

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00077 vom 30. Oktober 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-10-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00077

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00077 du 30 octobre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00077 del 30 ottobre 2020

Erwägungen

E. 1.1

und 1.6-7) , was angesichts der fachfremden Beurteilung nicht zu überzeugen vermag . Schliesslich ist ebenfalls nicht auszuschliessen , dass der behandelnde Psychiater die von ihm genannten sozialen Probleme, auch wenn diese bei den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wurden, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigte (vgl. Urk. 7/122 Ziff. 1.1).

Weiter ergibt sich auch aus dem Bericht der D.____ , in welcher der Beschwerdeführer auf Zuweisung des behandelnden Psychiaters im September/

Oktober 2017 stationär behandelt wurde, keine Hinweise für eine wesentliche gesundheitliche Veränderung im zeitlichen Verlauf .

So findet sich auch darin keine nachvollziehbare Einschätzung der Arbeitsfähigkeit . Es ist anzunehmen, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vor dem stationären Aufenthalt (ab November 2015) vom behandelnden Psychiater übernommen wurde, denn auch bezüglich der Arbeitsfähigkeit nach der Entlassung wurde auf den behandelnden Arzt verwiesen (Urk. 7/128/7) . Letztlich ist fraglich, ob

der Bericht der D.____ überhaupt von einem psychiatrischen Facharzt verfasst oder zumindest mitunterzeichnet wurde. K.____

wird zwar als Oberarzt Psychosomatik aufgeführt (Urk. 7/128/9) , einen entsprechenden psychiatrischen Facharzt titel besitzt dieser laut Medizinalberuferegister allerdings nicht . 5.9 Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der rentenablehnenden Verfügung vom 23. August 2013 (Urk. 7/55) im hier massgebenden Beurteilungszeitraum nicht in einer anspruchsbegründenden Weise verschlechtert hat. 5.10 Soweit der Beschwerdeführer schliesslich

beantragt , dass die Beschwerdegegnerin zu verpflichten sei, berufliche Eingliederungsmassnahmen zu prüfen, ist festzuhalten, dass diese einen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen mangels subjektiver Eingliederungsbereitschaft zu Recht verneint hat. So äusserte sich der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung im Juni 2018 dahingehend, dass ein Arbeitsversuch zwecklos sei (vgl. Urk. 7/144 S.

E. 1.2

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft und auf die Anmeldung eingetreten, wenn im Neuanmeldungs gesuch glaubhaft gemacht wurde, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den

Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hierauf zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.3

Anlass zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, 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). 1. 4

Gemäss höchstgerichtlicher 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 Neuanschuldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 ; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.3 f.).

E. 1.4

-6). Im Vordergrund stehe die psychiatrische Behandlung mit Psychopharmakotherapie. Die Konsultationen würden in zirka zweiwöchigen Abständen stattfinden. Der Beschwerdeführer nehme die Termine zuverlässig wahr und es bestehe bezüglich

Pharmakotherapie eine gute Compliance (Ziff. 1.5) . Nach einem stationären Aufenthalt in der D.____ sei ein Belastbarkeitstraining zu emp fehlen und es sei in der Folge mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Umfang von 50 % mit Steigerung auf 100 % zu rechnen (Ziff. 1.8-9). 4. 2

Die Ärzte und Fachpersonen der D.____ berichtete n am 1 8. Dezember 2017 (Urk. 7/128) über die stationäre Behandlung vom 1 1. September bis 1 4. Oktober 2017 (Ziff. 1.3) und nannten als psychiatrische Diagnose eine rezidivierende de pressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Die rezidi vierenden depressiven Episoden bestünden seit Februar 2012, wobei die aktuelle Episode wahrscheinlich seit November 2016 bestehe (Ziff. 1.1).

Es bestünden psychische und physische Einschränkungen durch Schwindel und Einschränkungen der Belastbarkeit durch Ermüdung. Auf geistiger Ebene bestün den wahrscheinlich Einschränkungen der Konzentrationsfunktionen, Gedächtnis leistung, Exekutivfunktionen, der Belastbarkeit- und Stresstoleranz sowie Sozial kompetenz (Ziff. 1.7). Bei Besserung der depressiven Symptomatik, der Persön lichkeitsakzentuierung und Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit würden

Massnahmen für die berufliche Eingliederung möglich erscheinen (Ziff. 1.8). 4. 3

Hausarzt m ed. pract . E.____ , Praktischer Arzt, Arztpraxis Dr. F.____ , nannte im Bericht vom 1 8. Mai 2018 (Urk. 7/138/1-4) unter Beilage weitere r Unter su chungsberichte (vgl. Urk. 7/138/5-18) als Diagnosen einen Tinnitus, Gleichge wichts störungen, Migräne, eine rezidivierende depressive Störung sowie ein o b struktives Schlafapnoesyndrom

(OSAS; Ziff. 1.1). Dazu führte er aus, es bestehe seit 1 3. November

2015 bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff . 1.6). Somatisch stehe aktuell die Problematik Tinnitus, Gleichgewichts stö rungen und Migräne im Vordergrund.

Dem miteingereichten Bericht vom 2 9. Mai 2017 über die Tinnitussprechstunde ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben etwa seit 2012 an Schwindel, Kopfschmerzen, Gleichgewichtsstörungen und Tinnitus leide t (Urk. 7/138/5). 4. 4

Dr. med. Z.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im psychiatrischen Gutachten vom 3. Juli 2018 als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradig, mit Somatisierungs tendenz (ICD-10 F33.0/1) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional instabiler und narzisstischer Färbung (ICD-10 Z73.1 ; Urk. 7/144 S. 14-15) .

Hierzu führte Dr. Z.____ aus, eine rezidivierende depressive Störung liege vor, jedoch keine schwere Episode. Ob vor einem Jahr tatsächlich eine schwere Epi sode vorgelegen habe, könne nicht abschliessend beurteilt werde n. Die Situation sei unklar und die Äusserungen seien nicht konsistent. Einerseits behaupte der Beschwerdeführer , sich immer im gleichen Zustand zu

befinden seit 2015, andererseits gebe er an, dass es ihm bessergehe. Vom Zweiten sei wohl aus zugeh en. Diese Vermutung werde gestützt durch den Bericht von

Dr. C.____ vom

5. September 2017, in welchem nur noch eine mittelgradige Episode angegeben werde, was den

Angaben des Beschwerdeführers, dass es ihm immer gleich schlecht gehe, nicht entspreche,

jedoch der anderen Angabe, dass es ihm besser

gehe. Auch die D.____ kommt 2017 zum Schluss, dass gegenwärtig nur noch eine mittelgradige Episode vorliege. Es werde angegeben, dass der Beginn der mittelgradigen Episode seit November 2016 bestehe. In

diesem Bericht würden auch narzisstische Persönlichkeitszüge festgehalten, ohne dass diese in der Diagnostik Erwähnung gefunden hätten. Dies sei nicht konsistent.

Insbesondere auch deshalb, weil die Einschätzung einer ungünstigen Prognose sowohl durch die depressive Symptomatik wie auch die narzisstischen Persönlichkeitszüge

erklärt werde. In diesem Bericht werde auch offengelassen, dass sich der Zustand

verbessern könnte. Nicht nur der depressiven Symptomatik, sondern auch der

Persönlichkeitsakzentuierung. Dem sei nicht beizupflichten. Die Persönlichkeitsakzentuierung sei nicht beeinflussbar, jedoch die depressive Symptomatik, welche sich ja tatsächlich verbessert habe (S. 16).

Dr. Z.____ hielt weiter fest, dass die heutige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit den erwähnten Diagnosen kompatibel sei (S. 23 Mitte). Der Längsschnittverlauf der Funktions- und Fähigkeitsstörung und der Ressourcen sei sehr schwierig zu beurteilen, da der Beschwerdeführer keine genauen Angaben mache, auch widersprüchlich sei, indem er einerseits angebe, dass es ihm seit 2015 nicht besser gehe und andererseits sich sein Zustand wesentlich verbessert habe (S. 24 Mitte).

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Dachisoleur hielt er schliesslich fest, dass diese seit dem Auftreten des Schwindels nicht mehr zumutbar sei und für die angestammte Tätigkeit seit November 2015 keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe (S.

25 unten). In einer angepassten Tätigkeit, mithin an einem Arbeitsplatz, der eine emotionalspannungsfreie Atmosphäre biete, ohne permanenten Zeitdruck, mit geringem Publikumsverkehr, wohlwollender Arbeitsatmosphäre, kognitiv einfachen Abläufen, Routine und wenig Anforderung an die Gedächtnisleistung, bestehe eine mögliche Anwesenheit von sechs Stunden beziehungsweise eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bei einer Leistungsfähigkeit von 100 %. Die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit sei nicht nachzuzeichnen, da der Beschwerdeführer keine konsistenten Angaben mache. Ob die Differenz in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zwischen dem behandelnden Psychiater und Dr. Y.____ wirklich auf Schwankungen der psychischen Befindlichkeit zurückgehe, oder ob sie auf verschiedenen Einschätzungen beruhe, könne nicht angegeben werden (S.

26 oben). 4. 5

Die Ärzte des G.____,

H.____, nannten im Bericht vom 6. Juli 2018 (Urk. 3/3) folgende - gekürzt wiedergegebenen - Diagnosen: - chronischer Schwankschwindel - chronisch kompensierter

Tinnitus rechts - Migräne ohne Aura - schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom - Restless - Legs -Syndrom ohne PLMS - grenzwertig leichtgradige restriktive Ventilationsstörung - metabolisches Syndrom - nichtalkoholische Steatohepatitis (NASH) - Verdacht auf undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)

Der Beschwerdeführer leide seit mehreren Jahren an Nacken- und Kopfschmerzen. Diese seien stets von einem Schwankschwindel begleitet. Die klinische und apparative Untersuchung habe keine Hinweise für eine peripher vestibuläre Pathologie ergeben und die MRI - Untersuchung sei erfreulicherweise bland gewesen. Bei der Ganguntersuchung durch die Kollegen der Physiotherapie habe der Beschwerdeführer aber mit 13 Punkten einen deutlich altersentsprechend unter durchschnittlichen Wert erreicht. Insbesondere die Aufgaben, welche eine Kopfbewegung beinhalteten, seien mit grossen Schwierigkeiten durchgeführt worden. Dies lasse daher differentialdiagnostisch an eine zervikogene Komponente der Schwindelbeschwerden denken. Dazu würden die Nackenschmerzen passen. Sollte sich keine zervikogene Ursache finden lassen, wäre in

zweiter Linie eine vestibuläre Migräne denkbar. Hierzu würden Kopfschmerzen mit Phono-

und

Photophobie passen (S. 2). Etwas unpassend scheint hier aber der eher chronische Schwindelzustand. Zuletzt müsse sicher auch an eine funktionelle Überlagerung gedacht werden. Aufgrund der

schlechten Ergebnisse in der Ganguntersuchung sei dem Beschwerdeführer eine Verordnung für

vestibuläre Physiotherapie sowie eine Liste mit ausgebildeten Physiotherapeuten mitgegeben worden. Eine

Verlaufs kontrolle sei für in 3 Monaten vereinbart worden (S. 3 oben). 4. 6

Die Ärzte des G.____, I.____, nannten nach Zuweisung durch die Klinik für Pneumologie zur spezialärztlichen Beurteilung im Bericht vom 9. August 2018 (Urk. 3/4) folgende Diagnosen: - Adipositas Grad III - Dyslipidämie - prädiabetische Stoffwechsella ge - arterielle Hypertonie - schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom - grenzwertig leichtgradige restriktive Ventilationsstörung - nichtalkoholische Steatohepatitis (NASH) - chronischer Schwankschwindel - chronisch kompensierter Tinnitus rechts - Migräne ohne Aura - Restless - legs -Syndrom ohne PLMS - Verdacht auf undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)

Der Beschwerdeführer sei von der pneumologischen Ambulanz bei Adipositas Grad III und schwerem Schlafapnoe - Syndrom zugewiesen worden. Sowohl anamnestisch und klinisch als auch laborchemisch zeige sich aktuell kein Hinweis auf eine endokrine Ursache hierfür. Laborchemisch sei eine milde Dyslipidämie aufgefallen. Bei aktuell niedrigem 10-Jahres kardiovaskulärem Risiko sei vorerst eine Ernährungsanpassung diesbezüglich erforderlich. Mit einem HbA1c von 5.8% bestehe aktuell eine prädiabetische Stoffwechsella ge. Diesbezüglich sei ebenfalls eine Ernährungsanpassung zu empfehlen. Bezüglich der Adipositas sei vorerst eine systematische Ernährungsberatung für die nächsten

Monate zu empfehlen. Diese sei bereits angemeldet worden. Mit dem Beschwerdeführer

seien zudem die weiteren

Möglichkeiten (begleitende medikamentöse Therapie, bariatrische Operation) besprochen worden. Er schliesse eine bariatrische Operation aktuell nicht aus, möchte aber mehr Informationen diesbezüglich bekommen (S. 2). 4. 7

Die Ärzte der A.____ berichteten am 25. Oktober 2018 (Urk. 3/5) über die teilstationäre Behandlung vom 19. Februar bis 16. August 2018 und nannten als psychiatrische Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. Der Eintritt sei freiwillig auf Zuweisung des behandelnden Psychiaters Dr. C.____ erfolgt (S. 1). In der Teilnahme habe sich der Beschwerdeführer mehrheitlich verbindlich gezeigt, mit einer insgesamt gesteigerten

aktiven Beteiligung gegen Behandlungsende. In der Gruppe « Aktivierung und Entspannung »

habe er sich aktiv mit Stressregulation auseinandersetzen können. Er habe sich interessiert an den Therapieinhalten gezeigt, habe motiviert mitgearbeitet, insbesondere in aktiven und bewegungs-orientierten Gruppen. Im Umgang

habe er sich sehr höflich, im Kontakt zu Mitpatienten aufgeschlossen und kommunikativ erwiesen. Insbesondere

im Austausch mit anderen habe sich vielfach ein ausgeglichenes Stimmungsbild gezeigt. Wiederholt

habe der Beschwerdeführer körperliche Beschwerden angegeben (Kopfschmerzen, Tinnitus, Schwindel). Hauptbelastung

scheine

die ungeklärte versicherungsrechtliche Situation und berufliche Perspektive

zu sein. Der Beschwerdeführer habe sich glaubhaft motiviert geäußert, wieder beruflich tätig werden zu wollen.

Der Austritt sei in erfreulich gebessertem Zustand und ohne Anhaltspunkte für akute Eigen- oder

Fremdgefährdung erfolgt. 5. 5.1

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im relevanten Zeitraum (vgl. vorstehend E. 2.3) in einer für den Anspruch erheblichen Weise verschlechtert hat.

5.2

Zwischen den Parteien ist soweit unbestritten, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Flachdachisoleur aufgrund der Absturzgefahr nicht mehr arbeitsfähig ist, wovon der RAD-Arzt bereits am 13. August 2013 ausging.

Uneinigkeit besteht jedoch

dahingehend, ob auf die im psychiatrischen Gutachten vom 3. Juli 2018 (Urk. 7/144) attestierte 70%ige Arbeitsfähigkeit abgestellt werden kann. Während die Beschwerdegegnerin (aus rechtlicher Sicht) davon ausging, dass in einer angepassten Tätigkeit weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe (vgl. E. 2.1), macht er der

Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, es sei aufgrund der Akten erstellt, dass bei ihm seit 2012 eine rezidivierende depressive Störung unterschiedlicher Ausprägung vorliege, wobei der psychiatrische

Gutachter im Untersuchungszeitpunkt aufgrund der festgestellten leicht- bis mittelgradig ausgeprägten Depression eine Arbeitsfähigkeit von 70 % attestiert habe (vgl. E. 2.2). 5. 3. 5. 3. 1 Der ursprünglichen leistungsverneinenden Verfügung lag in psychiatrischer Hinsicht zur Hauptsache das Gutachten des Psychiaters

Dr. Y.____ vom 10. Juni 2013 zu Grunde. Während die behandelnden Psychiater einen Verdacht auf eine mittelgradige depressive Episode und einen Verdacht auf eine undifferenzierte Somatisierungsstörung diagnostizierten und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten (vgl. Urk. 7/39/2-3, Urk. 7/45 und Urk. 7/47), stellte der psychiatrische Gutachter nach Auseinandersetzung mit den Vorakten keine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert (vgl. E. 3. 1).

In somatischer Hinsicht hielten die behandelnden Ärzte aufgrund der unklaren Schwindelbeschwerden bei sonst unauffälligem MRI des Schädels, fehlenden Hinweisen für eine peripher-vestibuläre Störung, fehlenden neurologischen Diagnosen und fehlenden Einschränkungen von Seiten des Skelettsystems fest, dass Arbeiten in der Höhe und mit grossen Maschinen nicht empfehlenswert seien (vgl. Urk. 7/24/5-9, Urk. 7/46/1-7). Im Wesentlichen gestützt auf die Stellungnahmen des RAD, wonach keine Befunde und Diagnosen vorliegen würden, welche die Arbeitsfähigkeit für eine Tätigkeit in der Ebene, ohne Treppensteigen und ohne Arbeiten auf Gerüsten und an gefährlichen Maschinen mindern würde (vgl. Urk. 7/29/2-3, E. 3.2), und das psychiatrische Gutachten von Dr. Y.____

ging die Beschwerdegegnerin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aus (vgl. Urk. 7/55). In den nach der unangefochtenen in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 23. August 2013 (Urk. 7/55)

verfassten medizinischen Unterlagen finden sich sowohl in psychiatrischer als auch in somatischer Hinsicht Anhaltspunkte, die gegen eine erhebliche Sachverhaltsänderung sprechen. So ergibt der Vergleich des psychiatrischen Befundes in der aktuellen psychiatrischen Begutachtung mit demjenigen im Gutachten von 2013 trotz veränderter /anderer Diagnose im Wesentlichen keine erheblich veränderten Untersuchungsbefunde. So berichtete Dr. Z.____

im psychiatrischen Gutachten vom 3. Juli 2018 von gelegentlich bedrückter Stimmung, von in Richtung Traurigkeit eingeschränkter affektiver Modulationsfähigkeit und im Weiteren von lediglich leichtgradigen Einschränkungen (vgl. Urk. 7/144 S. 13).

Auch Dr. Y.____ beschrieb am 10. Juni 2013 zwar einen eher ernst und nachdenklichen Affekt, erhob indes seinerseits eine nur leicht zum depressiv-sorgenvollen Pol gedrückte Affektlage, eine reduzierte Willens- und Antriebsbildung und Fähigkeit, Freude zu empfinden, sowie eine nur leicht depressiv gehemmte Antriebslage und Psychomotorik (vgl. Urk. 7/51/11-13). Trotz der durch Dr. Z.____

neu diagnostizierten depressiven Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lassen sich aus dem Vergleich der objektiven Untersuchungsbefunde höchstens leichtgradige Veränderungen des Schweregrades der depressiven Erkrankung feststellen. Auch der Vergleich der jeweiligen Tagesabläufe spricht eher gegen tatsächlich verschlechterte Ver

hältnisse. Während der Beschwerdeführer im Jahr 2013 noch ein tiefes Aktivitätsniveau zeigte, jeweils bis mittags schlief und aus Angst, zu stark zu ermüden und nicht mehr in seine Wohnung zurückkehren zu können, nicht weit weg von der eigenen Wohnung ging (vgl. Urk. 7/51/10), zeigt der Tagesablauf in der aktuellen Begutachtung eine eher gesteigerte Aktivität sowohl unter der Woche, indem der Beschwerdeführer jeweils um 6 Uhr aufsteht, um mit der Frau zu frühstücken, dann bis zu einer Stunde joggen und nachmittags spazieren geht oder ein wenig Fernsehen schaut und am Abend Zeit mit seiner Familie verbringt, als auch am Wochenende, an welchem die Familie meistens Besuch empfängt und der Beschwerdeführer mit den Brüdern spazieren geht oder mit seiner Familie etwas unternimmt

(vgl. Urk. 7/14 4 S.

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

Der Versicherte erhob am 28. Januar 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 12. Dezember 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, es sei fest zu stellen, dass er ab November 2015 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei, und es sei ihm ab November 2017 eine ganze und ab September 2018 eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Ausserdem sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, berufliche Eingliederungsmassnahmen zu prüfen (Urk. 1 S. 2 oben). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 6. März 2019 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung gestützt auf die medizinischen Abklärungen, insbesondere das psychiatrische Gutachten vom 3. Juli 2018 (Urk. 7/144), davon aus, dass

beim Beschwerdeführer weiterhin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für eine den Einschränkungen angepasste Tätigkeit bestehe (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer bestritt beschwerdeweise (Urk. 1) die von der Beschwerdegegnerin angenommene volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (S. 4 unten). Der psychiatrische Gutachter habe die Arbeitsfähigkeit zum Untersuchungszeitpunkt auf 70 % eingeschätzt (S. 5 Mitte). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD)

habe in der Analyse des Gutachtens zu Unrecht aus geführt, dass die aktuell attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % in angepasster Tätigkeit seit jeher (sicher aber seit November 2015) angenommen werden könne. Der psychiatrische Gutachter habe sich zum rückwirkenden Verlauf nicht geäußert, weshalb seine Einschätzung erst ab dem Untersuchungszeitpunkt gelte

(S. 5 unten). Die vom Bundesgericht geforderte Prüfung der Leistungsfähigkeit habe der Gutachter an hand der sogenannten Standardindikatoren vorgenommen. Es bleibe kein Raum für eine davon abweichende (und fehlerhafte) Prüfung durch die Beschwerdegegnerin (S. 8 oben). Weiter beanstandete der Beschwerdeführer die Bemessung der Vergleichseinkommen und postulierte einen Invaliditätsgrad von gerundet 50%. Folglich sei ihm sechs Monate ab der letzten Anmeldung, mithin ab November 2017 zunächst eine ganze und ab September 2018 (drei Monate nach der gutachterlich festgestellten Verbesserung) noch eine halbe Rente zuzusprechen. Überdies seien Eingliederungsmassnahmen zu prüfen (S. 9 oben).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verändert hat und er demzufolge Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

Diese Frage beurteilt sich vorliegend durch einen Vergleich des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 12. Dezember 2018 (Urk. 2) mit dem Zustand im Zeitpunkt der (ersten) leistungsverneinenden Verfügung vom 23. August 2013 (Urk. 7/55). Damals wurde letztmals eine vollständige rechtskonforme Sachverhaltsabklärung mit Einkommensvergleich durchgeführt.

Zwar holte die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Neuanschuldung vom 1. Juli 2014 (Urk. 7/57) verschiedene Akten ein (Urk. 7/70-71, Urk. 7/80), letztlich kam aber die Sachbearbeitung nach zwei Telefonaten mit dem Beschwerdeführer zum Ergebnis, dass keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit vorliege und dieser wieder zu 100% arbeite. Die Beschwerdegegnerin unterliess sowohl eine Würdigung der medizinischen Akten und deren Vorlage an den RAD, als auch eine neue Einkommensbemessung (Urk. 7/83/3). Mit Verfügung vom 11. September 2015 (Urk. 7/85) wies sie das Leistungsbegehren allein unter Hinweis auf die wieder hergestellte Arbeitsfähigkeit ab. Hierbei kann nicht von einer rechtskonformen Sachverhaltsabklärung im Sinne der Rechtsprechung (vgl. vorstehend E.

E. 2.10

), was unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bei Männern (Tabelle T1.10 Nominallohnindex, 2011-2018) in den Jahren 2012 bis zum Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im Jahr 2017 (sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs, Art. 29 Abs. 1 IVG) ein Einkommen von rund Fr. 74'809.-- für das Jahr 2017 ergibt (Fr. 72'605.-- x 1.007 x 1.008 x 1.004 x 1.007 x 1.004). 5.5

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarer Weise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (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/aa). 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; 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). 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). Da der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens und des Verlusts der Arbeitsstelle bei der J. ___ keine längerdauernde und dauerhafte Tätigkeit mehr ausübte und im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im Jahr 2017 in keinem Arbeitsverhältnis stand, sind vorliegend zur Ermittlung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne gemäss LSE heranzuziehen, wobei vom Zentralwert für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art auszugehen ist. Dieser betrug für Männer im Jahr 2017 Fr. 5'340.-- (LSE 2016, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1). Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2017

von 41.7 Stunden sowie der allgemeinen Lohnentwicklung bei Männern im Jahr 2017 von 0.4 % angepasst, ergibt dies ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr.

46'949.-- für das Jahr 2017 bei der verbliebenen 70 %igen Arbeitsfähigkeit (Fr. 5'340.-- : 40 x 41.7 x 12 x 1.004 x 0.7). 5.6

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. 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 (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/aa-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 e

des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1 und 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1). Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Umstände (keine Tätigkeiten in der Höhe oder im Lärm oder mit Maschinen, kein Publikumsverkehr, wohlwollende Arbeitsatmosphäre ohne Zeitdruck, Pensum nicht frei wählbar, sondern nur während sechs Stunden pro Tag möglich, nur noch Teilzeitpensum) können zwar die Auswahl der zur Verfügung stehenden Stellen einschränken, sie wirken sich aber auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt jedenfalls in Bezug auf einfache und repetitive

Erwerbstätigkeiten nicht zusätzlich lohnmindernd aus und rechtfertigen damit keinen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn. So ziehen recht sprechungsgemäss Einschränkungen bezüglich der Bedienung potentiell gefährlicher Maschinen in der Regel noch keine überproportionalen Lohneinbussen nach sich (Urteil des Bundesgerichts 9C_72/2009 vom 30. März 2009 E. 3.4) und auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer gemäss Gutachten auf eine emotional spannungsfreie und wohlwollende Arbeitsatmosphäre ohne permanenten Zeitdruck angewiesen ist (vgl. Urk. 7/144 S.

25) , beschlägt in erster Linie die realen Chancen, auf dem freien Arbeitsmarkt eine (Teilzeit-)Arbeitsstelle zu finden, und stellt kein anerkanntes eigenständiges Kriterium für einen Abzug vom Tabellenlohn dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_362/2008 vom 14. November 2008 E. 3.2.4 und auch Urteil 9C_325/2013 vom 22. Oktober 2013 E. 4.2 , sowie Urteil 8C_693/2014 vom 22.01.2015 E. 4.2.2).

Auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer nur noch in einem reduzierten Beschäftigungsgrad von 70 % arbeiten kann, zieht keinen entsprechenden Abzug nach sich.

Gemäss der Tabelle zu den nach Beschäftigungsgrad, Geschlecht und beruflicher Stellung differenzierten monatlichen Durchschnittslöhnen für das Jahr 2018 (vgl. Bundesamt für Statistik, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, T18, 2018) besteht zwischen den von Männern erzielten Durchschnittslöhnen ohne Kaderfunktion in einem Vollzeitpensum (Fr. 6'144.--) und dem Durchschnittslohn bei einem Teilzeitpensum von 50-74 % proportional bezogen auf ein 100 % -Pensum (Fr. 5'897.--) eine Differenz von Fr. 247.--, mithin von 4 % . Ebenso verhält es sich mit den Durchschnittslöhnen von Fr. 6'130.-- (Vollzeit) und Fr. 5'875.-- (Teilzeit 50-74%) für das Jahr 2016 (vgl. T18, 2016). Daraus ergibt sich keine überproportionale Lohneinbusse, die einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen würde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.2 mit Hinweis). Auch wenn für den Beschwerdeführer aufgrund der qualitativen Anforderungen an eine zumutbare Tätigkeit (kein Arbeiten auf Gerüsten und Leitern und an gefährlichen Maschinen) gewisse Einschränkungen bestehen und dadurch nicht mehr alle Stellen in Betracht kommen, besteht im Bereich der zumutbaren leichten bis mittelschweren Arbeiten noch ein genügend breites Spektrum an Verweistätigkeiten bei dem in Frage kommenden Kompetenz niveau 1. Nach dem Gesagten bestehen somit keine direkt mit der Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung in Zusammenhang stehende lohnwirksame Umstände, welche einen (behinderungsbedingten) Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen.

Schliesslich rechtfertigt auch der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin in der ursprünglichen Verfügung vom 23. August 2013 (Urk. 7/55) ohne weitere Begründung einen Abzug von 5 % gewährte, keinen Anspruch auf Berücksichtigung des mindestens gleich hohen Abzugs (Urteil des Bundesgerichts 8C_753/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 3).

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung zu Recht aus, dass vorliegend ein Leidensabzug nicht (mehr) berücksichtigt werden kann, da im Hilfsarbeiterbereich für den Beschwerdeführer genügend Tätigkeiten auf dem Arbeitsmarkt vorhanden sind. 5.7 Wird das Valideneinkommen von Fr. 74'809 . -- dem Invalideneinkommen von Fr. 46'949. -- gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr.

27'860.--

und somit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von (ab) gerundet 37 %
(100 / Fr. 74'80 9.-- x Fr. 27'8 60.--) .

5.8 Soweit sich der Beschwerdeführer weiter auf den Standpunkt stellte, dass ihm ab November 2017 (sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs, Art. 29 Abs. 1 IVG) zunächst eine ganze Rente zuzusprechen sei (vgl. Urk. 1 S. 9 Mitte), so kann ihm nicht gefolgt werden. Zwar äusserte sich der Gutachter hinsichtlich einer retrospektiven Beurteilung

nicht eindeutig. Mit Blick auf die Berichte der behandelnden psychiatrischen Fachärzte ist jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bereits im November 2017

Geltung

hatte, da keine Anhaltspunkte für eine seitherige Veränderung ersichtlich sind.

Die

im Zeitraum zwischen der Neuanmeldung am 22. Mai 2017 und dem psychiatrischen Gutachten vom 3. Juli 2018 verfassten Berichte des behandelnden Psychiaters und der D.____

erweisen sich als wenig nachvollziehbar und nicht konsistent, worauf auch Dr. Z.____ hinwies (vgl. Urk. 7/144 S. 16 unten und S. 23 oben). So attestierte der behandelnde Psychiater trotz in diagnostischer Hinsicht verändertem Schweregrad der Depression im Laufe des Jahres 2017 - wie vorstehend ausgeführt - durchgehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, ohne dies weiter zu begründen. Inwiefern und ob sich der Gesundheitszustand innerhalb des Jahres 2017 und im Vergleich zu früher

überhaupt veränderte, führte der behandelnde Psychiater nicht aus, sondern wies einzig darauf hin, dass sich der Gesundheitszustand in den letzten zwei Jahren nicht gebessert hat. Auch geht aus den Berichten nicht hervor, ob

sich die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit einzig auf die von ihm genannte psychiatrische Diagnose bezog oder auch die aufgeführten somatischen Diagnosen (mit berücksichtigte), worauf die von ihm aufgeführten Einschränkungen

hindeuten (vgl. Urk. 7/122 Ziff.

E. 6

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 7. März 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 8

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

f.) . 5.3. 2 Schliesslich gelang es Dr. Z.____ nicht, einen Längsschnittverlauf der Funktions- und Fähigkeitsstörung und der Ressourcen sowie die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit nachzuzeichnen, da er in den Akten zahlreiche Inkonsistenzen in den beschwerdeführerischen Aussagen, in diagnostischer Hinsicht und auch bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeiten ausmachte (vgl. Urk. 7/144 S.

22 unten f.). Auch den übrigen psychiatrischen Berichten

lässt sich nicht zweifelsfrei ein

(andauernder) veränderte psychiatrische Gesundheitszustand entnehmen. Zwar diagnostizierte der behandelnde Psychiater im Juni 2017 kurzzeitig eine schwere depressive Episode, wohingegen er im September 2017

nurmehr

von einer mittelgradigen Ausprägung sprach. Dennoch attestierte er ohne plausible Begründung durchgehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 4. 1). Diese Ausführungen sind nicht geeignet, eine wesentliche Verschlechterung der gesundheitlichen Situation zu belegen, worauf auch Dr. Z.____ hinwies (vgl. Urk. 7/144 S. 23 oben). Weiter lassen sich auch aus den Berichten der stationären Aufenthalte in der D.____ und der A.____ keine

überzeugenden Angaben darüber entnehmen oder ableiten, inwiefern vorliegend eine effektive Veränderung des psychiatrischen Gesundheitszustands stattgefunden hat. Aus dem Bericht der A.____ geht vielmehr hervor, dass der Beschwerdeführer im Umgang sehr höflich und im Kontakt zu Mitpatienten aufgeschlossen und kommunikativ war und im Austausch mit anderen vielfach ein ausgeglichenes Stimmungsbild zeigte. Trotz Austritt in erfreulich gebessertem Zustand diagnostizierten die Ärzte der A.____ - wie bereits die behandelnden Ärzte vor Eintritt in die teilstationäre Behandlung - weiterhin eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ohne zur Arbeitsfähigkeit oder Eingliederungsfähigkeit und zum Verlauf Stellung zu nehmen (vgl. E. 4. 7). Daneben nannten die Ärzte der A.____ als Hauptbelastung die ungeklärte versicherungsrechtliche Situation und berufliche Perspektive, mithin IV-fremde psychosoziale Belastungsfaktoren, was ebenfalls gegen eine tatsächliche Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes spricht. 5. 3. 3

Auch in somatischer Hinsicht lässt sich den medizinischen Akten nicht ohne Weiteres eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes entnehmen. Aus pneumologischer Sicht erhoben die Ärzte des G.____ im Jahr 2014 lungenfunktionell einen identischen Befund zum Befund von August 2013 mit einer leichten restriktiven Ventilationsstörung sowie leicht reduzierter Diffusionskapazität, welche im Rahmen der Adipositas interpretiert wurde. Bei Normalbefund der arteriellen Blutgasanalyse, fehlender pulmonaler Limitation und fehlendem Hinweis auf eine Lungenerkrankung als Ursache der Dyspnoe führten die Ärzte die in der Spiroergometrie gezeigte leicht verminderte körperliche Leistungsfähigkeit auf die B-Blocktherapie und möglicherweise einen Trainingsmangel zurück (Urk. 7/70/29-32). Ein klares somatisches Korrelat für die somatischen/somatiformen Beschwerden, weswegen der Beschwerdeführer immer wieder am G.____ abgeklärt wurde, liess sich auch aus kardiologisch-er Sicht nicht ausmachen. So war die kardiologische Standortbestimmung laut Bericht vom 12. März 2015 (Urk. 7/80) bis auf eine Sinustachykardie unauffällig und sowohl in der Echo-kardiographie als auch im MRI und im CT des Herzens zeigten sich keine relevanten Ursachen und Diagnosen, so dass die Ärzte aus kardialer Sicht von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgingen. Schliesslich weisen auch die neuesten Untersuchungen am G.____ auf keinen wesentlich veränderten somatischen Gesundheitszustand hin. Die Neurologen des G.____

erwähnten im Wesentlichen die seit Jahren bestehenden Nacken- und Kopfschmerzen mit begleitende m

Schwan k schw indel , welche bereits in die Beurteilung des RAD-Arztes vom 15. Juni 2012 eingeflossen waren (Urk. 7/29/2-3). Wie schon im Bericht des G. ___ vom 24. April 2012 (Urk. 7/24/5-9) liessen sich die se Beschwerden auch in der jüngsten neu rologischen Abklärung (Urk. 3/3) nicht gänzlich objektivieren. Eb e nso wenig kann das Schlafapnoe-Syndrom (Urk. 7/80) als wesentliche Veränderung herangezogen werden, da bereits im Jahr 2013 von Tagesmüdigkeit die Rede war, welcher der Neurologe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumass (Urk. 7/46/1-3). Nichts anderes geht aus dem Bericht des Hausarztes hervor , wo nach das OSAS nicht im Vordergrund stehe (Urk. 7/138/ 1- 3) .

Laut den An gaben des Beschwerdeführer s im Rahmen der Tinnitusprechstunde leidet er seit 2012 an den beschriebenen Beschwerden , was einer Veränderung entgegen steht .

Auch i n der neu aufgetreten Adipositas kann keine wesentliche Gesundheits ver änderung erblickt werden, da eine Adipositas grundsätzlich keine leistungsbe gründende Invalidität bewirkt , wenn sie keine körperlichen oder geistigen Schä den verursacht und nicht die Folge von solchen Schäden ist

(Urteil des Bundesge richts 8C_496/2012 vom 19. September 2012 E. 2.2) , was nicht ersichtlich und vom Beschwerdeführer überdies auch nicht geltend gemacht wird. 5. 3 . 4 Nach dem Gesagten gibt es vorliegend mehrere Anhaltspunkte, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowohl in psychiatrischer als auch in somatischer Hinsicht nicht wesentlich verändert hat. Ob dies zutrifft bezie hungsweise o b sich das psychiatrische Gutachten

von Dr. Z. ___

zum Be weisthema einer erhebliche n Änderung des Sachverhalts

in genügendem Masse ausgesprochen hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_29/2014 vom 25. Juni 2014 E.

3.2) und gestützt darauf von einem Revisionsgrund ausgegangen werden kann, wozu sich die Beschwerdegegnerin nicht explizit äusserte, kann letztlich offen bleiben . Selbst wenn man zugunsten des Beschwerdeführers eine Verschlech terung des psychiatrischen Gesundheitszustandes annehmen würde, resultiert bei der Bemessung des Invaliditätsgrad - wie nachfolgend aufgezeigt (E. 5.4-7) - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers auch bei der im psychiatrischen Gutachten attestierten 70%igen Arbeitsfähigkeit kein rentenbegründender Inva liditätsgrad. Entsprechend kann ebenfalls offenbleiben, o b die Beschwerdegeg nerin im Rahmen der (freien) Überprüfung zu Recht von der gutachterlichen Folgenabschätzung abwich oder anhand der eigens vorgenommenen Ressourcen prüfung eine unzulässige juristische Parallelprüfung vornahm , wie der Beschwer deführer vorbrachte . 5. 4 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 Bezie hung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid

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).

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). Den Akten lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer von 2009 bis 2011 bei der J.____

als Bausoleur tätig war. Da die Auflösung dieses Arbeitsverhältnisses mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nach Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung erfolgte (Urk. 7/22/ 4, Urk. 7/22/ 12), kann das

dort erzielte Einkommen zur Bestimmung des Valideneinkommens herangezogen werden. Im Jahr 2012 hätte der Beschwerdeführer gemäss Arbeitgeberfragebogen ein Einkommen von Fr. 72'605.-- erzielt (vgl. Urk. 7/22 Ziff.

E. 11

unten), und zeigte sich einem solchen gegenüber auch nicht motiviert. Auf entsprechende Fragen zur Selbsteinschätzung wich er immer wieder aus, machte diffuse Angaben und hinterliess gesamthaft einen unaufrichtigen und inkonsistenten Eindruck (vgl. Urk. 7/144 S. 24 f.). Weiter zeigte sich der Beschwerdeführer trotz an und für sich guter Prognose stark passiv und der starken Überzeugung, schwer krank zu sein (vgl. Urk. 7/144 S. 22 Mitte). Vor diesem Hintergrund kann einzig

aus der Aussage im Austrittsbericht der A.____ vom 25. Oktober 2018, wonach der Beschwerdeführer sich glaubhaft motiviert äusserte, wieder beruflich tätig werden zu wollen (vgl. vorstehend E. 4.11), keine überzeugende Bereitschaft zur Teilnahme an beruflichen Eingliederungsvorkehren abgeleitet werden. Insbesondere auch deshalb nicht, weil der Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens

in keiner Weise zum Ausdruck brachte, dass er auf berufliche Massnahmen angewiesen ist beziehungsweise solche verlangt (vgl. Urk. 7/151). Soweit der Beschwerdeführer ausführte, dass Eingliederungsmassnahmen ergehen werden, ob und in welchem Umfang er im ersten Arbeitsmarkt tatsächlich noch einsatzfähig ist (vgl. Urk. 1 S. 9), ist ihm entgegen zu halten, dass das Scheitern von beruflichen Eingliederungsmassnahmen bei gutachterlich attestierter 70%iger Arbeitsfähigkeit nicht einfach auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit

schliessen lässt. Auch wenn berufliche Massnahmen unter anderem dazu dienen können, subjektive Eingliederungshindernisse im Sinne einer Krankheitsüberzeugung der versicherten Person zu beseitigen, bedarf es indessen auch diesfalls eines Eingliederungswillens beziehungsweise einer entsprechenden Motivation der versicherten Person.

Fehlt die subjektive Eingliederungsfähigkeit

beziehungsweise ist diese wie vorliegend als unzureichend zu werten, besteht von vornherein kein Anspruch auf berufliche Massnahmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_559/2012 vom 27. November 2012 E. 5).

Es bleibt darauf hin zu weisen, dass es dem Beschwerdeführer offensteht, sich bei ernsthaftem Interesse an beruflichen Massnahmen erneut bei der Beschwerdegegnerin zu melden. 5.11 Die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6. Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzu erlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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