

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00756 vom 6. Juli 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-07-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00756](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00756)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00756 du 6 juillet 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00756 del 6 luglio 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1963, ohne Berufsausbildung, war zuletzt vom 18. November 2015 bis am 30. Juni 2016 als Hilfskoch bei der Y.\_\_\_\_ AG tätig, wobei sein letzter Arbeitstag der 6. April 2016 war (Urk. 7/18/3). Am 24. Juni 2016 meldete er sich unter Hinweis auf mehrere Herzinfarkte, chronische Schmerzen und Angstzustände sowie Belastungsdyspnoe, eine Rückenoperation, Depressionen und Augenprobleme bei der Schweizerischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, führte in der Folge medizinische (Urk. 7/10, Urk. 7/15 ff., Urk. 7/23 ff.) und erwerbliche (Urk. 7/11, Urk. 7/18) Abklärungen durch und veranlasste eine polydisziplinäre medizinische Expertise in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Rheumatologie bei der Z.\_\_\_\_ (Urk. 7/41), welche am 2. Mai 2018 erstattet wurde (Urk. 7/47). Mit Vorbescheid vom 24. Mai 2018 stellte die IV-Stelle dem Beschwerdeführer die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/52). Nachdem der Versicherte dagegen Einwand erhoben hatte (Urk. 7/56), entschied die IV-Stelle mit Verfügung vom 12. Juli 2018 im angekündigten Sinne (Urk. 7/59 = Urk.

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes 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 (Art.

### **E. 1.3**

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 unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (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. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.4**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

### **E. 2**

Hiergegen erhob der Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Emil Robert Meier, am 12. September 2018 Beschwerde mit den Anträgen, die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 12. Juli 2018 sei aufzuheben und es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei das Verfahren an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese den Sachverhalt ergänzend abkläre (so insbesondere den psychischen Gesundheitszustand) und einen neuen Entscheid fälle. Ferner sei eine Evaluation der funktionellen (arbeitsbezogenen) Leistungsfähigkeit vorzunehmen und - falls eine Arbeitsfähigkeit bejaht werde - Massnahmen beruflicher Art anzuordnen. In prozessualer Hinsicht beantragte der Beschwerdeführer sodann die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2018 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Verfügung vom 30. Oktober 2018 wurde die GastroSocial Pensionskasse zum Verfahren beigelegt (Urk. 8), diese verzichtete am 29. November 2018 auf Stellungnahme (Urk. 9). Am

6. Dezember 2018 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Emil Robert Meier, Dielsdorf, als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt, gleichzeitig erfolgte die Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 10). In der Replik vom 16. Januar 2019 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest und reichte zusätzliche ärztliche Berichte ein (Urk. 11, Urk. 12/1-2). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 20. Februar 2019 auf die Erstattung einer Duplik (Urk. 15). Dies wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 21. Februar 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk. 16). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung dahingehend, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Hilfskoch seit Mai 2016 nicht mehr vollumfänglich zumutbar sei. Eine körperlich leichte Tätigkeit sei ihm jedoch gemäss allgemeinmedizinischer und rheumatologischer Untersuchung weiterhin zu 100 % möglich (Urk. 2 S. 1). Im psychiatrischen Fachbereich werde dem Beschwerdeführer auch für eine leichte Arbeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert. Allerdings seien diesbezüglich noch nicht alle therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft. Die psychiatrisch bedingten Einschränkungen seien behandelbar und führten nicht zu einer dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus diesem Grund würden lediglich die körperlich bedingten Einschränkungen berücksichtigt (Urk. 2 S. 2). Für die Berechnung des daraus folgenden Invaliditätsgrads sei ein Einkommensvergleich durchgeführt worden, der keine gesundheitsbedingte Erwerbseinbusse ergeben habe (Urk. 2 S. 2).

Bezugnehmend auf die Einwandbegründung des Beschwerdeführers erwog die Beschwerdegegnerin, die psychiatrische Beurteilung sei nicht nachvollziehbar, da der Beschwerdeführer vor allem an Platz- und Höhenangst leide, bei Vermeidung dieser Faktoren sei eine Verweistätigkeit zu 100 % möglich. Die unzureichende Einnahme des verordneten Medikaments weise sodann auf einen fehlenden Leidensdruck hin (Urk. 2 S. 2).

In der Beschwerdeantwort führte die Beschwerdegegnerin aus, mangels objektiver Befunde im Psychostatus und nachvollziehbarer Einschränkungen als Ergebnis der Mini-ICF-APP sei die psychiatrisch attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit insgesamt nicht nachvollziehbar (Urk. 6 S. 1). Dies sei insbesondere auch vor dem Hintergrund der im gesamten Gutachten an verschiedenen Stellen angeführten Diskrepanzen und diffusen Angaben der Fall. Insgesamt sei ein invalidisierendes psychisches Leiden nicht ausgewiesen (Urk. 6 S. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer argumentierte in der Beschwerdeschrift, die Beschwerdegegnerin sei von einer falschen, verkürzten Einschätzung seines Gesundheitszustandes ausgegangen. So blende sie insbesondere die somatischen Beschwerden aus und reduziere die gutachterliche Diagnose auf eine Platz- und Höhenangst,

obschon eine Panikstörung diagnostiziert worden sei. Ebenfalls nicht berücksichtigt werde sodann die klare Wechselwirkung der verschiedenen Diagnosen (Urk. 1 S. 6). Bei richtiger Würdigung des Gutachtens hätte ihm deshalb zumindest eine halbe Rente, unter

Berücksichtigung des Leidensabzuges gar eine Dreiviertelrente zugesprochen werden müssen (Urk. 1 S. 7).

Die behandelnden Ärzte hätten so dann weitere und zum Teil schwerwiegendere Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Im Gutachten erfolge keine eigentliche Auseinandersetzung und überzeugende Wiederlegung dieser Diagnosen, dieses weise damit nicht die erforderliche Abklärungstiefe und -dichte auf, die eine sachgerechte Überprüfung der von den behandelnden Ärzten getroffenen Diagnosen zulasse ( Urk. 1 S. 7 f.).

Ferner sei nicht hinreichend abgeklärt worden, welche Tätigkeiten ihm auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt überhaupt noch offen stünden. Eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit sei unabdingbar. Je nach Feststellungen müsse alsdann geprüft werden, ob berufliche Massnahmen erforderlich seien ( Urk. 1 S.

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob das polydisziplinäre Gutachten vom 2. Mai 2018 ( Urk. 7/47) den Anforderungen an eine beweiswerte medizinische Beurteilung entspricht sowie ob die Beschwerdeführerin zu Recht von der vom psychiatrischen Gutachter attestierten Arbeitsunfähigkeit abgewichen ist und gestützt darauf einen Rentenanspruch verneint hat. 3. 3.1

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 1. Juli 2016 die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ( Urk. 7/10/1): - koronare Herzkrankheit (seit 2011) - posttraumatische Belastungsstörung mit Somatisierungstendenz, Depression und Angststörung (ICD-10 F43.1 ; seit Jahren) - chronisches Schmerzsyndrom (seit Jahren)

- Diskushernie L3/4 (2015)

Dr. A.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer klagt seit einer Herzkatheter-Operation im Jahr 2011 und einer Verletzung des linken Fusses im Jahr 2013 über einen komplizierten Beschwerdekomples mit somatischen und psychosomatischen Anteilen. Der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit als Hilfskoch ab dem 25. April 2016 bis auf weiteres nicht arbeitsfähig ( Urk. 7/10/2). Zumutbar seien lediglich rein sitzende Tätigkeiten in einem Pensum von 50 - 80 % ( Urk. 7/10/5). 3.2

Im Juni 2016 beurteilte Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, den Beschwerdeführer konsiliarisch und stellte dabei im Bericht vom 16. August 2016 auf seinem Fachgebiet einen Status nach Lumboischialgie links zufolge grosser linksparamedianer Diskushernie L3/4 bei Dekompressions- und Sequestrektomie-Operation L3/4 links am 26. März 2015 fest. Präoperativ habe eine Radikulopathie L4/5 sensomotorisch linksbetont mit axonalen Schädigungszeichen vorgelegen, nach vorübergehender Beschwerdebesserung bestünden

aktuell ischi algieforme Beinschmerzen links ( Differentialdiagnose im Rahmen einer Denervationsneuropathie ). Das postoperative Verlaufs-MRI der Lendenwirbelsäule habe keine Rezidivhernie und kein Korrelat für eine akute Neurokompression gezeigt. Klinisch lägen keine motorischen Defizite aber eine dermatomübergreifende verminderte Oberflächensensibilität mit Ausweitung in die gesamte linke Körperhälfte ( differentialdiagnostisch im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung )

vor. Es seien vier von fünf

Waddell -Zeichen positiv , dies sei ein Hinweis für eine erhebliche funktionelle Überlagerung der Beschwerden. Ferner diagnostizierte Dr. B.\_\_\_\_ ein chronifiziertes Schmerzsyndrom des oberen Sprunggelenks und Fusses links bei Verkehrsunfall im August 2013, wobei ein MRI im Februar 2014 keine ossäre oder tendoligamentäre Verletzung und keine relevante Degeneration gezeigt habe, gemäss der Beurteilung der Klinik C.\_\_\_\_

vom Februar 2014 liege eine Dekonditionierung und ein Sinus tarsi -Syndrom vor. Die Beschwerden hätten sich vorübergehend und partiell nach einer Infiltration am 19. Februar 2014 gebessert und im Verlauf der physiotherapeutischen Behandlung stabilisiert ( Urk. 7/16/7). Der Arzt schloss, es bestehe ein mehrheitlich muskuläres Beschwerdebild auf dem Boden einer erfolgten Wirbelsäulenoperation mit Status nach Traumatisierungen der linken unteren Extremität und mit einer erheblichen somatoformen Überlagerungskomponente ( Urk. 7/10/7). 3.3

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Kardiologie , stellte anlässlich einer Verlaufskontrolle am 17. Januar 2017 die folgenden Diagnosen ( Urk. 7/32/15): - Muskuloskelettale Thoraxschmerzen - Koronare Herzkrankheit bei Zustand nach Koronarangiographien am 22. Februar 2011 mit PTCA/ Stenting der RCA und Direkt- Stenting der distalen RCA und am 5. Mai 2016 mit

PTCA/ Stenting der RCA, Direkt - Stenting des Intermediärastes sowie PTCA/ Stenting des 2. RCX- Posterolateralastes und des distalen RCX - Arterielle Hypertonie - Hypercholesterinämie - Status nach Nikotinabusus (seit 12/2010 nach kumulativ 20 pack years sistiert) - Angststörung mit funktionellen nächtlichen Thoraxschmerzen

Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer habe sich aufgrund von weiterhin rezidivierend geklagten , stets in der Ruhe manifesten , druckartigen Thoraxschmerzen und gehäuft begleitenden Dyspnoebeschwerden vorgestellt ( Urk. 7/32/15). Er stellte fest, die Thoraxschmerzen entsprächen muskuloskelettalen Beschwerden. Die erhobenen Untersuchungsbefunde hätten keine Hinweise für eine hämodynamisch relevante Progression der bekannten Koronaratheromatose ergeben ( Urk. 7/32/16). 3.4

Ab 18. Mai 2016 hatte sich der Beschwerdeführer in psychotherapeutische Behandlung zu Dr. med. E.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie , begeben, die in delegierter Therapie mit lic. phil. F.\_\_\_\_ , Psychotherapeutin, arbeitet. Im Bericht vom 18. September 2017 hielten die Therapeutinnen fest , der Beschwerdeführer leide an einer generalisierenden Angststörung im Sinne von ICD-10 F41.1 mit Panikattacken als Reaktion auf situative Gegebenheiten (Angst im Tunnel, Höhenangst), an einer posttraumatischen Belastungsstörung im Sinne von ICD-10 F43.1 sowie an einer chronischen Schmerzstörung ( Urk. 7/31/1). Die bisherige Tätigkeit als Hilfskoch sei ihm nicht mehr zumutbar, mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden ( Urk. 7/31/4). 3.5

Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, beschrieb in seinem Bericht vom 21. September 2017, seit der Rückenoperation im Jahr 2011 gehe beim Beschwerdeführer alles abwärts. Trotz der Operation habe er bis heute einschränkende Rückenschmerzen , obwohl eine intensive Schmerz- und Physiotherapie durchgeführt werde . Nach der Herzoperation sei es ihm noch mals schlechter gegangen . Trotz der Einlage eines Stents

und unauffälliger kardilogischer Untersuchungen klage der Beschwerdeführer weiterhin über eine Anstrengungsdyspnoe und ein Schwindelgefühl sowie eine starke Leistungsintoleranz. Ferner habe er seit längerem Schmerzen am linken oberen Sprunggelenk und Fuss bei einem Status nach einem Unfall in Sri Lanka. Trotz mehrfachen Infiltrationen und Abklärungen sei er weiterhin nicht beschwerdefrei. Aktuell werde eine neurologische Abklärung zum Ausschluss einer peripheren Polyneuropathie und es würden orthopädische /wirbelsäulenchirurgische Abklärungen durchgeführt. Hinzu kämen eine seit längerem bestehende Schlafstörung, eine Konzentrationsstörung sowie Depressionen und Angst. Trotz

intensiver medikamentöser Therapie und Psychotherapie zeige sich keine Besserung. Der Beschwerdeführer brauche ständige Begleitung, welche durch die Spitex gemacht werde (Urk. 7/32/7). Er sei sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit arbeitsunfähig (Urk. 7/32/8). 3. 6

### 3. 6 .1

Im am 2. Mai 2018 erstatteten polydisziplinären Gutachten stellten die Gutachter folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/47/33): - Koronare Herzerkrankung - Zustand nach NSTEMI am 21. Februar 2011 - Zustand nach PTCA und Stenting der RCA am 21. Februar 2011 - Zustand nach Mehrfach-PTCA und Stenting der RCA und der RCX am 5. Mai 2016 - Zuletzt im Januar 2017 unauffällige Dobutamin-Stressechokardiographie und unauffällige Echokardiographie mit normaler systolischer und diastolischer Funktion - Panikstörung (episodisch-paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0)

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen sie den folgenden gesundheitlichen Störungen zu (Urk. 7/47/33 f.): - Hypotone Kreislaufdysregulation, höchstwahrscheinlich medikamentös bedingt - Zustand nach Nikotinkonsum, ca. 20 J - Vorbekannte Hyperlipidämie - Anamnestisch rezidivierendes Erbrechen und Inappetenz bei gastrokopisch am 20. April 2016 diagnostizierter Gastritis - Zustand nach Dekompression und mikrochirurgischer Sequestrektomie L3/4 am 26. März 2015 ohne verbliebene radikuläre Problematik oder funktionelle Einschränkung - Diskushernie L3/4 links ohne radikuläre Symptomatik - Keine erkennbaren Folgeschäden der OSG-Verletzung, beziehungsweise Dis torsion links vom 16. Februar 2015 3. 6 .2

Gemäss Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, sei aus internistischer Sicht die koronare Herzerkrankung, die sich erstmals am 21. Februar 2011 in Form eines nicht-ST-Hebungsinfarktes manifestiert habe, das Hauptproblem. Es sei daraufhin koronarangiografisch eine PTCA mit Stenting der RCA sowie ein direkt- Stenting der distalen RCA durchgeführt worden. Am 3. Mai 2016 habe erneut koronarangiografisch interveniert werden müssen. Anlässlich der letzten kardiologischen Kontrolle im Januar 2017 habe eine neuerlich hämodynamisch relevante koronare Herzerkrankung ausgeschlossen werden können. Im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung hätten sich klinisch keine kardiopulmonalen Dekompensationszeichen (keine Beinödeme, auskultatorisch kein Hinweis für eine pulmonale Stauung) gezeigt. Auffallend sei ein an beiden Armen gemessener erniedrigter Blutdruck. Der Herzrhythmus sei regelmässig, jedoch tachykard. Die vom Beschwerdeführer angegebenen wiederkehrenden Kreislaufprobleme und Schwindelsymptome seien höchstwahrscheinlich (mit)bedingt durch die niedrigen Blutdruckwerte. Die ebenfalls beklagten wiederkehrenden retrosternalen Druckschmerzen seien nicht eindeutig Angina pectoris -typisch. Nicht ausschliessbar sei

jedoch eine small  
vessel

disease, also eine Durchblutungsstörung des Herzmuskels infolge Erkrankung der kleinen Koronararterienäste. Dem Beschwerdeführer seien aufgrund der koronaren Herzerkrankung körperlich schwere sowie überwiegend mittelschwere Arbeiten nicht mehr zuzumuten. Die von ihm beschriebene Appetitlosigkeit, die häufige Übelkeit und das angeblich tägliche Erbrechen seien in Anbetracht des Übergewichtes kritisch zu hinterfragen, differentialdiagnostisch seien die Symptome als Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie oder im Sinne einer Somatisierungsstörung zu werten (Urk. 7/47/27 f.). 3. 6. 3

Dr. med. I. \_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie, stellte auf seinem Fachgebiet keine für die Arbeitsfähigkeit relevanten Diagnosen (Urk. 7/47/65). Er hielt erhebliche Diskrepanzen zwischen den vorgetragenen Beschwerden, den objektiven Befunden und dem Verhalten bei der Untersuchung fest. Bei sämtlichen Untersuchungsschritten habe der Beschwerdeführer dagegen gespannt, jedoch keine Schmerzäußerung getätigt. Nur auf Befragen habe er allg. gemeine Schmerzen von Kopf bis Fuss genannt. Objektiv hätten im Bereich des gesamten Bewegungsapparates keine funktionellen Einschränkungen oder entzündliche Veränderungen festgestellt werden können (Urk. 7/47/66). 3. 6. 4

Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung habe der Beschwerdeführer gegenüber med. pract. J. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ausgeführt, sein Hauptproblem seien Angstzustände. Auf Nachfrage hin habe er erläutert, er habe Platzangst, er leide zum Beispiel bei der Benutzung eines Lifts unter einem Druckgefühl, bei Benutzung des Treppenhauses möge er wegen der Höhe, in der er sich dann befinde,

nach dem dritten Stock nicht mehr weiter aufsteigen. Auch das Befahren von Tunnels bereite ihm Ängste. Diese Symptomatik habe nach der ersten Herzoperation begonnen, gesteigert hätten sich diese «Angstzustände» nach der zweiten Operation im Mai 2016. Der Beschwerdeführer habe weiter berichtet, dass er seit zwei Jahren nicht mehr gut geschlafen habe, nur noch mit Medikamenten. Er erwache in der Nacht, habe das Gefühl, es würge ihn jemand, und er stehe dann auf. Dann sei sein Blutdruck erhöht, er habe Augenschmerzen und ein Druckgefühl. Die von ihm eingenommenen Medikamente würden die Symptome für etwa 30 Minuten lindern. Die Ängste träten etwa drei- bis viermal pro Tag auf und würden etwa 30 Minuten andauern. Ebenfalls reagiere er auf Geräusche schreckhaft, es entstehe dann ein Brustdruck, der zu einem Kopfschmerz im Hinterhaupt führe. Er könne auch keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen wegen der Ängste. Er lebe sehr zurückgezogen und sei viel allein. Weiter habe der Beschwerdeführer einen Körperschmerz der gesamten linken Körperhälfte, median begrenzt, beklagt, der ständig vorhanden und von gleicher Schmerzintensität sei (Urk. 7/47/79 f., 7/47/83).

Dr. J. \_\_\_\_, stellte fest, bei der psychiatrischen Exploration hätten sich von Seiten des Psychostatus kaum Auffälligkeiten feststellen lassen, insbesondere keine depressive Symptomatik. Die von der behandelnden Psychiaterin und Psychologin diagnostizierten psychischen Störungen,

posttraumatische Belastungsstörung ICD-10 F43.1 oder eine Störung aus dem somatoformen Diagnose Spektrum, hätten nicht bestätigt werden können, da die nötigen Kriterien des ICD-10 nicht erfüllt seien. Einzig ein

Leiden aus dem Bereich der phobischen Störungen und der Angststörungen scheine zu bestehen, namentlich eine Panikstörung, episodisch-paroxysmale Angst (ICD-10 F41.1). Vorstellbar erscheine, dass die Symptomatik tatsächlich seit der zweiten Herzoperation aufgetreten sei. Allerdings seien

die sich daraus ergebenden Einschränkungen doch eher als wenig ausgeprägt zu bezeichnen. Es sei eher der Eindruck entstanden, der Beschwerdeführer habe sich mit den Gegebenheiten eingerichtet und

goutiere die bestehende Versorgung durch die Ehefrau und die Spitex durchaus. Die beklagte Schlafstörung scheine doch auch deutlich mit einer mangelnden Schlafhygiene und dem Fehlen einer Aufgabe und einer Strukturierung im Alltagsleben in Verbindung zu stehen. Als Inkonsistenz sei festzuhalten, dass die Laboruntersuchung ergeben habe, dass die Psychopharmakamedikation wohl nicht, zumindest nicht in der angegebenen Regelmässigkeit und Dosierung eingenommen werde. Vor dem Hintergrund der gemachten Angaben sowie der Untersuchung und Exploration müsse die Einschränkung des Beschwerdeführers gegenwärtig als eine Teilarbeitsunfähigkeit betrachtet werden, die jedoch noch therapeutischen Interventionen zugänglich sein sollte. Das aktuelle Verhalten des Beschwerdeführers erscheine vorwiegend von persönlicher Krankheitsüberzeugung, Lebensentwürfen und Zielsetzungen, durch psychosoziale und soziokulturelle Überlegungen, aber auch durch Zukunftsperspektiven im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen im Alter zumindest vorbewusst bis bewusst geprägt und bedingt zu sein. Hieraus resultiere ein teilweise auch appellativ vorgebrachtes Schon- und Vermeidungsverhalten. Allfällige Hinweise auf Verdeutlichungstendenzen, Aggravation, Simulation oder Dissimulation hätten sich nicht ergeben (Urk. 7/47/89 ff.).

Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der Lage, sämtliche seinem körperlichen Belastungsprofil angepassten Tätigkeiten mit einer integralen Reduktion von 50 % zu verrichten (Urk. 7/47/92). 3. 6. 5

Die Gutachter kamen zum Schluss, der Beschwerdeführer sei aus interdisziplinärer Sicht in der angestammten Tätigkeit als Hilfskoch und auch in einer Verweistätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig. Massgeblich hierfür seien die auf psychiatrischem Fachgebiet festgestellten Gesundheitsstörungen. Der Beschwerdeführer könne aufgrund seiner Herzerkrankung keine schweren oder überwiegend mittel schweren Tätigkeiten mehr ausüben. Ideal angepasste Tätigkeiten/Verweistätigkeiten seien aus internistischer Sicht jedoch noch zu 100 % zumutbar. Es solle sich hierbei um leichte Arbeiten handeln, die entweder im Sitzen oder im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen ausgeübt würden. Arbeiten in Nacht- oder Wechselschicht, unter Zeitdruck oder im Akkord seien nicht mehr möglich. Diese Arbeitsfähigkeit bestehe schon seit Juli 2016 (Urk. 7/47/35 f.). 3. 7

Dr. E.\_\_\_\_ und lic. phil. F.\_\_\_\_

berichteten am 7. Januar 2019, dass das nun bereits zweieinhalb Jahre dauernde Verfahren zum Erhalt einer Invalidenrente beim Beschwerdeführer wiederholt zu einer Retraumatisierung geführt habe, mit suizidalen Gedanken, vermehrten Schlafstörungen und erhöhter Somatisierungstendenz. Er sei seit Jahren anhaltend und voraussichtlich dauernd zu 100 % arbeitsunfähig. Abgesehen von der aktuellen psychischen Befindlichkeit sei das Zustandsbild unverändert. An den bisher gestellten Diagnosen hielten sie fest (Urk. 12/1 S. 1). 3. 8

Dieser Ansicht schloss sich Dr. G.\_\_\_\_ an . In seinem Bericht vom 11. Januar 2019 wies er darauf hin, dass der Beschwerdeführer trotz Einnahme von Medikamenten an Schmerzen und Schlafstörungen leide und er wegen der Nebenwirkungen der Medikamente vermehrt müde sei. Er schloss daraus , der Beschwerdeführer sei aufgrund dieser Einschränkungen zu 100 % arbeitsunfähig und nicht belastbar ( Urk. 12/2). 4.

#### 4.1

Die vom internistischen und orthopädischen Gutachter gestellten Diagnosen und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sind unter den Parteien nicht umstritten (vgl. Urk. 1, Urk. 2). Mit den Beurteilungen durch die behandelnden Ärzte stimmen sie insoweit überein, als auch der Kardiologe Dr. D.\_\_\_\_ anlässlich der letzten Verlaufskontrolle vom 17. Januar 2017 unauffällige Befunde erhob ( Urk. 7/32/16) und der Rheumatologe Dr. B.\_\_\_\_ keine objektiv nachvollziehbare Begründung für die geklagten Rückenschmerzen des Beschwerdeführers finden konnte und daher sowie aufgrund der positiven Waddell-Zeichen auf eine erhebliche funktionelle Überlagerung der Beschwerden schloss.

Hinsichtlich der Schmerzen am linken oberen Sprunggelenk konnte Dr. B.\_\_\_\_ sodann ebenfalls keine ossäre oder tendinoligamentäre Verletzung eruieren, das in der Klinik C.\_\_\_\_

diagnostizierte Sinus

tarsi - Syndrom habe sich im Verlauf der Physiotherapie stabilisiert ( Urk. 7/16/7) .

Auch das von den Gutachtern formulierte somatische Belastungsprofil (vgl. Urk. 7/47/35 f.) überzeugt, da es aufgrund der diagnostizierten koronaren Herzkrankheit nachvollziehbar ist, dass dem Beschwerdeführer nur noch leichte Arbeiten, entweder im Sitzen oder im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen, möglich sind, unter Ausschluss von Arbeiten, die in Nacht- oder Wechselschicht, unter Zeitdruck oder im Akkord ausgeübt werden ( Urk. 7/47/35 f.). Dass der orthopädische Gutachter sodann lediglich Arbeiten mit höheren Belastungen für die Wirbelsäule als nicht zumutbar erachtete ( Urk. 7/47/36) , ist angesichts der aktuell fehlenden objektiven Befunde begründet.

Die vom Beschwerdeführer beantragte zusätzliche Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit

kann bei - wie hier - zuverlässiger ärztlicher Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der Regel unterbleiben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_433/2018 vom 5. Oktober 2018 E.

#### 4.2) .

Insgesamt ist festzuhalten, dass der internistische und der orthopädische Gutachter den medizinischen Sachverhalt in einer schlüssigen und nachvollziehbaren Weise darlegten . Das Gutachten basiert auf den Vorakten und den eigenen klinischen Untersuchungen. Es erfüllt die von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen, so dass darauf abgestellt werden kann. 4.2

In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierte der begutachtende Facharzt J.\_\_\_\_ eine Panikstörung, episodisch-paroxysmale Angst (ICD-10 F41.0 ; Urk. 7/47/91 ). Die von den behandelnden Fachpersonen gestellten Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) und einer chronischen Schmerzstörung konnte er dagegen mangels Erfüllung der diagnoserelevanten ICD-10-Kriterien nicht bestätigen ( Urk. 7/47/89). Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor , im Gutachten erfolge keine eigentliche

Auseinandersetzung und ebenso wenig eine überzeugende Widerlegung dieser Diagnosen .  
Damit erweise sich das Gutachten nicht als eine ausreichende Grundlage für die Beurteilung  
( Urk. 1 S. 7).

Die Beurteilung durch med. pract. J. \_\_\_ beruht auf einer mittels einer Dolmetscherin  
vorgenommenen Untersuchung ( Urk. 7/47/86) mit ausführlicher psychiatrischer  
Anamnese , anlässlich derer sich der Beschwerdeführer zu den aus seiner Sicht bestehenden  
Problemen frei äussern konnte , wobei der Gutachter je weils vertiefende Fragen  
insbesondere zum konkreten Auftreten der Symptome stellte ( Urk. 7/47/79 ff.) . Inwiefern  
der Arzt dabei erhebliche Themenbereiche nicht oder nicht genügend exploriert haben soll,  
wird vom Beschwerdeführer nicht dargetan, dafür finden sich auch keine Anhaltspunkte.  
Ferner erhob er den Psychostatus nach AMDP ( Urk. 7/47/86) sowie mittels der Ergebnisse  
weiterer testpsychiatrischer Untersuchungen wie der Hamilton Depressions-Skala und der  
Mini-ICF-APP ( Urk. 7/47/88) . Sein Schluss, es sei einzig eine Panikstörung zu  
diagnostizieren , stützte sich auf die sehr umfangreichen Explorationen. Zudem nahm er  
Bezug auf die einzelnen , von den behandelnden Fachpersonen gestellten Diagnosen und  
legte dar, dass die Diagnosekriterien dafür nicht erfüllt seien . Zwar diskutierte er das  
(Nicht-)Vorliegen der Kriterien nicht im Einzelnen, dies erscheint jedoch angesichts der  
Tatsache, dass

die behandelnden Fachpersonen in ihrem Bericht ihre Diagnosestellungen nicht weiter  
begründeten ,

nicht als erforderlich.

Allgemein ist sodann darauf hinzuweisen, dass nicht die diagnostische Einordnung eines  
Gesundheitsschadens entscheidend ist, sondern die zugrundeliegenden psychiatrischen  
Befunde (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts  
8C\_782/2012 vom 22. Oktober 2013 E.

4.3.3). Diese waren gemäss dem anlässlich der Begutachtung erhobenen Psychostatus  
weitgehend unauffällig. Die durch die behandelnden Fachpersonen im Bericht vom 7.  
Januar 2019 geschilderte Antriebslosigkeit und depressive Verstimmung waren anlässlich  
der Begutachtung nicht vorhanden ;

med. pract.

J. \_\_\_ legte ausdrücklich dar, dass keine depressive Symptomatik habe festgestellt werden  
können ( Urk. 7/47/89). Die Schlaflosigkeit wurde sodann überzeugend durch die man-  
gelnde Schlafhygiene und mit dem Fehlen einer Aufgabe oder Struktur erklärt , zumal der  
Haushalt von der arbeitstätigen und den ganzen Tag abwesenden Ehefrau bewältigt wird .  
Der Beschwerdeführer beteiligt sich nicht daran aufgrund der von ihm empfundenen,  
allerdings nicht objektivierbaren körperlichen Beschwerden ( Urk. 7/47/85, Urk. 7/47/90).

Eine allfällige Retraumatisierung durch das andauernde Verfahren zur Erlangung einer  
Invalidenrente , wie dies von den behandelnden Therapeuten geltend gemacht wird ( Urk.  
12/1 S. 1) ,

wäre aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht zu berücksichtigen, da das  
Beschwerdebild mitprägende psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren, soweit  
sie unmittelbar die Symptomatik beeinflussen, als nicht invalidisierende und damit nicht  
versicherte Umstände auszuschneiden sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_549/2015 vom  
29. Januar 2016 E. 4.3) . Zudem ist nicht ersichtlich, wodurch eine solche geschehen sein

soll. Ferner lässt es auch die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]).

In Bezug auf das psychiatrische Gutachten kann somit ebenfalls festgehalten werden, dass der medizinische Sachverhalt von med. pract.

J. \_\_\_ unter Bezugnahme auf die Vorakten und auf eigene klinische Untersuchungen in einer schlüssigen und nachvollziehbaren Weise darlegt wurde. Es erfüllt die von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen an ein beweiswertes Gutachten, so dass grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. Die Schlussfolgerung des psychiatrischen Gutachters hinsichtlich der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % für alle Tätigkeiten ist hingegen rechtsprechungsgemäss durch das Gericht daraufhin zu untersuchen, ob und inwieweit der ärztliche Experte seine Arbeitsunfähigkeitseinschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren hinreichend und nachvollziehbar begründet hat (BGE 145 V 361). 4. 3 4.3 .1

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). 4.3 .2

Hinsichtlich des Komplexes der Gesundheitsschädigung ist zum Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde festzuhalten, dass der Gutachter angesichts der vom Beschwerdeführer geschilderten jeweils 30 bis 40 Minuten dauernden Angstzustände eine Panikstörung, episodisch-paroxysmale Angst, (ICD-10 F41.0)

diagnostizierte (Urk. 7/47/91) und ausführte, dass die sich hieraus ergebenden Einschränkungen doch eher als wenig ausgeprägt zu bezeichnen seien. Hieraus ist auf einzelne situationsbezogene und vorübergehende Angstfälle und daher auf eine eher leichte Ausprägung des psychischen Gesundheitsschadens zu schliessen.

Zum Indikator Behandlungserfolg oder -resistenz legte med. pract.

J. \_\_\_ dar, dass der Beschwerdeführer sich einmal pro Woche in psychotherapeutische Behandlung begeben sowie mehrere Medikamente verschrieben erhalten habe (Urk.

7/47/84). Die durchgeführte Laboruntersuchung habe jedoch ergeben, dass er diese Medikamente wohl nicht oder zumindest nicht in der angegebenen Dosis einnehme. Ob Duloxetin bei Angst- und Panikstörungen das Mittel der ersten Wahl sei, sei zudem fraglich. Auch bestünden weitere Therapieoptionen wie eine Spitalbehandlung, gegebenenfalls im Sinne einer Rehabilitationsbehandlung, die jedoch mit der Schwierigkeit der problematischen sprachlichen Verständigung einhergehen würden. Durch Ausschöpfung dieser Möglichkeiten sollte eine weitere Besserung zu erreichen sein ( Urk. 7/47/90). Insgesamt ergibt sich daraus, dass der Beschwerdeführer immerhin gewisse Bemühungen anstellt, seinen Gesundheitszustand zu verbessern, jedoch die Behandlungsmöglichkeiten - insbesondere die medikamentösen Therapieoptionen - nicht ausschöpft. Versuche des Beschwerdeführers, sich wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern, sind hingegen nicht ersichtlich.

Bezüglich der relevanten Komorbiditäten ist die koronare Herzkrankheit des Beschwerdeführers zu erwähnen, die als vorstellbarer Auslöser für die psychische Symptomatik angesehen wird ( Urk. 7/47/89). Allerdings ist diese unter Kontrolle und hinsichtlich leichter normaler Alltagstätigkeiten nicht weiter einschränkend. Nicht als relevante Komorbiditäten sind hingegen die vom Beschwerdeführer angeführten Nebenwirkungen der eingesetzten Medikamente ( Urk.

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

f.).

In der Replik wies der Beschwerdeführer darauf hin, dass die Beschwerdegerichte in den Aspekt der Wechselwirkungen der Diagnosen weiterhin ausblende, diese dürften jedoch gerade der entscheidende Faktor sein. Dies entspreche auch den aktuellen Einschätzungen der behandelnden Ärzte. Das Zusammenspiel von somatischen und psychischen Leiden und der Medikation samt Nebenwirkungen bewirke eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % oder zumindest 50 %

( Urk.

#### **E. 11**

S. 2) zu bezeichnen. 4.3 .3

Bei der Untersuchung und Exploration fiel med. pract. J.\_\_\_\_ keine wesentliche Persönlichkeitssakzentuierung oder gar eine Persönlichkeitsstörung auf ( Urk. 7/47/87), so dass der Persönlichkeitsstruktur keine ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist . 4.3 .4

Der soziale Kontext des Beschwerdeführers hält dahingehend Ressourcen bereit, dass er mit seiner Ehefrau

zusammen

lebt, die arbeitsbedingt zwar oft abwesend ist, ihn jedoch täglich auf Spaziergänge begleitet, den Haushalt für ihn erledigt und ihn unterstützt ( Urk. 7/47/82). Ferner erhält er etwa einmal pro Woche Besuch von den Mitgliedern der Kirche, die er früher regelmässig

besucht hat ( Urk. 7/47/83). 4. 3 .5

Zum entscheidenden Indikator «Konsistenz» ist vorab zu bemerken, dass med. pract.

J.\_\_\_\_ einerseits zwar keine Hinweise auf Verdeutlichungstendenz, Aggravation, Simulation oder Dissimulation eruieren konnte ( Urk. 7/47/91), jedoch andererseits auch beschrieb, das aktuelle Verhalten des Beschwerdeführers er scheine vorwiegend von persönlicher Krankheitsüberzeugung sowie Lebensentwürfen, Zielsetzungen und psychosozialen Überlegungen im Hinblick auf das Alter und die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen zumindest vorbewusst bis bewusst geprägt. Hieraus resultiere ein teilweise auch appellativ vorgebrachtes Schon- und Vermeidungsverhalten. In diesen Kontext ist auch das vom Beschwerdeführer geschilderte niedrige Aktivitätsniveau ( Urk. 7/47/85) einzuordnen, wobei der Gutachter ausdrücklich darauf hinwies, es scheine so, als habe sich der Beschwerdeführer mit den Gegebenheiten eingerichtet und güttere die bestehende Versorgung durch die Ehefrau und die Spitex durchaus (Urk. 7/47/90).

Hinsichtlich des Leidensdruckes ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer sich zwar in regelmässiger psychotherapeutischer Behandlung befindet ( Urk. 7/47/84), die dabei verschriebenen Medikamente jedoch nicht oder nur in reduziertem Ausmass einnimmt ( Urk. 7/47/90), so dass ein relevanter Leidensdruck zweifelhaft erscheint. 4. 3 .6

Insgesamt lassen die leichte Ausprägung des psychischen Gesundheitsschadens ohne ressourcenhemmende Persönlichkeitszüge, die fehlende Ausschöpfung der Therapiemassnahmen und die auf fehlenden Leidensdruck hinweisende

ungenügende Einnahme der Medikation nicht auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schliessen. Auch wird das Verhalten des Beschwerdeführers durch die persönliche Krankheitsüberzeugung und die Überlegungen hinsichtlich Zukunftsperspektiven und einem sich Einrichten auf einen in zentralen Belangen erheblich drittunterstützten Alltag geprägt. Da der psychiatrische Gutachter der Z.\_\_\_\_ den genannten Aspekten beziehungsweise Indikatoren bei der Arbeitsfähigkeitschätzung nicht nachvollziehbar genügend Rechnung getragen hat, erscheint die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht als begründet. Es besteht folglich Anlass, von der gutachterlichen Einschätzung abzuweichen und von keiner relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die festgestellte psychische Störung auszugehen. Da es anhand der Aktenlage möglich war, die erforderliche Prüfung der Standardindikatoren vorzunehmen, ist im Übrigen entgegen dem Eventualantrag des Beschwerdeführers von weiteren medizinischen Abklärungen abzusehen, da von diesen keine anderen entscheidungserheblichen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V

90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3).

5.

5.1

Da aus internistischer Sicht eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers als Hilfskoch attestiert wurde ( Urk. 7/47/44), hingegen für eine leichte Tätigkeit vorwiegend im Sitzen oder im Wechsel gehend/stehend/sitzend ausgeübt eine gänzliche Arbeitsfähigkeit gegeben ist, sind die

erwerblichen Auswirkungen dieser Verweistätigkeit im Hinblick auf eine Invalidität zu überprüfen.

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener 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 gegen übergestellt 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 ). 5.2

Für die Berechnung des Valideneinkommens ging die Beschwerdegegnerin vom zuletzt erzielten Einkommen des Beschwerdeführers im Jahr 2016 als Hilfskoch bei der Y. \_\_\_ AG (vgl. Urk. 7/18/3) aus. Dies wurde nicht bestritten und ist angesichts der Tatsache, dass die Anstellung aus gesundheitlichen Gründen gekündigt wurde, womit davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer ohne den Gesundheitsschaden weiterhin in dieser Stellung tätig geblieben wäre (BGE

139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1), nicht zu beanstanden. Es ist somit unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von einem Valideneinkommen von Fr. 47'081.-- auszugehen. 5.3

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 ). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 ). Die Verwendung der Tabellenlöhne 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).

Der Beschwerdeführer geht bis heute keiner an seine gesundheitlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit nach. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin für die Berechnung des Invalideneinkommens auf die zum Verfügungszeitpunkt aktuellsten Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2014 abgestellt hat. Der Beschwerdeführer bestreitet hingegen, dass hierbei - wie es die Beschwerdegegnerin tat - vom Zentralwert für Hilfsarbeiten ausgegangen werden kann. Dieser gehe von einem klar höheren Belastungsprofil aus, als für den körperlich angeschlagenen Beschwerdeführer realisierbar sei (Urk. 1 S. 8).

Der von der Beschwerdegegnerin angewendete Zentralwert für Hilfsarbeiten bezieht sich auf das auf dem gesamten ausgeglichenen Arbeitsmarkt durchschnittlich erzielbare Einkommen für einfache und repetitive Tätigkeiten. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot von und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf. Das gilt

sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S. 320 f. E. 3b; Urteil des Bundesgerichts 9C\_830/2007 vom 29. Juli 2008 E. 5.1).

Die bundesgerichtliche Rechtsprechung hat auch wiederholt darauf hingewiesen, dass - die dem Beschwerdeführer noch möglichen - körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt durchaus vorhanden sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 3.2 und 6.3 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin hat für die Berechnung des Invalideneinkommens somit korrekterweise auf den Zentralwert für Hilfsarbeiten abgestellt. Das unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit und der Nominallohnentwicklung errechnete Invalideneinkommen von Fr. 67'585.-- (Urk. 7/49/1) übersteigt das Valideneinkommen, so dass von einem Invaliditätsgrad von 0 % auszugehen ist.

Dem Umstand, dass dem Beschwerdeführer schwere Tätigkeiten, wie er sie vor Eintritt des Gesundheitsschadens ausübte, nicht mehr zumutbar sind, hat die Beschwerdegegnerin sodann mit einem leidensbedingten Abzug von 10 % Rechnung getragen (Urk. 7/49/1). Ausführungen zu dessen Angemessenheit erübrigen sich angesichts der Tatsache, dass selbst bei einem maximalen Abzug von 25 % (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/aa-cc) und unter Einbezug der von der Beschwerdegegnerin aufgrund des vor Eintreten des Gesundheitsschadens unterdurchschnittlichen Einkommens

vorgenommenen Parallelisierung des Invalideneinkommens um 3.82 % (Urk. 7/49/1), welche nicht zu beanstanden ist und vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten wurde, kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 % entstehen würde. Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente somit zu Recht verneint. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. 6.

Was die Vorbringen des Beschwerdeführers betreffend berufliche Massnahmen anbelangt, ist anzumerken, dass sowohl der Vorbescheid vom 24. Mai 2018 als auch der Einwand vom 28. Juni 2018 (Urk. 7/56) allein den Rentenanspruch beschränken. Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung zu Recht nicht zum Anspruch auf berufliche Massnahmen geäussert, weshalb diese Frage nicht Anfechtungsgegenstand bildet und insoweit auf die Beschwerde nicht einzutreten ist. Ein entsprechender Antrag wäre demnach erneut bei der IV-Stelle einzubringen. 7.

#### 7.1

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 8) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.2

Der mit Verfügung vom 6. Dezember 2018 (Urk. 8) bestellte unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Emil Robert Meier, machte mit Honorarnote vom 14. März 2019 einen Aufwand von 588 Minuten und Barauslagen von Fr. 29.60 geltend (Urk. 19).

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der

Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Der vorliegend geltend gemachte Aufwand erweist sich als angemessen, weshalb Rechtsanwalt Emil Robert Meier mit Fr. 2'353.90 (bestehend aus einem Honorar von Fr. 2'156.-- [ 9.8 Stunden à Fr. 220.--], Barauslagen von Fr. 29.60 sowie Mehrwertsteuer von 7.7 % [entsprechend Fr. 168.29 ]) aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist.

Allerdings ist er darauf hinzuweisen, dass wenn es sich bei dem ihm vom Beschwerdeführer am 18. September 2018 und am 8. Oktober 2018 (vgl. Poststempel) und damit vor Bestellung zum unentgeltlichen Rechtsvertreter je überwiesenen Fr. 500.— Vorschüsse für die Anwaltskosten in diesem gerichtlichen Verfahren gehandelt haben sollte (vgl. Schreiben des Beschwerdeführers an das Gericht vom 13. März 2019 und Beilagen Urk. 17 und 18), sind diese dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

7.3

Der Beschwerdeführer ist abschliessend auf §

### **E. 16**

Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten sowie der Entschädigung für die unentgeltliche Rechtsvertretung verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen soweit darauf eingetreten wird. 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 Emil Robert Meier, Dielsdorf, wird mit Fr. 2'353.90.-- (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 Emil Robert Meier unter Beilage je einer Kopie von Urk. 17-18 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - GastroSocial Pensionskasse - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons

Zürich Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin FehrEngesser

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