

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00624 vom 6. Januar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-01-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00624

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00624 du 6 janvier 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00624 del 6 gennaio 2020

Erwägungen

E. 1.1

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind.

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

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.3

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.3 f.). 1.4

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 voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 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 unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art.

E. 1.4

In der Folge holte die IV-Stelle ein Gutachten ein, das von den Ärzten des Y.____ am 13. Dezember 2016 erstattet wurde (Urk. 7/255). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/266; Urk. 7/272; Urk. 7/283), in dessen Rahmen eine Stellungnahme der Y.____-Gutachter (Urk.

E. 1.5

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). 2.

E. 2

5. Januar 2007 (Urk. 7/80) aufhob. Das hiesige Gericht hiess die dagegen erhobene Beschwerde mit Urteil vom 21. Juni 2007 in dem Sinne gut, dass die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zur neuen Abklärung und Entscheidung zurückgewiesen wurde (Prozess Nr. IV.2007.00296; Urk. 6/94). Nach

weiteren Abklärungen verneinte

die IV-Stelle mit unangefochten in Rechtskraft erwachsener Verfügung vom 17. Dezember 2008 einen Rentenanspruch des Versicherten (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung (Urk. 2) wie folgt: Gestützt auf das medizinische Gutachten sei davon auszugehen, dass die angestammte Tätigkeit als Hilfspfleger nicht mehr, eine körperlich leichte Tätigkeit in Wechselpositionen und ruhigem Umfeld ohne hohe Geräuschpegel jedoch zu 70 % zumutbar sei. Die reduzierte Arbeitsfähigkeit ergebe sich aus einem erhöhten Pausenbedarf. Die vom behandelnden Arzt geäußerten Bedenken, dass der Beschwerdeführer einem Arbeitgeber nicht zumutbar sei, könnten auch auf geringe Motivation zurückgeführt werden. Die Auswirkung der Einnahme von Immunsuppressiva auf die Psyche sei mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % beurteilt und in der Gesamtwürdigung berücksichtigt worden (S. 1-2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte geltend (Urk. 1), das Gutachten sei aus verschiedenen, näher ausgeführten Gründen nicht beweiswertig. So sei die Diagnose einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode nicht nachvollziehbar begründet. Die Ressourcen seien nicht genügend erhoben worden. Demgegenüber gehe sein behandelnder Psychiater von einer erheblichen Einschränkung auch im ersten Arbeitsmarkt aus. Medizinische Abklärungen der Pensionskasse hätten ergeben, dass keine Restarbeitsfähigkeit mehr vorhanden sei. Auch seien die Auswirkungen der Immunsuppressiva zu wenig abgeklärt und die angenommene Arbeitsfähigkeit von 70 % sei insgesamt zu wenig begründet worden (S. 7 ff.). Aus näher dargelegten Gründen sei der Einkommensvergleich nicht korrekt erfolgt und es sei ein Abzug von mindestens 15 % zu gewähren (S. 16 ff.).

E. 2.3

).

6.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). 6.3

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 angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 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). 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).

Bei der Festsetzung des Valideneinkommens ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung auch ein beruflicher Aufstieg im Gesundheitsfall zu berücksichtigen, den eine versicherte Person normalerweise vollzogen hätte; dazu ist allerdings erforderlich, dass konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ein beruflicher Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert worden wären. Die Absicht, beruflich weiterzukommen, muss durch konkrete Schritte wie Kursbesuche, Ablegung von Prüfungen usw. kundgetan worden sein. Die theoretisch vorhandenen beruflichen Entwicklungs- oder Aufstiegsmöglichkeiten sind nur dann zu berücksichtigen, wenn sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingetreten wären (BGE 96 V 29; AHI 1998 S. 166 E. 5a, I 287/95; RKUV 1993 Nr. U 168 S. 97 E. 3b, U 110/92; Urteil des Bundesgerichts 9C_757/2010 vom 24. November 2010 E. 4.2 mit Hinweis).

6.4

Da der Beschwerdeführer nicht mehr als Hilfspfleger tätig war, ermittelte die Beschwerdegegnerin das hypothetische Valideneinkommen gestützt auf die statistischen Werte im Gesundheits- und Sozialwesen (LSE TA 1 Ziff. 86-88) für Männer im Kompetenzniveau 1

im Jahr 2014 (vgl. Urk. 2 und Urk. 7/264). Ein berufliches Fortkommen (vgl. Urk. 1 S. 17 oben) ist nach Lage der Akten nicht überwiegend wahrscheinlich, zumal der Beschwerdeführer die bis anhin bestehende Restarbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 70 % nie verwertete. Die Berechnung des hypothetischen Valideneinkommens ist somit nicht zu beanstanden.

6.5

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 aufgrund 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).

Die Beschwerdegegnerin ermittelte ausgehend von den statistischen Werten im Jahr 2014 für Männer in Hilfsarbeiten im Niveau 1

(LSE TA 1 Total) ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 47'218.30 für ein Pensum von 70 % (vgl. Urk. 7/264), was nicht zu beanstanden ist und vom Beschwerdeführer grundsätzlich nicht bestritten wird. Jedoch rügt er einen fehlenden Abzug vom Tabellenlohn (Urk. 1 S. 17). 6.6

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 des Bundesgerichts 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 und 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen).

Mit Bezug auf den behinderungs- beziehungsweise leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und

Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Gegenstand des Abzugs vom Tabellenlohn bildende Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage vergleichbar mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohnverluste reale Chancen für eine Anstellung bestehen (Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_366/2015 vom 22. September 2015 E. 4.3.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_826/2015 vom 13. April 2016 E. 3.2.1).

Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns. Vielmehr ist der Umstand allein, dass nur mehr leichte bis mittel schwere Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 (bis LSE 2010 Anforderungsniveau 4) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.2 unter Hinweis auf 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4 und 9C_386/2012 vom 18. September 2012 E. 5.2).

Bei Versicherten, die aus gesundheitlichen Gründen nur noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, ist unter dem Titel «Beschäftigungsgrad» ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen, wenn Teilzeitarbeit nach der im konkreten Fall anzuwendenden Tabelle vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (Urteil 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.2 mit Hinweisen). Dagegen reicht der Umstand, dass die versicherte Person zwar ganztags arbeitsfähig, hier aber nur reduziert leistungsfähig ist, grundsätzlich keinen Abzug vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 9C_581/2016 vom 24. Januar 2017 E. 3 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_421/2017 vom 19. September 2017 E. 2.1.1). 6.7

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Kriterien erscheint vorliegend ein Abzug nicht als angemessen, denn den Einschränkungen des Beschwerdeführers wurde mit der Reduktion des zumutbaren Leistungsvermögens bereits Rechnung getragen. Die Gutachter hielten fest, dass ihm ein vollschichtiges Pensum in einer geeigneten Tätigkeit mit einem erhöhten Pausenbedarf von 10 bis 15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement zumutbar sei (vgl. vorstehend E.

5.10), womit ein Abzug vom Tabellenlohn gemäss der vorstehend dargelegten Rechtsprechung nicht gerechtfertigt ist. Es ist auch unter Berücksichtigung der Einschränkungen des Beschwerdeführers von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen. 6.8

Beim ermittelten Invaliditätsgrad von 22 % besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Die angefochtene Verfügung ist somit rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Die Gerichtskosten nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 1'000.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. 5. Juli bis und mit 1. 5. August sowie vom 1. 8. 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 MosimannLienhard

E. 7

/178/2 unten f.) aus, dass das Gutachten der G.____ nicht überzeuge. So habe der Beschwerdeführer die gleichen Angaben gemacht wie gegenüber den Y.____ -Gutachtern im Jahr 20

E. 08

Zudem sei nicht nachvollziehbar, weshalb gemäss G.____ -Gutachten trotz des jahre langen professionellen Pokerspiels dennoch rückwirkend eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe. Wahrscheinlich hätten die G.____ -Gutachterinnen nicht gewusst, welche psychischen Anforderungen bei diesem Spiel erfüllt sein müssten, um regelmässig Erfolg zu haben. Hierzu gehörten eine rasche Auffassungsgabe, hohe anhaltende Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistungen, gute Gedächtnisfunktionen und eine affektive Kontrolle der Mimik. Zudem sei die Diagnose einer Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung nicht nachvollziehbar, da dafür ein entsprechendes Trauma fehle. Es würden keine neuen medizinischen Tatsachen vorgebracht. 4.5

Das Gericht hielt dazu in seinem Urteil vom 9. Juni 2015 Folgendes fest (E. 5): Im Vergleich zur medizinischen Aktenlage, wie sie sich im Januar 2013 präsentierte, kann eine Verschlechterung nicht ausgeschlossen werden, denn der Beschwerdeführer leidet in somatischer Hinsicht an einer fortschreitenden Krankheit. Dr. A.____ hatte im Jahr 2011 bereits darauf hingewiesen, dass mit einer Zunahme der Schwerhörigkeit zu rechnen sei. Dr. F.____ stellte unter anderem eine progrediente Myopie fest und attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 50%. Wenn gleich Dr. F.____ diese Einschätzung auch auf das grundsätzlich nicht zu berücksichtigende subjektive Krankheitserleben des Beschwerdeführers sowie auf eine psychische Erkrankung, deren

Beurteilung nicht in ihr Fachgebiet fällt, zurückführte und zudem offenbar keine Kenntnis vom früheren Pokerspiel hatte, wird dadurch doch eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit aus somatischen Gründen glaubhaft gemacht. Insbesondere bedarf der Hinweis von Dr. F.____, wonach die Einnahme von Immunsuppressiva psychische Auswirkungen haben kann, näherer Abklärung. Auf diesen Umstand wiesen auch die Ärztinnen der G.____ hin und stellten zur Diskussion, ob die depressive Symptomatik durch die Medikamente aufrechterhalten werde. Zwar ist fraglich, wie sich - wie dies die G.____-Ärztinnen vertreten - die offenbar stark eingeschränkte Konzentrations- und Anpassungsfähigkeit und die eingeschränkte Belastbarkeit mit dem früheren regelmässigen abendlichen Pokerspiel auf hohem Niveau vereinbaren lassen. Andererseits bedeutet die frühere „Tätigkeit“ im Casino nicht, dass von nun an der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gleichbleibend sein wird und ihm bis auf weiteres eine volle Arbeitsfähigkeit zu attestieren ist.

Nach dem Gesagten bestehen Anhaltspunkte für eine mögliche versicherungsmedizinisch relevante Verschlechterung. Das Fortschreiten der Krankheit und der Verdacht auf eine Mitbeteiligung der Immunsuppressiva am psychischen Zustand des Beschwerdeführers reichen für ein Glaubhaftmachen aus. Zudem liegt ein Attest des I.____ der G.____ vom 2. September 2014 bei den Akten, wonach der Beschwerdeführer vorübergehend zu 100 % arbeitsunfähig sei. Gemäss Angaben des Rechtsvertreters handelte es sich dabei um eine stationäre Krisenintervention nach einem Suizidversuch. Die Beschwerdegegnerin ist somit auf die Neuanmeldung zu Unrecht nicht eingetreten, weshalb die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur materiellen Beurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Über den inhaltlichen Ausgang dieser Anspruchsprüfung ist damit allerdings noch nichts ausgesagt. 4.6

Mit Bericht vom 23. Oktober 2015 (Urk. 7/227) über die ambulante Behandlung des Beschwerdeführers vom 12. bis 30. Juli 2015 stellten die Ärzte der J.____ folgende Diagnosen (S.1): - mittelgradige depressive Episode - mit somatischem Syndrom bei chronischer psychosozialer Belastungssituation (ICD-10 F32.1) - Alport-Syndrom

Der Patient habe sich aufgrund eines krisenhaften Zustandes mit Existenzängsten vorgestellt. Dieser sei dadurch ausgelöst worden, dass ihm aufgrund von Nachforschungen die IV-Unterstützung gestrichen worden und zusätzlich Rückforderungen entstanden seien (S. 1). Die tief sitzende Verbitterung angesichts der in seinen Augen ungerechtfertigten Beendigung der IV-Unterstützung sei durchgängig zu spüren gewesen. Zum dysthymen Zustand seien im Behandlungsverlauf zweimalig depressive Krisen hinzugetreten, Suizidalität sei jedoch nicht aufgetreten. Der Patient habe die Behandlung auf eigenen Wunsch beendet (S. 2). 4.7

Dr. med. K.____, L.____ am C.____, stellte mit Bericht vom 12. Januar 2016 (Urk. 7/232/2-4) folgende, hier verkürzt genannte Diagnosen (S. 1): - Nierentallotransplantation iliacal links September 2003 - Alport-Syndrom - rezidivierende depressive Störung seit 1999 - Osteopenie - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom - Status nach atypischen Thoraxschmerzen - Status nach Gicht Fuss rechts Es bestehe eine über 20%ige Arbeitsunfähigkeit vor allem bei chronischen Schmerzen, psychischer Belastung und Unerträglichkeit des Hörgeräts nicht korrigierter Schwerhörigkeit. Aus rein nephrologischer Sicht bestehe zur Zeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Eine Verschlechterung sei in Zukunft nicht auszuschliessen (S. 2). 4.8

4.8.1

Am 13. Dezember 2016 erstatteten die Ärztinnen und Ärzte des Y.____ ihr unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer internistischen, psychiatrischen, rheumatologischen, nephrologischen, otorhinolaryngologischen und ophthalmologischen Untersuchung erstelltes Gutachten (Urk. 7/255). Sie stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 38 f.

Ziff. 5.1): - Alport-Syndrom - Nephropathie - bilaterale Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits, Zustand nach binauraler Hörgeräteversorgung - Augenbeteiligung: Lenticonus, Makulaatrophie - Status nach Nierenallotransplantation

iliaca links 2003 - Grunderkrankung Alport-Syndrom - CMV intermediate Risk D/R +/- - Nachweis von de novo DSA im HLA-Antikörperscreening vom November 2015 - aktuell leichte Niereninsuffizienz Stadium 2 nach KDIGO - leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1) - Sehschärfenminderung beidseits - Alport-Syndrom mit Augenbeteiligung - anlagebedingte Fehlsichtigkeit (Myopie, Astigmatismus) - Alterssichtigkeit - chronische Benetzungstörung - Cataracta

incipiens - latentes Aussenschielen - Tinnitus beidseits - chronisches zervikal- und thorakal betontes Panvertebralsyndrom bei leichten degenerativen Veränderungen der unteren HWS und der mittleren BWS Die folgenden Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 39 Ziff. 5.2): - Störung durch Stimulanzien (Ecstasy, gemäss Urintoxikologie), schädlicher Gebrauch (ICD-10 F15.1) - atypische Thoraxschmerzen - Echokardiographie unauffällig - Ergometrie unauffällig - keine Koronarsklerose, keine Koronarstenosen, Ausschluss einer koronaren Herzkrankheit - Hypercholesterinämie - anamnestisch Verdacht auf symptomatische Prostatahyperplasie Die Blutanalyse habe einen Nachweis von Escitalopram und Trazodon im therapeutischen Referenzbereich ergeben. Die Urinanalyse habe einen positiven Wert von Ecstasy gezeigt (S. 18 Mitte). Aus allgemeininternistischer Sicht sei der Beschwerdeführer in jeder Tätigkeit uneingeschränkt und ganztags arbeitsfähig, was auch rückwirkend gelte (S. 19 oben). 4.8.2

Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung habe der Beschwerdeführer angegeben, keine Drogen zu konsumieren (S. 19 oben). Er stehe um 11 Uhr auf, sitze und schaue fern und beschäftige sich mit Facebook. Nach dem Essen sei er regelmässig müde und schlafe dann auch. Die Ehefrau erledige die Hausarbeiten. Selten gehe er kleine Sachen selbst einkaufen. Kollegen habe er keine mehr, er habe nur noch in der Familie Kontakte. Letztes Mal verreist sei er im Februar, alleine auf die Philippinen. Dort sei es jeweils besser, er habe mehr Kontakte und sei weniger zurückgezogen. In der Schweiz habe er vor allem Angst wegen des Gehörs, dass er nichts verstehe. Er sei alleine mit dem Zug zur Begutachtung angereist (S. 21 oben). Das Gespräch habe 50 Minuten gedauert. Es bestehe eine leichte bis mittelgradige depressive Episode, gekennzeichnet durch verminderte Freudeempfindungsfähigkeit mit Besorgtheit, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen und negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation. Die depressive Störung habe sich im Rahmen von somatischen Problemen mit einer schweren chronischen Nierenproblematik entwickelt, zu der auch aus somatischer Sicht Stellung genommen werden müsse. Eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, auch mit antidepressiver Medikation, werde wahrgenommen. Der Beschwerdeführer fühle sich aber heute nicht mehr arbeitsfähig und begründe dies mit erhöhter Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit. Im

Untersuchungsgespräch seien zwar leichte Konzentrationsstörungen bei der genauen Angabe von Lebensdaten, aber auch eine gewisse Inkonsistenz aufgefallen, indem er gewisse Lebensdaten wieder sehr gut angeben könne. Er wirke vor allem wegen der Nierenproblematik sehr besorgt, mit Ängsten, dass sich seine Nierenfunktion wieder verschlechtern könne. Diese Ängste seien im Rahmen der Depression zu sehen; eine spezifische Angststörung könne nicht diagnostiziert werden. Es bestehe ein chronischer Verlauf, aber auch eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung. Durch den Konsum von Ecstasy könnten die Schlafstörungen verschlechtert werden. Auch von der immunsuppressiven Medikation wisse man, dass sie zu depressiven Symptomen führen könne (S. 22). Es bestehe in allen den Fähigkeiten entsprechenden und aus somatischer Sicht angepassten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 70 %, auch ganztags realisierbar, mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen (S. 23 oben). Die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung könne aufgrund der heutigen Untersuchung nicht bestätigt werden. Zwar bestehe eine gewisse Angespanntheit mit Nervosität, es fehle aber eine deutliche Entfremdung, die für diese Diagnose auch gefordert werde. Der Beschwerdeführer sei jedoch im Gespräch gut zugänglich gewesen und habe sich gut verbalisieren können. Eine Abstumpfung der Umgebung gegenüber bestehe nicht. Die Beurteilung durch die Ärztinnen der G.____

sei aufgrund der aktuellen Untersuchung nicht nachvollziehbar; eine andauernde Persönlichkeitsänderung bestehe nicht und unter genauer Berücksichtigung der Kriterien nach ICD-10 sei nicht von einer mittelgradigen depressiven Episode auszugehen. In der J.____ sei 2015 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert worden. Es sei gut möglich, dass die Depression punktuell im Sinne einer mittelgradigen depressiven Episode auch etwas stärker ausgeprägt gewesen sei, nicht aber gemittelt über den Verlauf. Eine Depression könne unter Behandlung günstig beeinflusst werden, so dass es sehr selten sei, dass sie länger schwerer ausgeprägt verlaufe. Es komme aber durchaus vor, dass eine leichtere depressive Episode lang anhaltend bestehe (S.

23). Auch unter einer intensivierten Behandlung sei wohl kaum zu erreichen, dass der Beschwerdeführer wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen werde (S. 24 oben). 4.8.3

Bei der rheumatologischen Beurteilung seien die Spontanbewegungen ungehindert, das Aufsitzen aus der Rückenlage ohne Beachtung der Rückendisziplin problemlos und der Barfußgang normal gewesen. Die Untersuchung aller grossen und kleinen Gelenke habe keine relevanten Auffälligkeiten gezeigt. Im Bereich der Wirbelsäule fänden sich leichte Bewegungseinschränkungen an der Lenden- und Brustwirbelsäule (LWS und BWS) sowie etwas deutlichere Bewegungsvermindierungen an der Halswirbelsäule (HWS), ausserdem supraskapuläre

Myogelosen und zervikale Irritationszonen rechts. Der kursorische Neurostatus sei unauffällig, insbesondere fehlten Hinweise für ein zerviko- oder lumboradikuläres Syndrom. Aktuelle Röntgenbilder zeigten leichte degenerative Veränderungen an der unteren HWS und der mittleren BWS, im Bereich der LWS lägen keine relevanten Auffälligkeiten vor, Hinweise für eine entzündliche Wirbelsäulenerkrankung stellten sich nicht dar und die Höhe der Wirbelkörper sei in allen Abschnitten erhalten. Zusammenfassend entspreche das Beschwerdebild einem zerviko- und thorakal betonten Panvertebralsyndrom ohne Hinweise für eine neurologische Komplikation oder eine andere spezifische Wirbelsäulenerkrankung. Die Beschwerden am linken Oberarm fänden kein klinisches Korrelat, die Untersuchung des linken Schultergelenks sei durchwegs unauffällig. Funktionell liege eine

leicht eingeschränkte Wirbelsäulenbelastbarkeit vor (S. 28). Körperlich schwere Tätigkeiten mit starker Rückenbelastung seien nicht mehr, mittelschwere Tätigkeiten mit mittelstarker Rückenbelastung seien nur noch mit einer Einschränkung von 50 % zumutbar. Körperlich leichte Tätigkeiten mit leichter Rückenbelastung sowie Möglichkeiten zu Wechselpositionen, ohne monoton-repetitive Haltungen oder Bewegungen und ohne gehäufte Überkopfarbeit, seien uneingeschränkt zumutbar. Gestützt auf die aktuellen Befunde sei davon auszugehen, dass auch zu einem früheren Zeitpunkt keine Einschränkungen für eine geeignete Tätigkeit vorgelegen hätten (S. 29). 4.8.4

Die nephrologische Begutachtung ergab einen 13 Jahre nach der Nierentransplantation erfreulichen Verlauf mit stabiler, sehr guter Transplantatfunktion (S.

30). Es bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus nephrologischer Sicht. Die angegebene erhöhte Ermüdbarkeit könne allenfalls auf die Polymedikation zurückgeführt werden, so dass eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 20 % infolge erhöhten Pausenbedarfs attestiert werden könne. Somit bestehe in jeder Tätigkeit sechs Monate nach der Transplantation eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 31). 4.8.5

Aus ophthalmologischer Sicht zeigten sich an beiden Augen eine kegelförmige Linse und es bestünden Netzhautveränderungen, die zu einer Sehschärfenminderung und einer vermehrten Blendungsempfindlichkeit führten. Aufgrund einer beginnenden Linsentrübung bestehe eine weitere vermehrte Blendungsempfindlichkeit und Sehschärfereduktion. Aufgrund einer Benetzungsstörung verspüre der Explorand Beschwerden wie Augenbrennen und -tränen. Es bestehe deshalb eine 15%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten, die ein durchschnittliches Sehvermögen erforderten. Dies begründe sich durch den etwas erhöhten Pausenbedarf, welcher der erhöhten Anstrengung beziehungsweise Kompensationsleistung geschuldet und durch die Sehdefizite verursacht sei (S. 33). 4.8.6

Seitens der audiologischen Untersuchungsbefunde, mit Zustand nach binauraler Hörgeräteversorgung bei pantonaler Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits, bestünden qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, so dass Tätigkeiten, welche ein gutes Sprachverständnis unter Störlärm voraussetzten, oder Tätigkeiten unter erhöhtem Umgebungsgeräuschpegel mit möglicher Zunahme der auditiven Schwierigkeiten sowie des Tinnitus nicht geeignet seien. Aus rein otorhinolaryngologischer Sicht bestehe unter Beachtung dieser Einschränkungen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit; die Einschränkung sei qualitativer Natur (S. 37 unten f.). 4.8.7

In ihrer Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer eine körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeit wie die zuletzt als Hilfspfleger ausgeübte nicht mehr zumutbar seien. In einer körperlich leichten, adaptierten Tätigkeit, unter Berücksichtigung der im otorhinolaryngologischen

Teilgutachten dargelegten Arbeitsplatzbedingungen, bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %. Die Einschränkungen aus psychiatrischer, nephrologischer und ophthalmologischer Sicht ergänzten sich bezüglich möglicher Pausen, es entstehe kein additiver Effekt. Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf von 10 bis 15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement (S. 40 unten f.).

Über die Zeit gemittelt könne unverändert von dieser Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Retrospektiv könne nicht genau erfasst werden, ab wann die im rheumatologischen Teilgutachten dargelegte volle Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere beziehungsweise 50%ige Arbeitsunfähigkeit für mittelschwere Tätigkeiten und somit auch für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit gelte, weshalb dies ab Mitte November 2016 angenommen werde (S. 41 Mitte).

Der Explorand erachte sich in jeglicher Tätigkeit als nicht mehr arbeitsfähig, was in deutlichem Gegensatz zur medizinischen Beurteilung stehe. Diese Diskrepanz begründe sich wohl dadurch, dass er davon ausgehe, sich vollständig gesund fühlen zu müssen und zu keiner Zeit Beschwerden verspüren zu dürfen, um einer beruflichen Erwerbstätigkeit nachgehen zu können, wogegen die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinisch-theoretischer Sicht auf einer anderen Grundlage festgelegt werde. Weiter sei darauf hinzuweisen, dass den Akten eine Suchtproblematik (Alkohol, Kokain, Opioide) zu entnehmen sei. Die aktuelle urtoxikologische Untersuchung sei negativ für diese Stoffe, jedoch positiv für Ecstasy gewesen; der Beschwerdeführer habe allerdings den Untersuchern gegenüber den Konsum illegaler Drogen verneint. Es sei deshalb möglich, dass er auch sonst nicht immer der Wahrheit entsprechende Angaben gemacht habe. Ferner sei es ihm auch weiterhin möglich, Langstreckenflüge in die Heimat zu tätigen, was mit einer vollständigen Invalidisierung nicht zu vereinbaren sei (S. 41). 4.9

Dr. med.

M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte mit Bericht vom 23. Juni 2017 (Urk. 7/262) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, Juni 2016 mittelgradig, aktuell leicht- bis mittelgradig (ICD-10 F33.0/1), seit 1999 - andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer und somatischer Erkrankung, seit 1999 - Alport-Syndrom mit sensorineuraler Schwerhörigkeit beidseits und Fundusveränderungen, seit zirka 1999 - Anämie, Osteopenie, chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom. Der Beschwerdeführer habe sich von März 2006 bis November 2007 in seiner Behandlung befunden und die letzte Kontrolle sei am 8. Juni 2017 erfolgt (Ziff. 1.2). Die früheren Ereignisse mit Pokerspielen, Geldgewinnen, Rückzahlungen ans Sozialamt und Strafverfahren hätten, zusammen mit den invalidisierenden und sich chronisch verschlechternden somatischen und psychischen Grundkrankung, die ihn arbeitsunfähig machen würden und wo er einen anhaltenden frustrierenden

« Kampf » mit der Beschwerdegegnerin erleben müsse, zu einer bis heute und auch auf längere Sicht anhaltenden schweren psychischen Störung geführt, die seine Persönlichkeit und sein Verhalten sehr verändert hätten. Gegenüber den früher gestellten Diagnosen der Alkoholabhängigkeit und des schädlichen Gebrauchs von Kokain und Opiaten seien höchste Zweifel angebracht, da dies nie zuvor ein Thema gewesen und vom Patienten auch klar verneint worden sei. Die depressive Seite zeige sich in den eingeschränkten sozialen Kontakten innerhalb der Kernfamilie und der fehlenden Mithilfe im Haushalt, den nur noch selektiven Aussenkontakten wie Arzt- und Kirchenbesuchen und wenigen Kontakten mit vertrauten Personen. Auch für eine tagesstrukturierende angepasste, noch so einfache Tätigkeit sei er viel zu schwach und stelle für jeden Arbeitgeber letztlich nur eine Belastung dar. Auch eine Tätigkeit im zweiten Arbeitsmarkt sei aufgrund der Einschränkungen zum Scheitern verurteilt (Ziff. 1.4). 4.10

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahmen die Ärzte des Y.____ am 16. April 2018 Stellung (Urk. 7/ 277) und hielten fest, dass eine zu untersuchende Person einem Arbeitgeber nicht zumutbar sei, wie vom Behandler geäußert, könne viele Gründe haben, sage aber nichts über eine allfällige, medizinisch begründbare Arbeitsunfähigkeit aus. Die im Gutachten getätigten Einschätzungen seien hinreichend begründet. Eine Persönlichkeitsänderung habe eindeutig nicht bestätigt werden können. 5. 5.1

Im Januar 2013 ging die Beschwerdegegnerin aufgrund der Diagnosen eines leichten depressiven Zustandsbildes im Sinne einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung anderer Gefühle (bei akzentuierten Persönlichkeitszügen, differentialdiagnostisch bei andauernder Persönlichkeitsänderung bei Schwerhörigkeit), eines hereditären Alport-Syndroms mit Status nach Nierentransplantation und Schwerhörigkeit sowie einer beidseitigen Myopie (vgl. vorstehend E. 3.1) sowie unter Berücksichtigung der Aktivitäten des Beschwerdeführers beim Pokerspiel

weiterhin von der bisher bestehenden 70%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfspfleger und in einer angepassten Tätigkeit aus (Urk. 7/147; vgl. Urk. 7/125 und Urk. 7/114). 5.2

Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten des Y.____ vom 13. Dezember 2016 (vorstehend E. 4.8) erging unter Berücksichtigung der praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1.5) , weshalb es grundsätzlich beweiswert ist. Insbesondere enthält es als einzige der vorhandenen medizinischen Akten eine umfassende Beurteilung sämtlicher Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers.

In somatischer Hinsicht trat im Vergleich zu 2013 eine Veränderung ein, indem zusätzlich zu den bestehenden Beeinträchtigungen eine leichte Niereninsuffizienz, ein beidseitiger Tinnitus sowie ein chronisches Panvertebralsyndrom mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt wurden (vgl. vorstehend E. 4.8.1).

Der rheumatologische Gutachter erachtete deshalb eine körperlich schwere Tätigkeit nicht mehr und eine mittelschwere Tätigkeit lediglich noch eingeschränkt als zumutbar, was die bisherige Tätigkeit als Hilfspfleger nun ausschliesst. Damit ist ein Revisionsgrund zu bejahen. 5.3

In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierte der

Y.____ -Gutachter eine leichte bis mittelgradige Episode, welcher er einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumass (vgl. vorstehend E. 4.8.1). Eine bis zu mittelgradig ausgeprägte Depression wurde bereits in früheren fachärztlichen Beurteilungen erkannt (vgl. vorstehend E. 3.1, 4.2, 4.6) und auch vom behandelnden Psychiater Dr. M.____ gestellt (vgl. 4.9). Abweichungen ergeben sich in der Frage der

Auswirkungen dieser Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (zum Beweiswert der übrigen vorhandenen psychiatrischen Beurteilungen vgl. nachfolgende E. 5.9). 5.4

Da ein Revisionsgrund zu bejahen ist, ist ein strukturiertes Beweisverfahren notwendig. Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) über wie grosser Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 5.5

Mit BGE 145 V 215 liess das Bundesgericht die bisherige Rechtsprechung fallen, wonach primäre Abhängigkeitssyndrome beziehungsweise Substanzkonsumstörungen zum vornherein keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschäden darstellen können, und ihre funktionellen Auswirkungen deshalb keiner näheren Abklärung bedürfen. Fortan ist - gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen - nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt. Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann immerhin dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder geeignet ist. Es bleibt daher etwa dann entbehrlich, wenn für eine - länger dauernde (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) - Arbeitsunfähigkeit nach bestehender Aktenlage keine Hinweise bestehen oder eine solche im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (E.

7).

Da der anlässlich der Begutachtung festgestellte Konsum von Ecstasy weder als Sucht noch als sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkend beurteilt wurde (vgl. vorstehend E. 4.8.1), ist dieser nicht in das strukturierte Beweisverfahren mitein zu beziehen. 5.6

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

Leidens druck (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). 5.7

Der psychiatrische Gutachter setzte sich eingehend mit den Standardindikatoren auseinander (vgl. S. 24 f. des Gutachtens). Seine Beurteilung umfasste das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde. Er ist bei der Beantwortung der Frage, wie er das Leistungsvermögen einschätzte, den einschlägigen Indikatoren gefolgt, hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und seine versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektiver Grundlage erfolgt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen. Insbesondere wurde zum beweisrechtlich entscheidenden Aspekt der Konsistenz nachvollziehbar dargelegt, dass sich der Beschwerdeführer durchaus konzentrieren können, wenn er sich zusammengenommen habe, was in Anbetracht der früher bei unveränderter Diagnose erfolgreich möglichen Pokerspielen zu überzeugen vermag. Ebenfalls sind allein bewältigte Langstreckenflüge bei der Konsistenz berücksichtigt worden, wie auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer den Gebrauch von Ecstasy verschwiegen. Auf die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % ist deshalb abzustellen, zumal auch aus einer Indikatorenprüfung keine höhere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte resultieren kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_279/2019 vom 5. September 2019 E. 4.2.3). 5.8

Dass, wie der Beschwerdeführer vorbringt, eine mittelgradige und nicht eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode vorliege (vgl. Urk. 1 S. 7 unten f.), vermag nicht zu überzeugen, da in invalidenversicherungsrechtlich nicht die Diagnosen und deren Anzahl, sondern die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit entscheidend sind (BGE 136 V 279 E.3.2.1 S. 281 mit Hinweis auf BGE 127 V 294). Diese wurden nachvollziehbar beurteilt. Im Übrigen ging auch der behandelnde Therapeut Dr. M.____ von einer aktuell leicht- bis mittelgradigen Ausprägung aus (vgl. vorstehend E. 4.9). Was die Kritik hinsichtlich der Verwendung von Testverfahren angeht (vgl. Urk. 1 S.

E. 8

unten), kann der Beschwerdeführer auf die Rechtsprechung verwiesen werden: Dem testmässigen Erfassen der Psychopathologie ist im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur eine ergänzende Funktion beizumessen. Ausschlaggebend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil 9C_344/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 3.1.5 mit Hinweis), welche vorliegend lege artis erfolgte. 5.9

Die übrigen fachärztlichen Berichte vermögen die gutachterliche Beurteilung nicht umzustossen. So schienen die Fachärztinnen der G.____, wie Dr. H.____ zu Recht ausführte (vgl. vorstehend E. 4.4), zu verkennen, über welche Fähigkeiten ein erfolgreicher Pokerspieler verfügen muss. Es ist nicht nachvollziehbar und blieb dies auch auf Nachfrage hin (vgl. vorstehend E. 4.3), weshalb trotz der bekannten Erfolge als Pokerspieler von einer massiven Einschränkung in sozialen, beruflichen und zwischenmenschlichen Funktionen ausgegangen und das Pokerspiel « mangels Relevanz » nicht in die Beurteilung mit einbezogen

wurde.

Weshalb die Diagnose einer Persönlichkeitsveränderung nicht genügend schlüssig sei, wurde im Y.____ -Gutachten nachvollziehbar erklärt (vgl. vorstehend E. 4.8.2). Insgesamt vermag die Beurteilung durch die G.____ -Ärztinnen nicht zu überzeugen.

Der Bericht der Ärzte der J.____ (vgl. vorstehend E. 4.6) enthält keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, jedoch Hinweise auf eine psychosoziale Beteiligung: Der krisenhafte Zustand sei dadurch ausgelöst worden, dass ihm Versicherungsleistungen entzogen worden seien. Diese psychosozialen Umstände wurden auch von Dr. M.____ genannt, der zudem offensichtlich ohne Kenntnis der Feststellungen im Y.____ -Gutachten davon ausging, dass ein Substanzgebrauch « nie ein Thema » gewesen sei und von den alleine bewältigten Langstreckenflügen wohl nichts wusste, ansonsten er kaum den Beschwerdeführer selbst für eine tagesstrukturierende einfache Tätigkeit als zu schwach beurteilt hätte (vgl. vorstehend E. 4.9). Den genannten Berichten fehlt es zudem an verlässlichen Angaben hinsichtlich der Indikatoren. 5.10

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gestützt auf das Y.____ -Gutachten die angestammte Tätigkeit nicht mehr, eine behinderungsangepasste Tätigkeit jedoch zu 70 % zumutbar ist, sofern es sich um eine körperlich leichte Tätigkeit ohne gutes Sprachverständnis unter Störlärm oder Tätigkeiten mit erhöhtem Umgebungsgeräuschepegel handelt. Der Einfluss der Immunsuppressiva wurde im Rahmen des erhöhten Pausenbedarfs berücksichtigt (vgl. vorstehend E. 4.8.4). Die Einschränkungen aus psychiatrischer, nephrologischer und ophthalmologischer

Sicht ergänzten sich bezüglich möglicher Pausen, es entstehe kein additiver Effekt. Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf von 10 bis 15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement (vgl. vorstehend E. 4.8.7). 6. 6.1

Da die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist, wurde ein neuer Einkommensvergleich durchgeführt. Der Beschwerdeführer verkennt (vgl. Urk. 1 S.

16 Ziff. 2.1), dass diese Veränderung geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidität ist daher neu zu bemessen, d.h. in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend (« allseitig ») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E.

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