

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00820 vom 4. Februar 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-02-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00820](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00820)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00820 du 4 février 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00820 del 4 febbraio 2020

## **Erwägungen**

### **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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

### **E. 1.3**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

### **E. 1.4**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder

aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich 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).

### **E. 1.5**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht.

### **E. 1.6**

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

### **E. 2**

0. September 2016: normal grosser, nicht hypertropher linker Ventrikel mit normaler LVEF von 49

%, Akinesie inferior basal, Hypokinesie

septal basal, Mitralklappe mit verdickten Segeln und gut leichter Insuffizienz (Befund provisorisch) - kardiovaskuläre Risikofaktoren (CVRF) : persistierender Nikotinkonsum (kumulativ 80py), Erstdiagnose

(ED) Diabetes mellitus - Diabetes mellitus, Typ 2, ED September 2016 - HbA1c 7.8

% ( September 2016) - Beginn orales Antidiabetikum ( Jardiance

met ) - mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom - substituierte Hypothyreose - Thyreoidea-stimulierendes Hormon (TSH) ,

aktuell im Normbereich

Dem Bericht ist ferner zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 20. September 2016 beschwerdefrei und hämodynamisch stabil entlassen werden konnte (S.

2).

Am 14. Oktober 2016 (Urk. 8 /64/5-8 = Urk. 8/74/17-20 ) berichteten die Ärzte über die am Vortag durchgeführte elektive Re-Koronarangiographie, welche ein gutes postinterventionelles Ergebnis und eine 30%- ige Stenose des distalen RCX ge zeigt habe (S. 1). Sie führten aus, dass der Beschwerdeführer am 14. Oktober 2016 beschwer defrei nach Hause habe entlassen werden können (S. 2).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten davon aus, dass der Beschwerdeführer als ungelernter Hilfsarbeiter zu qualifizieren sei . Es sei ihm zumutbar, in einem vollen Pensum mit einer Leistungseinschränkung von 20 % einer Hilfsarbeitertätigkeit nachzugehen (S. 1 unten). Diese Leistungseinschränkung entspreche dem IV-Grad, welcher somit unter 40 % liege (S. 2 oben). Im Bericht des behandelnden Arztes werde die psychische und psychosoziale Einschränkung als Hauptproblematik beschrieben. Es bestehe aber keine eigenständige psychische Diagnose mit einem derart grossen Leidensdruck, der eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit be grün de. Es seien vielmehr motivational persönliche Zielvorstellungen im Kontext der psychosozialen Situation handlungslenkend. Hinweise, die einen leidens be dingten Abzug begründeten, bestünden keine (S. 2 unten).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Gutachter seien bei der Beurteilung des Grades der Arbeitsunfähigkeit nicht neutral und zu optimistisch gewesen (S. 3 Ziff. 1). Auf das Gutachten, insbe sondere auf das psychiatrische Teilgutachten, könne nicht abgestellt werden (S. 3 Ziff. 2). Die psychischen Beschwerden seien nur anhand eines kurzen Gesprächs festgestellt worden. Alle behandelnden Fachärzte und Spitäler hätten aber vor und nach der Begutachtung festgestellt, dass er an einer mittel- bis schwer gra digen depressiven Episode leide (S. 3 Ziff. 2.1). Die Behauptung der Guta chter, er sei nicht psychisch krank , sei nicht ausreichend begründet (S. 3 Ziff. 2.3). Er sei auch somatisch krank. Er sei aufgrund eines Herzinfarktes operiert und es seien ihm Stents einge setzt worden. Seither leide er an Kraftlosigkeit, Tagesmüdigkeit, Schlafstörungen und Angst, dass er deshalb bald sterbe (S. 3 Ziff. 2.4). Die Be schwerdegegnerin habe sodann nicht berücksichtigt, dass er praktisch seit 2004 nicht gearbeitet habe und stark dekonditioniert sei. Er sei aufgrund der psy chischen Beschwerden und der Arbeitsverlangsamung nicht in der Lage, bei einer Arbeitsstelle die volle Leistung zu erbringen. Er habe Anspruch auf einen Leidens abzug, was nicht berücksichtigt worden sei (S. 4 Ziff. 3).

### **E. 2.3**

Die Verfügung vom 27. März 2014 (Urk. 8/51), mit welcher die Beschwer de geg nerin einen Rentenanspruch aufgrund eines zu geringen Invaliditätsgrad es ver neinte , beruhte auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechts kon former Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung, wobei die Durchfüh rung eines Einkommensvergleichs bei einer Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und behinderungsangepasster Tätigkeit von 30 % entbehrlich war. Der dieser Ver fügung zugrundeliegende Sachverhalt bildet also vorliegend die Vergleichsbasis (vgl. vorstehend E. 1.6).

Strittig und zu prüfen ist die Frage, ob seither eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen des Beschwerdeführers, insbesondere betreffend seinen Gesundheitszustand, eingetreten ist und ob er gegebenenfalls über einen Rentenanspruch verfügt. 3.

### 3.1

Der Verfügung vom 27. März 2014 (Urk. 8/51) lagen in erster Linie folgende Berichte zugrunde: 3.2

Im interdisziplinären Gutachten vom 3. April 2013 des Zentrums

Z.\_\_\_\_ (Urk. 8/25) wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Episode, aktuell leicht- bis mittelgradig, genannt (ICD-10 F32.0/32.1). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein mildes lumbosakrales Schmerzsyndrom mit/bei Spondylarthrose zwischen dem 4. und 5. Lendenwirbel (L4/5) und zwischen dem 5. Lendenwirbel und dem Kreuzbein (L5/S1) und rumpfmuskulärem Globaldefizit als Folge einer Langzeitdeconditionierung, eine beginnende Hüftarthrose links, noch ohne erkennbare Einschränkung der Steh- und Gehfähigkeit, eine Epicondylitis

humeri

radialis rechts, Knick-Senk-Spreizfüsse und eine Adipositas bei einem Body-Mass-Index (BMI) von 29 kg/m

### E. 4

3

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum D.\_\_\_\_, nannte im Bericht vom 5. Dezember 2016 (Urk.

### E. 4.5

Die Ärzte der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung, B.\_\_\_\_, führten im Bericht vom 5. Januar 2018 (Urk. 8/80 = Urk. 8/91/15-18) aus, derzeit bestehe eine gute Blutzuckereinstellung. Die aktuelle Diabetestherapie könne fortgeführt werden. Bei der körperlichen Untersuchung sei eine körperliche Dekonditionierung aufgefallen, es würden regelmässige körperliche Aktivität und Gewichtsreduktion empfohlen. Anamnestisch bestehe ein Brennen der Füsse nachts sowie ein Gefühl, auf Watte zu gehen, kein Sturz, keine Schmerzen in den Füssen oder Beinen beim Gehen (S. 3 Mitte).

### E. 4.6

Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, D.\_\_\_\_, nannte im Verlaufsbericht vom 19. Juni 2018 (Urk. 8/87) als psychiatrische Diagnose (Ziff. 2.5) eine schwere depressive Episode ohne psychische Symptome (F32.2, ED 2012). Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit 2004 100% bei negativer Prognose für jegliche Tätigkeiten (Ziff. 2.7).

### E. 4.7

Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 3. Juli 2018 (Urk. 8/91/1-6) aus, sie behandle den Beschwerdeführer seit dem 12. Mai 2012. Sie nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - Depression, Anpassungsstörung seit 2004 - chronisches lumbosakrales Syndrom (LVS) -

diabetische Polyneuropathie

Die allfällige Arbeitsunfähigkeit sei psychiatrisch bedingt. Sie habe nie ein Zeugnis ausgestellt, der Patient habe seit 2012 nie gearbeitet (Ziff. 1.4). Die Depression mit somatischem Syndrom bestehe seit mindestens 2004 (Ziff. 2.1). 5. 5.1

Am 12. März 2019 erstatteten Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie und Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Y.\_\_\_\_, ihr polydisziplinäres Gutachten (Urk. 8/110). 5.2

Im neurologischen Teilgutachten (Urk. 8/110/20-39) nannte Dr. H.\_\_\_\_

folgende Diagnosen (S. 17 oben): - leichte akrodistal-symmetrische Polyneuropathie - leichtes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - anamnestisch gehstreckenabhängige Claudicatio-verdächtige Symptomatik (wahrscheinlich periphere arterielle Verschlusskrankheit [PAVK], siehe internistisches Gutachten, pathologischer Knöchel-Arm-Index [ABI])

Aus neurologischer Sicht sei für eine entsprechend angepasste Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründbar (S. 16 unten). Möglich seien körperlich leichte Tätigkeiten, optimalerweise in Wechselbelastung oder überwiegend sitzend. Wegen der degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule seien längere Zwangshaltungen derselben zu vermeiden. Aufgrund der akrodistal betonten Polyneuropathie seien auch Arbeiten auf unebenem Gelände sowie auf Leitern und Gerüsten zu vermeiden (S. 18 Ziff. 7.4). Medizinisch-theoretisch ergebe sich aus rein neurologischer Sicht so wohl in bisheriger als auch in angepasster Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (ganztägig, keine Leistungsminderung; S. 19 Ziff. 8 oben).

Betreffend Veränderung des Gesundheitszustands seit 2014 führte Dr. H.\_\_\_\_ aus, aus neurologischer Sicht sei ein Diabetes mellitus mit leichter Polyneuropathie neu hinzugekommen. Diese habe jedoch keine versicherungsmedizinische quantitative Relevanz (S. 19) 5.3

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 8/110/42-53) nannte Dr. J.\_\_\_\_ akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73.1) als Diagnose. Diese sei als Ausschlussdiagnose zu wählen. Eine depressive Störung habe nicht eruiert werden können. Während der Exploration habe sich der Versicherte in Inkonsistenzen bezüglich seiner partnerschaftlichen Beziehungen verwickelt. Diese Beziehungen seien der Grund für seine Depressionen. Allerdings habe er mit der Mutter seines Sohnes offenbar über längere Jahre eine aussereheliche Beziehung gelebt. Als diese schliesslich nach Kroatien gegangen sei und ihr Kind mitgenommen habe, sei er zusammengebrochen. Dieser Zusammenbruch sei jedoch angesichts der sehr kurzfristig eingegangenen neuen Beziehung wenig nachvollziehbar. Jetzt fühle er sich nachvollziehbar einsam, teilweise allein. Aber auch hier habe das Verhalten der Nichte in den Untersuchungsräumen eine deutliche Diskrepanz zu den Schilderungen des Versicherten gezeigt (S. 9 f. Ziff. 6).

Eine depressive Störung sei bei der Untersuchung überhaupt nicht eruierbar gewesen, ebenso wenig eine andersartige relevante psychische Störung. Der psychopathologische Befund sei weitgehend unauffällig gewesen, abgesehen von einer aggraviorischen Komponente. Hinweise, die gegen eine berufliche Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht

sprächen, habe weder der Versicherte selbst nennen können, noch seien sie den Unterlagen zu entnehmen (S. 10 Ziff. 7.1 Mitte). Aufgrund der Biografie und den damit in Zusammenhang gebrachten depressiven Episoden bestünden auch Zweifel an einer von den behandelnden Ärzten diagnostizierten depressiven Episode. Allerdings könne diese retrospektiv nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Wenn überhaupt, so habe eine Arbeitsunfähigkeit nur zeitlich begrenzt während einer möglicherweise depressiven Störung bestanden (S. 11

Mitte Ziff. 8). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage 100 % (S. 11 Ziff. 8 unten) 5. 4

Dr. I. \_\_\_ führte zur kardiologischen Abklärung vom 19. Dezember 2018 (Urk. 8/110/80-81) aus, es habe sich dort ein stabiler Befund gezeigt ohne signifikante Hinweise auf eine Progredienz der Erkrankung. Die körperliche Leistungsfähigkeit sei durch Ermüdung, Kraftlosigkeit und Schmerzen in den Beinen eingeschränkt und nicht durch die bekannte KHK. Aus rein kardialer Sicht sei der Versicherte normal arbeitsfähig (S. 2 Mitte).

5.5

Im allgemeinmedizinisch-internistischen Teilgutachten (Urk. 8/110/54-74) nennt Dr. K. \_\_\_

folgende Diagnosen (S. 14 Ziff. 6.): - koronare 3-Gefäßerkrankung - akuter inferiorer STEMI am 15. September 2016 - Re-Koronarangiografie mit PTCA/DE-Stent bei 80 % PLA/RCA-Stenose, offene Stents im RIVA und der RCA am 27. Juli 2017 - aktuell kein sicherer Anhalt für eine belastungsabhängige Myokardischämie - Diabetes mellitus Typ 2 ED 2016 - Diabetes mellitus mit mikroangiopathischen Spätkomplikationen im Sinn einer peripheren Polyneuropathie (HbA1c 6,8 %) - Hinweise für eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) Stadium IIB - ausgeprägte kardiovaskuläre Risikofaktoren: - schwerer anhaltender Nikotinabusus (zirka 70 yrs) - Adipositas Grad 1 (BMI 31,9) - Bewegungs- und Konditionsmangel - ausgeprägte Familienanamnese - Status nach Hypothyreose (Hashimoto) im April 2012 - aktuell euthyreote Stoffwechsellage - Malcompliance - Status nach Vitamin-B 12 Mangel 2014

Betreffend kardiovaskuläre Risikofaktoren bestehe ein anhaltender schwerer Nikotinabusus mit durchschnittlich 2 Päckchen Zigaretten täglich (70 yrs), der dringend beendet werden müsste wegen der dadurch ausgelösten unweigerlichen Progression der generalisierten Arteriosklerose, insbesondere an Herz und Beinen. Weiterhin sehr ungünstig wirkten sich der erhebliche Bewegungsmangel, die Adipositas, die unzureichende Diabeteseinstellung, die Hypercholesterinämie und die bedrohliche Familienanamnese aus (S. 16 Ziff. 7.2.4).

Aus allgemeininternistischer Sicht finde sich eine eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit wegen folgender Befunde: Claudicatio intermittens bei PAVK nach Gehstrecke von zirka 200 Metern; sowohl körperliche als auch kardiopulmonale Leistungseinschränkung durch erheblichen muskulären und kardiopulmonalen Konditionsmangel; diabetische Polyneuropathie der Füße mit Fußbrennen, insbesondere belastungsabhängig. Hinsichtlich seiner Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Bäckerei-Mitarbeiter sei er aus internistischer Sicht aktuell um 50 % eingeschränkt. Bei Abstellen der Risikofaktoren und besserer Mitarbeit des Versicherten wäre aber eine deutliche Besserung der Leistungsfähigkeit möglich, womit zumindest eine

Arbeitsfähigkeit von mindestens zirka 70 % wieder erreichbar sein sollte. Er schein allerdings in einer ideal an angepassten Tätigkeit im Sinne einer körperlich sehr leichten, überwiegend im Sitzen auszuführenden Tätigkeit, vollschichtig einsetzbar. Diese sollte kein Heben schwerer Lasten (mehr als 10 kg), keine Tätigkeiten, die längeres Gehen oder Stehen erfordern, keine Tätigkeiten in Zwangshaltung (Über-Kopf, vorübergebeugt, Knien), keine Arbeiten auf Leitern, Gerüsten oder auf unebenem Gelände, keine taktgebundene Arbeit oder Akkordarbeit, keinen überdurchschnittlichen Zeitdruck oder Arbeitsstress sowie keine Nachtarbeit, Schichtarbeit oder häufig wechselnde Arbeitszeiten beinhalten (S. 17 Ziff. 7.4).

Vom Jahr 2014 bis Anfang des Jahres 2016 sei aus allgemeininternistischer Sicht keine sicher einschränkende Erkrankung zu erkennen. Ab diesem Zeitpunkt werde eine zunehmende belastungsabhängige Luftnot vom Versicherten berichtet und sei daher von einer eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit aus kardialer Sicht auszugehen. Vom Zeitpunkt des Herzinfarktes am 15. September 2016 bis zur Beseitigung der letzten Stenose im Folgejahr habe in der angestammten Tätigkeit aus internistischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden wegen einer persistierenden Myokardischämie bis zur Beseitigung der letzten Koronarstenosen am posterolateralen Ast der rechten Kranzarterie im Juli 2017. Seit diesem Zeitpunkt sei eine organisch bedingte kardiale Leistungseinschränkung nicht mehr nachweisbar (S. 18 Mitte).

In angepasster Tätigkeit sei dem Versicherten eine vollschichtige Präsenz möglich. Es bestehe aus allgemeininternistischer Sicht eine Einschränkung der Leistung um 10 % bei optimaler Mitarbeit des Versicherten und bei konsequentem Abbau der Risikofaktoren. Die Arbeitsfähigkeit betrage 90 % (S. 19 oben). Wegen der persistierenden Myokardischämie habe überwiegend wahrscheinlich auch für die angepasste Tätigkeit aus internistischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 100

% vom 15. September 2016 bis Ende Juli 2017 bestanden (S. 19 Mitte). Durch medizinische Massnahmen könne die Arbeitsfähigkeit relevant verbessert werden, und zwar durch eine intensivierete Diabetesbehandlung, Beendigung des Nikotinabusus, regelmässige körperliche Betätigung, Gewichtsabnahme und regelmässige Medikamenteneinnahme (S. 19 unten). 5. 6

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Urk. 8/110/2-12) wurde ausgeführt, die Einschätzung einer nicht nachweisbaren depressiven Störung habe nicht nur in der psychiatrischen Untersuchung, sondern auch im neurologischen und internistischen Gutachten gleichlautend getroffen werden können, auch wenn der Versicherte angegeben habe, er «warte auf den Tod» und «habe die Nase voll». Bei nicht leidensbezogenen Themen sei er durchaus schwingungsfähig gewesen, im Antrieb gestenreich und dynamisch (S. 6 Mitte).

Die interdisziplinär gestellten Diagnosen deckten sich mit denjenigen in den Teilgutachten (S. 7 Ziff. 4.2). Es finde sich eine eingeschränkte körperliche Belastbarkeit wegen der Claudicatio intermittens, des erheblichen muskulären und kardiopulmonalen Konditionsmangels, der diabetischen Polyneuropathie und dem leichten lumbospondylogenen Schmerzsyndroms. Daraus ergäben sich die im allgemeininternistischen Gutachten erarbeiteten Einschränkungen des Fähigkeitsprofils (vgl. vorstehend E. 5.4).

Aus psychiatrischer Sicht könne ausser einer akzentuierten Persönlichkeit mit vorrangig narzisstischen Zügen (mit passivem Schon- und Vermeidungsverhalten) keine tiefergreifende versicherungs psychiatrisch relevante Störung objektiviert werden. Der Versicherte sei aus psychiatrischen Gründen voll belastbar, Motivation vorausgesetzt. Die motivationalen Schwierigkeiten seien aber nicht durch eine versicherungspsychiatrische relevante Störung begründbar. Die körperliche Leistungsfähigkeit sei durch Ermüdung, Kraftlosigkeit und Schmerzen in den Beinen eingeschränkt und nicht durch die bekannte KHK. Aus rein kardialer Sicht sei der Versicherte normal arbeitsfähig (S. 7 f. Ziff. 4.3).

Betreffend Konsistenz wurde ausgeführt, die anamnestischen Angaben erschienen insbesondere im psychiatrischen Teilgutachten teilweise plakativ, wenig konkret und teilweise widersprüchlich. Auch im internistischen Teilgutachten hätten sich im Beschwerderapport demonstrative Schmerzangaben gezeigt, andererseits sei das Bewegungsrepertoire beim Auskleiden nicht wesentlich eingeschränkt gewesen. Schmerzmittel seien nicht benötigt worden (S. 8 Ziff. 4.6).

Aufgrund der internistischen Gesundheitsstörungen aber auch (potentiell bei besserer Mitarbeit) reversibler Dekonditionierung sei gegenwärtig eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 50 % zu konstatieren. Es wäre aber bei verbesserter Compliance und Änderung des Lebensstils (Nikotin, Bewegungsmangel, Medikation) eine Steigerung auf eine Arbeitsfähigkeit von zumindest 70

% möglich (S. 9 Ziff. 4.7). In angepasster Tätigkeit bestehe aus internistischen Gründen eine leichte Leistungsminderung um zirka 10 %. 5.7

Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in der Stellungnahme vom 1. April 2019 (Urk. 8/120 S. 4-6) aus, Dr. I.\_\_\_\_ habe Beschwerdefreiheit nach einer interventionell versorgten KHK am 27. Juli 2017 beschrieben. Die körperliche Leistungsfähigkeit sei da durch nicht mehr eingeschränkt. Im aktuellen Echo kardiogramm habe sich eine Ejektionsfraktion von 60 % ergeben. Die Einschätzung einer fortgesetzten Arbeitsunfähigkeit sei daher kaum nachvollziehbar (S. 6 oben). 5.8

Auf die entsprechend formulierten Rückfragen der Beschwerdegegnerin vom 2. April 2019 (Urk. 8/111) begründete

Dr. K.\_\_\_\_

mit Stellungnahme vom 13. Mai 2019 (Urk. 8/114) seine Annahme einer persistierenden leichtgradigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer ideal angepassten Tätigkeit.

Dabei führte er aus, es bestehe ein langjähriger, nicht optimal eingestellter Diabetes mellitus, der an verschiedenen Organen zu irreversiblen Sekundärerkrankungen geführt habe, so etwa zu einer diffusen Arteriosklerose. Diese habe beim Versicherten zu einer fortgeschrittenen koronaren 3-Gefässerkrankung geführt. Die hochgradigen Stenosen hätten zwar in der Zwischenzeit gut beseitigt werden können; durch den Diabetes mellitus komme es aber neben den Veränderungen an den grossen Koronargefässen auch zu diffusen Veränderungen an den kleinen arteriellen Gefässen, die sich in der Koronarangiografie nicht darstellen liessen. Weiterhin komme es auch zu diffusen Fibrosierungen des Myokards. Dadurch bedingt sei typisch für die diabetogene

Kardiomyopathie eine nicht reversible Einschränkung der Myokardfunktion. Diese Myokardschädigung führe zwar zu keiner Einschränkung der systolischen Pumpleistung (Ejektionsfraktion); aufgrund des Elastizitätsverlustes komme es dagegen zu einer verminderten diastolischen Füllung des Herzens, die sich genau so ungünstig auf die Leistungsfähigkeit des Herzens auswirke. Für solch eine Form einer kardialen Schädigung spreche auch die durch den Kardiologen echokardiografisch festgestellte leichte Vergrößerung des linken Vorhofes. (S. 1 f.). Eine andere nicht reversible Veränderung im Rahmen des Diabetes mellitus stelle die diabetische Polyneuropathie dar, durch welche die Beweglichkeit des Versicherten zumindest leichtgradig eingeschränkt werde. Weiterhin werde eine persistierende Einschränkung der Leistungsfähigkeit durch eine chronische körperliche Dekonditionierung infolge mangelnder körperlicher Bewegung gesehen. Diese Funktionseinschränkung werde verstärkt durch die Polyneuropathie und die PAVK, die sich allerdings erst auf höherer Belastungsstufe bemerkbar machen dürfte. Weiterhin bestehe eine durch pulmonale Umbauprozesse verursachte Belastungsluftnot bei langjährigem Nikotinabusus. Auch diese Schädigungen könnten aber nicht durch optimale Einstellung komplett beseitigt werden. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Versicherten könne aus näher dargelegten Gründen nicht alleine vom durchgeführten Belastungs-EKG des Kardiologen abhängig gemacht werden (S. 2 Mitte).

Es werde somit auch bei optimaler Einstellung aller Risikofaktoren aufgrund bleibender Schädigungen in einer ideal angepassten Tätigkeit bei Möglichkeit eines vollschichtigen Einsatzes eine persistierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 % gesehen (S. 2 unten). 6.

#### 6.1

Das polydisziplinäre Y.\_\_\_\_-Gutachten vom 12. März 2019 (Urk. 8/110)

ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein

und die getroffenen Schlussfolgerungen sind begründet. Es vermag somit den praxismässigen Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. vorstehend E. 1.6) zu genügen, weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. 6.2

Im Vorgutachten war eine teilweise Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen attestiert worden (vorstehend E. 3.2). Das aktuelle

psychiatrische Teilgutachten verneint eine solche und verdient daher eine nähere Prüfung. Nachdem beim Beschwerdeführer in der Zwischenzeit auch ein Diabetes mellitus diagnostiziert wurde und er einen Herzinfarkt erlitt, ist weiter die allgemein medizinisch-interdisziplinäre Beurteilung von Relevanz. 6.3

Was das psychiatrische Teilgutachten anbelangt, so mag es mit dem Beschwerdeführer (vgl. vorstehend E. 2.2) zutreffen, dass die behandelnden Psychiater vom D.\_\_\_\_ im Dezember 2016 (vorstehend E. 4.3) und im Juni 2018 (vorstehend E. 4.6) jeweils eine schwere depressive Episode bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit diagnostizierten. Diese Diagnose wurde jedoch nicht ausreichend begründet. Zwar wird im Bericht vom Dezember 2016 unter dem Titel «Symptome der schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (F32.2)» korrekterweise darauf hingewiesen, dass hierfür alle 3 Merkmale der

depressiven Stimmung, des Intere ssensverlustes und des verminderten Antriebs gegeben sein und die Gesamtzahl unter Einschluss zusätzlicher Merkmale mindestens 8 betragen müsse (Urk. 8/60 S. 2 oben). Zu ergänzen ist hier, dass auch von diesen 5 zusätzlichen Merkmalen einige besonders ausgeprägt sein sollten ( Dilling / Mombour /Schmidt, Internatio nale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F] Klinisch-diag nostische Leitlinien, 10., überarbeitete Auflage, Bern 2015, S. 174). Dass ange blich 9 dieser Merkmale gegeben sein sollten, widerspricht zunächst der Auflistung selber, welche lediglich die 3 Grundmerkmale sowie 5 zusätzliche Merkmale als gegeben bezeichnet. Sodann wird betreffend die Zusatzmerkmale der Verlust des Selbstvertrauens als «vollständig» bezeichnet, ohne dass hierauf in ersichtlicher Weise näher eingegangen wird . Unter dem Merkmal «Selbstvorwürfe» werden Schuldgefühle wegen der Arbeitsunfähigkeit genannt. Wieso diese krankheits wertig sein sollten, erschliesst sich ebenso wenig wie der angebliche Zusammen hang zwischen dem Merkmal «Konzentrationsstörung» und der Äusserung «Kaum lesen». Gleiches gilt für die «Gedanken an den Tod», wo gesagt wird, die Suizi di deen beständen immer wieder, aktuell aber etwas weniger, un d Gedankenkreisen um die Kinder beziehungsweise die Zukunft erwähnt wird. Offensichtlich lag zum Berichtsdatum effektiv keine Sui zid alität vor, was denn auch an anderer Stelle im Bericht explizit so bestätigt wurde (S. 3 oben). Somit ist nicht glaubhaft, dass die erforderlichen 5 Zusatzmerkmale vorlagen, und erst recht nicht, dass einige von diesen besonders ausgeprägt waren.

Die Diagnose der schweren depressiven Episode ist also nicht nachvollziehbar und der D.\_\_\_\_ -Bericht enthält weitere Widersprüche und Ungereimtheiten. So ist unerklärlich, welcher Art die «Schmerzen» sein sollten, welche gemäss psycho pa thologischem Befund 24 Stunden vorhanden seien. Betreffend den Haushalt wird einmal gesagt , d er Beschwerdeführer könne diesen noch erledigen (S. 2 Ziff. 3), um gerade anschliessend festzuhalten, die Hausarbeiten würden durch die Schwester erledigt (S. 2 Ziff. 4). Völlig ohne ersichtlichen Bezugspunkt steht so dann die Aussage im Raum, der Beschwerdeführer sei seit 2004 zu 100 % arbeits unfähig. Dem Bericht des D.\_\_\_\_ vom Dezember 2016 kommt somit kaum Beweis kraft zu, was auch für den auf diesen aufbauenden Bericht vom Juni 2018 (vor stehend E.

4.6) gelten muss.

Soweit sich der Beschwerdeführer auf weitere Berichte der behandelnden Ärzte beruft, so ist ihm zu entgegnen, dass die Kardiologen des B.\_\_\_\_ im September 2016 (vorstehend E. 4.2) und im Juli 2017 (vorstehend E. 4.4) zwar eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom als fachfremde Diagnose nannten, aus den Berichten aber nicht hervorgeht, auf welchem Weg und aus welchem Grund sie Eingang in die Diagnoseliste fand. Sie kann daher nicht beweisbildend berücksichtigt werden. Gleiches gilt für die von der Hausärztin Dr. G.\_\_\_\_ im Juli 2018 ohne näheren Angaben diagnostizierte «Depression» (vorstehend E. 4.7).

Zudem ist bei Berichten von behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rech nung zu tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Ver trauensstellung im Zweifels fall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), möglicherweise also deren Gesundheitszustand eher schlechter und ihre Arbeits fähig keit eher tiefer ein schätzen als dies objektiv gerechtfertigt wäre.

Die Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten hingegen, dass eine depressive Störung bei der Untersuchung überhaupt nicht eruierbar gewesen sei, vermag an gesichts der sorgfältigen Expertise zu überzeugen. Dies umso mehr, als anlässlich der Vorbegutachtung im April 2013 festgestellt worden war, dass eine früher diagnostizierte mittelgradige Episode unter der Behandlung teilremittiert war, so dass nur noch von einer leichten, allenfalls in den mittelschweren Bereich tendierenden depressiven Episode ausgegangen wurde (vorstehend E. 3.2). Es wurde denn auch damals schon prognostiziert, dass unter konsequenter psychiatrischer Fachbehandlung und bei gelungener Reintegration mit einer weiteren Stabilisierung zu rechnen und medizinisch-theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von 100 % durchaus zu erreichen sei (Urk. 8/25 S. 12 Ziff. 1.3).

Es ist somit erstellt, dass beim Beschwerdeführer keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. 6.4

Die Schlussfolgerungen des allgemeinmedizinisch-internistischen Teilgutachters Dr. K.\_\_\_\_ wurden von keiner Partei angegriffen. Die Beschwerdegegnerin hatte sich zwar nach Erstattung des Gutachtens noch veranlasst gesehen, Rückfragen zu stellen. Dr. K.\_\_\_\_ beantwortete diese mit seiner Stellungnahme vom Mai 2019 (vorstehend E. 5.8) aber sehr detailliert und nachvollziehbar, worauf die Beschwerdegegnerin seine Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit übernahm (vgl. vorstehend E. 2.1). Es gibt denn auch keinen Grund, seine Ausführungen in medizinischer Hinsicht anzuzweifeln, nachdem er in seiner Stellungnahme insbesondere schlüssig aufgezeigt hatte, dass trotz einer eingeschränkten systolischen Pumpleistung des Herzens die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund von durch den Diabetes mellitus ausgelösten Sekundärerkrankungen und der verminderten diastolischen Füllung des Herzens den noch eingeschränkt sei.

Zu bemerken ist einzig, dass im Gutachten vom März 2019 die

Arbeitsfähigkeit in vollschichtiger angepasster Tätigkeit zunächst bei einer Leistungseinschränkung von 10 % mit 90 % beziffert wurde (vorstehend E. 5.5 und 5.6), in der Stellungnahme vom Mai 2019 hingegen eine Einschränkung von 20 % genannt wurde (vorstehend E. 5.8), was auf die schlüssige Präzisierung durch Dr. K.\_\_\_\_ hinsichtlich der Einschränkungen durch den Diabetes und die Herzproblematik zurückzuführen ist.

Wie der nachfolgende Einkommensvergleich (E. 7) zeigen wird, ergibt sich keine Anspruchsrelevanz, selbst wenn zugunsten des Beschwerdeführers von einer Arbeitsfähigkeit von lediglich 80 % in einer angepassten sowie von 70 % in der angestammten Tätigkeit auszugehen ist. Zu letzterer Einschätzung ist festzuhalten, dass die von den Gutachtern erwähnte optimale Einstellung der Risikofaktoren, welche zur Erreichung dieser Arbeitsfähigkeit vonnöten ist, gleichermassen invaliditätsfremde Faktoren betrifft, welche vom Beschwerdeführer beeinflusst werden können. Konkret sind dies eine intensiviertere Diabetes-Behandlung, eine Beendigung des Nikotinabusus, regelmässige körperliche Betätigung zur Rekonditionierung, Gewichtsabnahme und regelmässige Medikamenteneinnahme (vgl. vorstehend E. 5.5). Diese Veränderungen des Lebensstils sind dem Beschwerdeführer klarerweise zumutbar, was folglich – bei einer persistierenden Leistungseinschränkung von 20 % - auch für die Aufnahme einer vollschichtigen Erwerbstätigkeit gilt. 6.5

Gestützt auf das beweiskräftige polydisziplinäre Gutachten ist somit erstellt, dass der Beschwerdeführer vom Zeitpunkt des Herzinfarktes am 15. September 2016 bis zum 31. Juli 2017 für sämtliche Tätigkeiten vorübergehend zu 100 % arbeitsunfähig war.

Ab diesem Zeitpunkt beträgt die zumutbare Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit als Bäckerei-Mitarbeiter wie bisher 70 %.

In einer dem Belastungsprofil angepassten

Tätigkeit beträgt die Leistung eine Schränkung 20 % und folglich die Arbeitsfähigkeit 80 %. Diese Tätigkeit sollte im Vergleich zur Beurteilung im Jahr 2014 (vgl. vorstehend E. 3.2) nun kein Heben schwerer Lasten von

mehr als 10 kg statt wie bisher 15 kg, keine Tätigkeiten, die längeres Gehen oder Stehen erfordern, keine Tätigkeiten in Zwangshaltung (Über-Kopf, vorübergebeugt, Knien), keine Arbeiten auf Leitern, Gerüsten oder auf unebenem Gelände und zusätzlich keine taktgebundene Arbeit oder Akkordarbeit, keinen überdurchschnittlichen Zeitdruck oder Arbeitsstress sowie keine Nachtarbeit, Schichtarbeit oder häufig wechselnde Arbeitszeiten beinhalten. 6.6

Eine Veränderung der Arbeitsfähigkeit und damit ein Anlass zur Rentenrevision (vorstehend E. 1. 3 und E. 1. 4) sind nach dem Gesagten somit grundsätzlich gegeben. Es bleiben die erwerblichen Auswirkungen der erstellten Einschränkungen aufgrund des Einkommensvergleichs zu prüfen. 7.

7.1

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 ihrer zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). 7.2

Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222). Ein Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches. Die IV-Anmeldung ging am 3. Februar 2017 bei der Beschwerdeführerin ein (Urk. 8/61 sowie Aktenverzeichnis zu Urk. 8). Ein allfälliger Rentenanspruch bestünde somit frühestens ab dem 1. August 2017. Zu diesem Zeitpunkt hatte der Beschwerdeführer nach überstandenen Herzinfarkt und den entsprechenden Behandlungen seine Arbeitsfähigkeit im oben erstellten Ausmass wieder hergestellt (vorstehend E. 6.5). 7.3

Der Beschwerdeführer geht aktuell keiner Erwerbstätigkeit nach. Nach einer langjährigen Anstellung als Bäckereimitarbeiter von 1997 bis 2002 bei der M. \_\_\_ AG (Urk. 8/2; Urk. 8/18), war er von 2002 bis 2003 bei der N. \_\_\_ AG als Reiniger tätig (Urk. 8/2). Danach folgten Beschäftigungen im zweiten Arbeitsmarkt sowie ein Kurzeinsatz von 3 Monaten als Kommissionierer bei O. \_\_\_ im Jahr 2006 (vgl. Urk. 8/4-6). Die Anstellungen im ersten Arbeitsmarkt liegen somit weit in der Vergangenheit und wurden nicht aus

gesundheitlichen Gründen aufgelöst, weshalb das dort erzielte Einkommen zur Evaluation des Valideneinkommens nicht herangezogen werden kann. Es ist deshalb auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Arbeit in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen (LSE 2016, Tabellengruppe TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Niveau 1). 7.4

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C\_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (Urteil des Bundesgerichts 9C\_492/2018 vom 24. Januar

2019 E. 4.3.2 mit Hinweis auf Urteil 8C\_333/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 5.3 mit Hinweisen). Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn. Dies stellt keinen «Prozentvergleich» dar, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 unter Hinweis auf Urteil 9C\_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2.1). 7.5

In einer behinderungsangepassten Tätigkeit besteht eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, wobei vom gleichen Tabellenlohn auszugehen ist.

Der Invaliditätsgrad liegt somit grundsätzlich bei 20 %. Nur ein maximaler leidensbedingter Abzug vom Invalideneinkommen in der Höhe von 25 % (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2) hätte einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zur Folge (vgl. E. 1.2). Gründe für einen solchen liegen jedoch nicht vor, zumal namentlich bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen dürfen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_833/2017 vom 20. April 2018 E. 2.2 mit Hinweis). Im Übrigen kommt auch dem fortgeschrittenen Alter im Zusammenhang mit dem

Leidensabzug keine entscheidende Bedeutung zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_558/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.3.2). 7.6

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 8.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsgarantien 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 Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zuzugewährt der unentgeltlichen Prozessführung sind die Gerichtskosten einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zuzugewährt der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

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

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

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

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

## **E. 8**

/68 = Urk. 8/74/10-12 ) folgende Diagnosen: - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome ( F32. 2) - Störung durch Tabak ( F17.2) - koronare Herzerkrankung mit schwer eingeschränkter LVEF mit/bei - Status nach akutem inferiorem STEMI am 15. September 2015 - 80% Stenose des mittleren und distalen RIVA - 50-70% Stenose des distalen RCX - RCA proximal Verschluss 100 % PTCA und 2 Mal DES Implantation mit gutem Resultat - schwere Hypothyreose - lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei - Spondylarthrose - Diabetes mellitus

Die Frage betreffend eine Verschlechterung des Zustandes seit März 2014 wurde der Frage gestellt beantwortet, dass der Patient seit 2008 unter Schlafstörungen (Durch schlaf 3

Stunden, Tag-/Nachtumkehr) leide. Es lägen ein Gedankenkreisen um die Kinder (11 Jahre nicht gesehen), Lust und Interesselosigkeit (vollständig), Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Sinnlosigkeitsgedanken, Antriebslosigkeit (selten Spazieren), Rückzug (keine Kollegen, gelegentlich Geschwister, Neffen), Verlust von Selbstvertrauen und weniger Appetit vor. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100% seit 2004 bis heute (S. 1 unten).

Betreffend Tagesablauf habe es im Jahr 2016 einen vollständigen Rückzug gegeben. Es gebe nur noch TV und PC (Schreiben mit Verwandten in der Türkei), hingegen keine Besuche mehr bei der Familie. Er spaziere nur noch selten und gehe nicht mehr ins Einkaufszentrum. Betruhe sei immer wieder erst um 3 Uhr morgens. Einkauf und Haushalt könnten noch erledigt werden, hingegen fahre er trotz Ausweis nicht mehr Auto (S. 2 Ziff. 3). Seine Schwester berichte, er rufe sie immer wieder mitten in der Nacht an, er wolle sich suizidieren. Der Haushalt sei kaum mehr machbar. Er koche nur noch selten, Hausarbeiten würden durch die Schwester erledigt (S. 2 Ziff. 4). Unter dem Titel «psychopathologischer Befund» (welcher ebenfalls die Ziff. 4 trägt; S. 2 unten) heisst es unter anderem: «Die Schmerzen sind 24 Std. vorhanden». Anamnestisch gebe es deutliche Suizidgedanken/-wünsche, jedoch keine Suizidversuche, keine konkreten Ausführungspläne, aktuell gebe es keine Suizidalität (S. 3 oben). 4. 4

Die Ärzte des Universitären Herzzentrums, B.\_\_\_\_, nannten im Bericht zur kardiologischen Sprechstunde vom 4. Juli 2017 (Urk. 8/84) folgende, hier verkürzt wie der gegebene n Diagnosen (S. 1): - koronare 2-Gefässerkrankung mit leicht eingeschränkter linksventrikulärer (LV) Funktion - Einzelphotonen-Emissionscomputertomographie (SPECT) vom 14. Juli 2017: Kleine inferobasale sowie inferoapikale Myokardnarbe mit Rest- und Randischämie (kumuliertes Ischämieareal knapp 10% des LV-Myokards entsprechend). Global normale linksventrikuläre Funktion - transthorakale Echokardiographie (TTE) vom 3. Juli 2017: Normal grosser, nicht hypertropher linker Ventrikel mit normaler Auswurf fraktion - elektive Re-Koronarangiographie am 13. Oktober 2016 - Koronarangiographie am 15. September 2016 bei akutem inferioren STEMI - CVRF: persistierender Nikotinkonsum (kumulativ 80py), ED Diabetes Mellitus - insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Typ 2, ED September 2016 - vereinzelt unspezifische pulmonale Noduli - Computertomographie (CT) vom 14. Juli 2017: Nebenbefundlich (Dr. E.\_\_\_\_) vereinzelt unspezifische pulmonale Noduli bis maximal 6

mm (grösster posterolateral im linken Unterlappen) - CT-Verlaufskontrolle in zirka 12 Monaten empfohlen - mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom

Anamnestisch berichte der Patient über seit 2 Monaten bewegungsabhängige atypische Thoraxschmerzen und über eine Belastungsdyspnoe gemäss NYHA II. Fast täglich bemerke er ausserdem kurz anhaltendes Herztolpern (S. 3 oben). Ein Progress der bekannten koronaren Herzkrankheit (KHK) sei nicht auszuschliessen (S. 3 Mitte).

Am 31. Juli 2017 (Urk. 8/82 = Urk. 8/91/7-11) berichteten die genannte Ärzte über die Koronarangiographie - und Intervention vom 27. Juli 2017,

die eine 80%ige PLA/RCA-Stenose gezeigt habe, welche die in der SPECT gezeigte Ischämie erkläre. Die Läsion habe erfolgreich mittels Ballondilatation und Implantation eines Drug-eluting -Stents behandelt werden können. Der Patient habe kardial kompensiert und beschwerdefrei am 28. Juli 2017 nach Hause entlassen werden können (S. 2 Mitte).

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