindikatoren zu bestimmen. Dr. B.____ konnte in seiner Untersuchung einen vordergründig resignierten Affekt, eine innerliche Anspannung und Depressivität sowie eine leicht reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit feststellen. Die testpsychologischen Untersuchungen deuteten auf eine leicht depressive Symptomatik mit leichter Angstsymptomatik hin (vgl. E. 3.3.2). Angesichts dieser Feststellungen liegt eine leicht ausgeprägte Befundsymptomatik vor. Die Behandlungsoptionen wurden nach Ansicht von Dr. B.____ bislang nicht ausgeschöpft und der Beschwerdeführer befand sich im Zeitpunkt der Begutachtung seit einem Jahr in psychiatrischer Behandlung. Eine Behandlungsresistenz liegt daher (noch) nicht vor. Als Komorbidität wirken sich die Schmerzen im Rahmen des chronischen lumbosacralen

und lumbospondylogenen Schmerzsyndroms leistungslimitierend aus, welche sich aber zumindest in einer angepassten Tätigkeit kaum einschränkend auswirken (vgl. E. 3.3.3); weitere ressourcenhemmende Komorbiditäten lassen sich den aufliegenden Akten nicht entnehmen. Hinweise auf eine Störung der Persönlichkeit führte Dr. B.____ nicht auf, hingegen bezeichnete er die psychokognitiven Funktionen als weitgehend uneingeschränkt (E. 3.3.2). Der Beschwerdeführer lebt zusammen mit seiner Ehefrau und den vier gemeinsamen Kindern. Bis zwei Monate vor der Begutachtung hatte er noch teilzeitlich gearbeitet; sein damaliger Chef sei ein Freund gewesen, welcher eine Tätigkeit über Mittag im Service ermöglicht habe. Heute begleitet er morgens die Kinder zur Schule und geht häufig spazieren. Hin und wieder sehe er fern oder koche (Urk. 8/47/5 f.). Im persönlichen wie auch sozialen Kontext verfügt der Beschwerdeführer demnach über mobilisierbare Ressourcen, welche zur Bewältigung der gesundheitlichen Beschwerden beitragen respektive beitragen könnten. Während der Beschwerdeführer seine Erwerbstätigkeit vollumfänglich beendete, geht er in seinem privaten Lebensbereich weiterhin Aktivitäten nach, wie etwa Betreuung der Kinder, Spaziergehänge, Fernsehen, Kochen. Schliesslich ist der Beschwerdeführer gemäss Angaben des D.____ in der Lage, einstündige Autofahrten zu

unternehmen (Urk. 8/80/4), was gegen eine - wie behauptet - deutliche Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit spricht, andernfalls die Fahrtüchtigkeit des Beschwerdeführers von Amtes wegen zu überprüfen wäre.

Die seit einem Jahr installierte psychiatrische Behandlung findet einmal monatlich statt (Urk. 8/47/7), Dr. B.____ empfahl eine Intensivierung insbesondere in Form eines stationären Aufenthaltes. Weshalb eine solche Intensivierung nicht indiziert sein sollte, ist nicht ersichtlich; was der Beschwerdegegner diesbezüglich mit Verweis auf seine Behandler anführt, vermag an der fachärztlichen Einschätzung Dr. B.____s keine Zweifel zu erheben. Die bisher wahrgenommenen Therapieoptionen in geringem Ausmass lassen nicht auf einen sonderlich ausgeprägten Leidensdruck schliessen. Das Aktivitätsniveau und der mässige Leidensdruck sind im Sinne eines nicht durchwegs konsistenten Verhaltens zu berücksichtigen. Angesichts der leichten Befunde, der vorhandenen Ressourcen und der teilweise mangelnden Konsistenz, ist nicht zu beanstanden, dass Dr. B.____ die Arbeitsfähigkeit infolge der leichten Beeinträchtigung der geistigen Flexibilität, der Umstellungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit und der Selbstbehauptungsfähigkeit um zu 20 % eingeschränkt erachtete. 4.4

In der Gesamtschau ist es nachvollziehbar, dass PD Dr. E.____ und Dr. B.____ bei einer Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit unter somatischem Blickwinkel von täglich sechs Stunden und einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 % aus psychischen Gründen insgesamt zu einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit gelangten. Ebenso ist es schlüssig, dass sie bei einem erhöhten Pausenbedarf (1 Stunde) aus somatischer Sicht und der psychischen Einschränkung (20 %) insgesamt eine Arbeitstätigkeit in angepasster Tätigkeit von 75 % als zumutbar erachteten. Dies insbesondere auch mit Blick darauf, dass sich der somatische Gesundheitszustand seit der letztmaligen Überprüfung im Jahr 2014 kaum veränderte und der Beschwerdeführer damals in einer angepassten Tätigkeit als zu 100 % arbeitsfähig erachtet wurde. 5.

5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die in einer angepassten Tätigkeit eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auf seine Erwerbsfähigkeit auswirkt. 5.2

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

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 angepasst der 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).

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). 5.3

Vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte der Beschwerdeführer ein durchschnittliches monatliches Einkommen von Fr. 3'800.-- (zzgl. 1/3 Monatslohn gemäss Ziff.

E. 3.3.5

Dem Bericht des D.____ vom 24. Januar 2017 zuhanden des Beschwerdeführers (Urk. 8/80/1-4) ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer dort seit dem 14. Juni 2015 aufgrund einer depressiven Störung in Behandlung befindet (bislang 20 Sitzungen). Mit Blick auf das Gutachten von Dr. B.____ (E. 3.3.2) führten die behandelnden Ärzte aus, die Beschwerden seien im Gutachten nur oberflächlich aufgenommen worden. Die Merkmale einer rezidivierenden depressiven Störung seien durch Dr. B.____ nicht erfragt worden. Die neuropsychologischen Tests seien von Laien vorgegeben und ausgewertet worden, obschon dies durch eine Fachperson zu geschehen habe. Dr. B.____ habe sich nicht um die Vollständigkeit der medizinischen Akten bemüht; es treffe nicht zu, dass keine psychiatrischen Berichte vorliegen würden, so habe etwa das D.____ am 16. September 2015 einen Bericht verfasst, in welchem eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert sei. Zudem habe Dr. B.____ die vorhandenen Konzentrationsstörungen und die Vergesslichkeit im Alltag nicht bemerkt und er habe seine Einschätzung einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht begründet. Der Beschwerdeführer leide aktuell trotz Pharmakotherapie (Abilify und Cymbalta) an einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig schwerer Episode und psychotischen Symptomen. An Befunden hielten die Ärzte im Wesentlichen eine deutlich depressiv-resignierte Stimmung und Störung des Vitalgefühls, Vergesslichkeit und Aufmerksamkeitsstörung sowie Suizidgedanken fest. Derzeit bestehe subjektiv und objektiv eine Arbeitsunfähigkeit von 100% auf Grund der Diagnosen und des positiven und negativen Leistungsbildes.

Die Ärzte des D.____ hielten am 19. Januar 2018 zuhanden des Beschwerdeführers fest (Urk. 3/3), seit dem 1. August 2013 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 80%. Bis zur Reduktion der Schmerzen, des Gewichts sowie der Depression und der Halluzinationen sei

eine stationäre Rehabilitation nicht indiziert und auch nicht zielführend. 4.

4.1

Das bidisziplinäre Gutachten basiert auf umfassenden rheumatologischen und psychiatrischen Abklärungen. Die Gutachter stützten ihre Schlussfolgerungen auf die relevanten Vorakten und befragten den Beschwerdeführer eingehend, wobei dieser seine aktuellen Beschwerden ihnen gegenüber schildern konnte. Die geklagten Leiden wie die objektiven Befunde fanden Berücksichtigung

und die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden nachvollziehbar dargelegt und erläutert. Mithin erfüllt das Gutachten die praxismässigen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E. 1. 4), weshalb darauf abzustellen ist.

Was der Beschwerdeführer insbesondere in formeller Hinsicht

gegen die Gutachten vortragen lässt (vgl. insb. Urk. 1 S. 13 f.), vermag deren Beweiskraft nicht in Frage zu stellen. Dr. B. führte eine ausführliche Anamnese durch und befragte den Beschwerdeführer zu seiner Person, zur Familie, zu Beruf- und Tätigkeit sowie zur Krankheitsentwicklung (Urk. 8/47/5 ff.); die gesundheitlichen Beschwerden wurden demnach nicht bloss – wie der Beschwerdeführer geltend macht – oberflächlich aufgenommen. Mit Blick auf die stattgehabte Befunderhebung (vgl. Urk. 8/47/7 f.) war eine begründete Diagnosestellung sehr wohl möglich. Sodann zielt der Vorwurf, das Gutachten berücksichtige nicht alle Akten (Urk.

1 S.

13), ins Leere. Anlässlich seiner erneuten Anmeldung erwähnte der Beschwerdeführer mit keinem Wort, dass eine psychische Problematik bestehe und er sich in psychiatrischer Behandlung befinde (Urk. 8/25/5). Trotz Hinweis seitens der Beschwerdegegnerin, im Neuanmeldungsverfahren sei es Pflicht des Beschwerdeführers, fehlende Berichte einzureichen (Urk. 8/32), unterliess er es, Unterlagen des D. aufzulegen. Mithin hatten die Gutachter Kenntnis aller wesentlicher Vorakten. Offenkundig erachtete denn Dr. B. die Akten, die persönliche Befragung sowie die bei der Untersuchung gemachten Beobachtungen als genügende Beurteilungsgrundlage. Soweit das Vorbringen des Beschwerdeführers als Rüge zu qualifizieren wäre, es seien keine fremdanamnestiche Auskünfte eingeholt worden, ist darauf hinzuweisen, dass solche zwar häufig wünschenswert, nicht aber zwingend erforderlich sind und deren Einholung im Ermessen des Gutachters liegt. Schliesslich wurde das psychiatrische Gutachten durch Dr. B. (alleine) unterzeichnet (Urk. 8/47/11); dass andere Personen für die Durchführung der neuropsychologischen Tests verantwortlich gewesen wären, ist nicht ersichtlich. Wie der Beschwerdeführer richtig anführt, konnte Dr. B. in der Untersuchung weitgehend uneingeschränkte psychokognitive Funktionen erheben (vgl. Urk. 8/47/9), weshalb er Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit korrekterweise nicht berücksichtigte. Desweiteren begründet Dr. B. seine Einschätzung einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar mit einer leichten Beeinträchtigung der geistigen Flexibilität, der Umstellungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit und der Selbstbehauptungsfähigkeit (vgl. Urk. 8/47/9). 4.2

PD Dr. E. stellte fest, dass der Beschwerdeführer über andauernde starke Rückenschmerzen klagt,

könnte diese Beschwerden jedoch in seiner Untersuchung nicht objektivieren. Zwar erkannte er im MRI mässig ausgeprägte Spondylarthrosen.

Trotz der Beschwerdeangaben des Beschwerdeführers waren aber keine Myogelosen oder Muskelspannstörungen, jedenfalls der HWS, festzustellen. Während der Beschwerdeführer in der aktiven Beweglichkeit starke Einschränkungen angab, erwies sich die passive Beweglichkeit als weitestgehend frei (vgl. E. 3.3.3). Es ist angesichts der erhobenen Befunde und Feststellungen nicht zu beanstanden, dass PD Dr. E. ___ auf ein selbstlimitierendes Verhalten mit Symptomausweitung und Inkonsistenzen schloss und die Arbeitsfähigkeit infolge dessen medizinisch-theoretisch festlegte. Demnach erweist sich in orthopädisch-rheumatologischer Hinsicht eine Arbeitstätigkeit von 6 Stunden in der angestammten Tätigkeit und eine ganztägige Arbeitstätigkeit unter Berücksichtigung eines vermehrten Pausenbedarfs von täglich einer Stunde in einer angestammten Tätigkeit als zumutbar. Was der Beschwerdeführer gegen diese Einschätzung vorbringen lässt, vermag nicht zu verfangen. So begründet insbesondere Dr.

Z. ___ (vgl. E.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 7.1

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt (Urk. 10, 11, 12, 14, 15). Antragsgemäss (Urk. 1 S. 3) ist dem Beschwerdeführer deshalb die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und die unentgeltliche Rechtsvertretung in der Person von Rechtsanwalt Dr. Martin Kessler zu gewähren.

E. 7.2

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem

kantonales 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 und vorliegend auf Fr. 700.-- festgesetzt.
7.3

Mit Honorarnote vom 30. April 2018 (Urk. 18) machte Rechtsanwalt

Dr. Kessler einen Aufwand von Total Fr. 3'669. (Fr. 3377. Arbeitsaufwand für 15 Stunden und 35 Minuten plus Fr. 29.70 Barauslagen zzgl. MWSt) geltend. Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) ist eine Entschädigung in dieser Höhe nicht mehr angemessen. Insgesamt ist ein Gesamtarbeitsaufwand von maximal zehn Stunden für Besprechungen mit dem Klienten, dem Studium der Akten und dem Ausarbeiten der Beschwerdeschrift sowie weiteren Arbeiten im Zusammenhang mit dem Beschwerdeverfahren anzurechnen, was unter Berücksichtigung des gerichtlichen Ansatzes von Fr. 220. sowie der Barauslagen und Mehrwertsteuer eine Entschädigung von aufgerundet Fr. 2'300.-- ergibt. In dieser Höhe

ist Rechtsanwalt Dr. Kessler aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

E. 7.4

Der Beschwerdeführer ist zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet, sobald er dazu in der Lage ist (§ 16 Abs. 4 GSVGer). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Martin Kessler, Meilen, wird mit Fr. 2'300.-- (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: - Rechtsanwalt Martin Kessler -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,

soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstMeier

E. 10

des Arbeitsvertrages, Urk. 8/16/3). Dabei resultierte ein jährliches Einkommen von Fr. 49 ' 400 . -- (Stand: 2013). Angepasst an die Entwicklung der Nominallöhne für männliche Angestellte von 2'204 Punkten im Jahr 2013 auf 2'226 Punkte im Jahr 2015 ergibt dies ein Bruttoeinkommen von rund Fr. 49 ' 893 .-- (Fr. 49 ' 400 .-- / 2'204 x 2'226), welches dem Einkommensvergleich zugrunde zu legen ist. Dieses für eine Tätigkeit im Gastgewerbe durch durchschnittliche Einkommen ist – mangels unüblich tiefer, kaum erwerbssichernder Entlohnung - nicht zu parallelisieren (vgl. hierzu

LSE 2014, Tabelle TA1, Sektor 55-56) .

Für die Berechnung des Invalideneinkommens ist vorliegend ein statistischer Tabellenlohn heranzuziehen, da der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet. Vor dem Hintergrund, dass Arbeitsplätze, an denen Tätigkeiten zu verrichten sind, die dem erstellten Belastungsprofil (vgl. Urk. 8/48/9) entsprechen, in allen Branchen bestehen, ist auf den branchenunabhängigen Lohn für Hilfstätigkeiten (Zentralwert), Kompetenzniveau 1, abzustellen und somit von einem standardisierten monatlichen Einkommen von Fr. 5' 312 .-- auszugehen (LSE 2014, Tabelle TA1, TOTAL, Kompetenzniveau 1, Männer). Aufgerechnet auf die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, A-S) und angepasst an die Entwicklung der Nominallöhne für männliche Angestellte von 2' 220 Punkten im Jahr 2014 auf 2'226 Punkte im Jahr 2015 ergibt dies bei einem – dem Beschwerdeführer zumutbaren - Beschäftigungsgrad von 75 % ein Bruttoeinkommen von rund Fr. 49 ' 975 .-- (Fr. 5' 312 .-- / 40 x 41.7 x 12 / 2' 220 x 2'226 x 0.75) . 5.4

Wird das Valideneinkommen von Fr. 49 ' 893 .-- dem Invalideneinkommen von Fr. 49 ' 975. gegenübergestellt, resultiert keine Erwerbseinbusse . 6.

Dass die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneinte, erweist sich damit als rechtens. Die Beschwerde ist abzuweisen. 7.

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