

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00885 vom 30. März 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-03-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00885](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00885)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00885 du 30 mars 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00885 del 30 marzo 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1986, Staatsangehöriger von Zypern, reiste am 4. Dezember 2013 in die Schweiz ein und verrichtete in der Folge von Februar 2014 bis Dezember 2015 Hilfsarbeiten für wechselnde Arbeitgeber, unter anderem als Lagerist, als Fahrer und als Portier (Urk. 3/1, Urk. 7/2, Urk. 7/5, Urk. 7/12/2). Am 15. Dezember 2015 meldete er sich unter Hinweis auf wiederkehrende Abgeschlagenheit und Schwäche bei mittlerer bis schwerer Eisenmangelanämie bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/5). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, führte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen durch und teilte dem Versicherten am 23. November 2016 mit, berufliche Eingliederungsmassnahmen seien aufgrund seines Gesundheitszustandes zur Zeit nicht möglich; sie werde den Rentenanspruch prüfen (Urk. 7/53).

Am 13. August 2018 veranlasste die IV-Stelle sodann ein polydisziplinäres Gutachten bei der Z.\_\_\_\_ in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Neuropsychologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Rheumatologie (Urk. 7/152), das am 5.

Dezember

2018 erstattet wurde (Urk. 7/162/1, Urk.

7/159-166). Mit Vorbescheid vom 21. Februar 2019 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/198). Nachdem dies er dagegen Einwand erhoben hatte (Urk.

7/205, Urk.

7/214, Urk.

7/222), entschied die IV-Stelle mit Verfügung vom 8. November 2019 im angekündigten Sinne (Urk. 7/226 = Urk. 2).

### **E. 1.1**

Versichert nach Massgabe des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind Personen, die gemäss den Art. 1a und 2 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) obligatorisch oder freiwillig versichert sind (Art. 1b IVG). Obligatorisch versichert nach dem AHVG sind unter anderem die natürlichen Personen, die ihren Wohnsitz in der Schweiz haben oder in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausüben (Art. 1a Abs. 1 lit. a und b AHVG).

## **E. 1.2**

Gemäss Art. 6 Abs. 2 IVG sind ausländische Staatsangehörige, vorbehaltlich Art. 9 Abs. 3 IVG, nur anspruchsberechtigt, solange sie ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) in der Schweiz haben und sofern sie bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet oder sich ununterbrochen während zehn Jahren in der Schweiz aufgehalten haben.

Anspruch auf eine ordentliche Rente haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität (Versicherungsfall) während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben (Art.

36 Abs.

1

IVG). Ist die dreijährige Mindestbeitragsdauer mittels schweizerischer Versicherungszeiten nicht erfüllt, sind für Schweizer Bürger und für Staatsangehörige von EU- und EFTA-Staaten Beitragszeiten, die in einem EU- oder EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, mitzuberechnen (vgl. Art. 6 der Verordnung [EG] Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit).

## **E. 1.3**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.4**

und E. 1.5).

Der Beschwerdeführer

war nach seiner Einreise in die Schweiz am 4. Dezember 2013 zunächst von Februar bis Ende Oktober 2014 während neun Monaten vollzeitlich und ohne längere oder auch gehäufte kurze krankheitsbedingte Absenzen aufzuweisen (vgl. Urk. 7/12/9/ff.), als Mitarbeiter Lager bei der R.\_\_\_\_ AG tätig. Gemäss seiner damaligen Arbeitsleistung entsprach der Lohn dabei der Arbeitsleistung (Urk. 7/12/2) und das Arbeitsverhältnis war von vornherein befristet, die Beendigung des Arbeitsverhältnisses erfolgte mithin nicht aus gesundheitlichen Gründen (Urk. 7/12/1).

Ferner lässt sich auch den Berichten der behandelnden Ärzte keine für den Zeitraum vor Oktober 2014 attestierte Arbeitsunfähigkeit entnehmen (vgl. dazu die Auflistung der Arbeitsunfähigkeitszeiten in Urk. 7/197/5).

Für eine vor der Einreise in die Schweiz eingetretene Invalidität bestehen somit keine Hinweise.

Der Beschwerdeführer war in der Folge im Jahr 2015 jeweils während mehrere Monate arbeitsunfähig, arbeitete in der Zwischenzeit jedoch auch mehrmals über einen Zeitraum von mehr als 30 Tagen und unterbrach dadurch die Wartezeit im Sinne von Art. 28 Abs. 2 lit. b IVG (Art. 29 ter IVV, vgl. Urk. 7/197/5, Urk. 3/1). Durch seine Arbeitstätigkeit für wechselnde Arbeitgeber in dieser Zeit spanne erfüllte der Beschwerdeführer die erforderliche Beitragszeit in der Schweiz von mindestens einem Jahr. Ferner weist er in Zypern eine Versicherungsdauer von 578 Wochen auf (Urk. 7/62/2), was die Beschwerdegegnerin nicht in Abrede stellte, so dass die dreijährige Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Rente im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG unter Berücksichtigung dieser Beitragszeiten ohne Weiteres erreicht ist (vgl. Art. 6 der Verordnung [EG] Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit). Der Beschwerdeführer erfüllt somit grundsätzlich die versicherungsmässigen Voraussetzungen für eine Rente der Invalidenversicherung. Zu prüfen bleibt, ob ein solcher Anspruch aufgrund seines Gesundheitszustandes zu bejahen ist. 5.

## 5.1

Zunächst ist auf den Beweiswert der polydisziplinären Gutachten des

Z.\_\_\_\_

vom 5. Dezember 2018 (Urk. 7/159-166) einzugehen. Die Expertise basiert auf umfassenden internistischen, neuropsychologischen, chirurgischen, psychiatrischen und rheumatologischen Untersuchungen (Urk.

7/159/6

ff., Urk.

7/160/3

ff., Urk.

7/161/7 ff., Urk. 7/163/9 ff., Urk. 7/164/4 ff.) und wurde in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 7/165/1 ff.). Der Beschwerdeführer konnte gegenüber den einzelnen Sachverständigen seine aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesen jeweils — soweit fachspezifisch erforderlich — eingehend befragt. Er konnte sich insbesondere zu verschiedenen Themenbereichen wie der Krankheitsentwicklung sowie dem gewöhnlichen Tagesablauf äussern (Urk.

7/159/6 ff.

Urk. 7/160/3 ff., Urk. 7/161/4 ff., Urk. 7/163/4 ff., Urk. 7/164/4 ff.). Die geklagten Leiden fanden sodann im Rahmen der Diagnostik Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit dargelegt und nachvollziehbar erläutert wurden (Urk.

7/159/13 ff., Urk.

7/160/12 ff., Urk.

7/161/9 ff., Urk.

7/162/8 ff. Urk.

7/163/12 ff., Urk. 7/164/11 ). Die Gutachter nahmen ausserdem soweit erforderlich Stellung zu vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 7/163/14, Urk.

7/164/11

f. ). Gesamthaft erfüllt das Z. \_\_\_\_ -Gutachten somit die vom Bund des Gericht festgelegten formellen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E. 1.3 vorstehend).

Der Beschwerdeführer machte dagegen geltend, dass dem neuropsychologischen und dem psychiatrischen Gutachten keine validen Ergebnisse zu entnehmen seien. Es stelle sich die Frage, ob die vom neuropsychologischen Gutachter festgestellten Inkonsistenzen auf die Einnahme zweier Temesta während der Untersuchung zurückzuführen seien, das beschriebene «seltsame Verhalten» während der Testung sei sodann darauf zurückzuführen, dass er ein Unwohlsein verspürt habe, aufgrund der Nebenwirkungen der Medikamente sowie gastrointestinaler Probleme.

Es sei zur Beurteilung der psychiatrischen Einschränkungen auf die Einschätzung der behandelnden Ärzte abzustellen (Urk. 1 S. 3).

Zunächst ist zu bemerken, dass auch Dr. P. \_\_\_\_ vom RAD darauf hinwies, dass der neuropsychologische Gutachter einen allfälligen Einfluss der Medikation auf die kognitive Leistungsfähigkeit zu wenig berücksichtigt habe. Dennoch kam er zum Schluss, das neuropsychologische Gutachten sei im Ergebnis schlüssig (Urk.

7/197/16).

Dem ist beizupflichten, beschrieb doch der Sachverständige keine unmittelbare Beeinträchtigung durch das Medikament. Wären solche aufgetreten, wäre ihm das wohl aufgefallen.

Der neuropsychologische Gutachter wies sodann auf ein demonstratives Verhalten des Beschwerdeführers hin, das sich jedoch - entgegen der

in der Beschwerde geäusserten Ansicht (Urk. 1 S. 3 - nicht im durchaus nachvollziehbar erklärten Setzen auf den Boden erschöpfte. Vielmehr beobachtete der Experte darüber hinaus, dass sich der Beschwerdeführer sicher und geschickt bewegte (Urk. 7/160/15), was mit der Schilderung eines Schwindel- beziehungsweise Schwächegefühls nicht vereinbar ist und den Hinweis auf demonstratives Verhalten begründet erscheinen lässt. Zudem schilderte der Gutachter eine weitgehend unauffällige Funktionalität in der anamnestischen und klinischen Untersuchung, der eine fragliche Leistungsbereitschaft, Selbstlimitierung und eigentümliche Fehler in den Tests gegenüberstanden. Aufgrund dieser Symptomvalidierung wie auch der erhobenen klinischen Eindrücke hat er einen gesicherten Schluss auf eine neuropsychologische Störung verneint (Urk. 7/160/14-15), was nicht zu beanstanden ist.

Der begutachtende Psychiater sprach sodann von Inkonsistenzen in Bezug auf den Schweregrad der Symptomatik, weshalb er die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen oder in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht abschliessend zu beurteilen vermochte (Urk. 7/163/15-16). Die von ihm gestellten Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, nämlich die generalisierte Angststörung und die Benzodiazepinabhängigkeit (Urk. 7/163/12), fanden entsprechenden Eingang in die Diagnosenliste des Gesamtgutachtens und wurden dementsprechend in der Konsiliarbeurteilung

berücksichtigt, wenn auch das Ausmass der Einschränkung nicht abschliessend bestimmt wurde (vgl. vorstehend E. 3.9). Dies mindert indes die Beweiskraft des Gutachtens nicht, wie nachfolgend aufgezeigt wird (E. 5.3).

Auch die von Dr. P. \_\_\_

in Frage gestellte Diagnose einer Angststörung ist nicht geeignet, die gutachterliche Einschätzung zu entkräften, da diese - anders als die Beurteilung des RAD-Arztes - auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers beruht, der im Rahmen von psychiatrischen Abklärungen besonderes Gewicht beizumessen ist. Rechtsprechungsgemäss kann sodann die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen und sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich und zu respektieren sind (BGE 124 I 170 E. 4).

Die Ausführungen des Beschwerdeführers sind mithin nicht geeignet, die Beweiskraft des neuropsychologischen und des psychiatrischen Gutachtens in Zweifel zu ziehen. Es besteht daher kein Anlass, für die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes auf die Einschätzung der behandelnden Ärzte abzustellen, zumal es auch

die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (vgl. statt vieler: SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148, 9C\_338/2016 E. 5.5, und SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.1.1). 5.2

### 5.2.1

In somatischer Hinsicht diagnostizierten die Gutachter einerseits periartropatische Schulterbeschwerden rechts mit Impingement-Symptomatik bei radiologisch unauffälligen Verhältnissen (Urk. 7/162/8). Diesen massen sie unter Berücksichtigung der Spontanbeweglichkeit, die deutlich besser ausfiel als diejenige in der klinischen Untersuchung, dahingehend Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu, als dass dem Beschwerdeführer keine körperlich schweren Tätigkeiten sowie repetitive und ständige Arbeiten mit dem rechten Arm über dem Kopf mehr zumutbar seien (Urk. 7/162/9). Diese Beurteilung wurde von den Parteien nicht angezweifelt und auch den weiteren medizinischen Unterlagen lässt sich nichts Abweichendes entnehmen. In rheumatologischer Hinsicht ist der Beschwerdeführer somit in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. 5.2.2

Im Weiteren stellten die Gutachter die Diagnose rezidivierender unterer gastrointestinaler Blutungen bei Ileoascendostomie-Ulcus (Urk. 7/162), die

regelmässige Pausen für Toilettenbesuche erforderlich machen (Urk. 7/162/9). Weitere Einschränkungen aufgrund der gastrointestinalen Diagnose sind dem Gesamtgutachten nicht zu entnehmen.

Der Beschwerdeführer brachte diesbezüglich vor, gemäss dem chirurgischen Teilgutachten sei in einer sitzenden und körperlich nicht belastenden Tätigkeit - was einer angepassten und nicht der bisherigen Tätigkeit entspreche - eine Arbeitsfähigkeit von 50 % denkbar. Dies entspreche auch der Beurteilung des RAD, der eine Arbeitsfähigkeit von

mindestens 50 % in einer solchen Tätigkeit als zumutbar erachte (Urk. 1 S. 3) .

Dem chirurgischen Teilgutachten ist einerseits die vom Beschwerdeführer angeführte Arbeitsfähigkeitseinschätzung bezogen auf die bisherige Tätigkeit zu entnehmen. Andererseits formulierte Dr. L.\_\_\_\_ eine angepasste Tätigkeit im Sinne einer sitzenden Arbeit ohne körperliche Belastung in häuslicher Umgebung , die aus chirurgischer Sicht möglich sei , wobei er keine zeitliche Einschränkung nannte und die Leistungsfähigkeit als nicht beurteilbar erachtete (Urk. 7/161/10). Der allgemein-internistische Gutachter Dr. J.\_\_\_\_ , der diesbezüglich eine ischämische Kolitis mit rezidivierenden Ulzerationen sowie eine rezidivierende mikrozytäre Anämie diagnostizierte, mass diesen Beschwerden hingegen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 7/159/13). Diese Einschätzung wurde - abgesehen von der Notwendigkeit regelmässiger Pausen für Toilettengänge - im polydisziplinären Konsens aller Gutachter übernommen (Urk. 7/162/9 ). Dies erscheint angesichts der Tatsache, dass auch Dr. L.\_\_\_\_ als funktionelle

Auswirkungen der Diagnose lediglich ein durch die anale Blutungssymptomatik und dem damit verbundenen erhöhten Stuhldrang begründetes Erfordernis regelmässiger Pausen für Toilettenbesuche (Urk. 7/161/9) anführte, überzeugend , zumal auch der behandelnde med. pract .

A.\_\_\_\_ in seinem aktuellsten Bericht von 31.

Juli 2019 zusätzlich zum Erfordernis verfügbarer Toilettenräume lediglich von einer Einschränkung für schwere Tätigkeiten ausging (Urk. 7/221/76 ) , die im Gesamtgutachten ebenfalls ausgeschlossen wurden .

Zur vom Beschwerdeführer angeführten Stellungnahme von Dr. O.\_\_\_\_ vom RAD ist sodann zu bemerken, dass dieser ausdrücklich eine Mindestarbeitsfähigkeit von 50 % für zumutbar erachtete und damit ein darüberhinausgehendes zumutbares Pensum nicht ausschloss. Andererseits bezog er sich in seiner Beurteilung lediglich auf das von Dr. L.\_\_\_\_ formulierte Belastungsprofil der bisherigen Tätigkeit und zog nicht in Betracht, dass dieses nach der Konsensbesprechung nicht ins Gesamtgutachten übernommen worden war (Urk. 7/197/16). Daher kann in dieser Beurteilung kein Widerspruch zum Gutachten erblickt werden.

Auf die Beurteilung im Gesamtgutachten, dem Beschwerdeführer seien lediglich körperliche Schwerarbeiten sowie Tätigkeiten mit längerdauernden oder wiederholten Arbeiten über Kopf nicht zumutbar, notwendig seien sodann regelmässige Pausen für Toilettenbesuche, ist daher abzustellen. 5.3

#### 5.3.1

Die Beschwerdegegnerin kam in psychiatrischer Hinsicht zum Schluss, eine invalidisierende psychiatrische Erkrankung liege nicht vor, da die geschilderten Beschwerden nur in einem geringen Mass bis gar nicht hätten nachvollzogen werden können (Urk. 2 S. 1).

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Dies trifft namentlich zu, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage

bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, BGE 131 V 49 E. 1.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9 C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1).

Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungs einschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.2 ; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8 C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2).

Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/ 2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.4).

Das Gutachten enthält an mehreren Stellen Hinweise darauf, dass die vom Beschwerdeführer vorgetragene Beschwerden nicht mit deren tatsächlichen Ausmass übereinstimmen. So kam der neuropsychologische Gutachter lic. phil. N.\_\_\_\_ zum Schluss, formal betrachtet ergebe sich eine mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung. Der abklärungsbegleitend vorgenommenen Symptomvalidierung wie auch dem klinischen Eindruck zufolge sei diese allerdings als nicht authentisch zu beurteilen. Das Ausmass der kognitiven Funktionsausfälle seien nicht mit der klinisch/im Gespräch und anamnestisch erfahrbaren, weitgehend unauffälligen kognitiven Funktionalität sowie der medizinischen Anamnese vereinbar und lasse sich auch nicht durch die von psychiatrischer Seite gestellten Diagnosen erklären. Im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung sei auch von einer bewusstseinsnahen Aggravation auszugehen (Urk. 7/160/15). Der psychiatrische Gutachter Dr. M.\_\_\_\_ ging sodann ebenfalls davon aus, dass die kognitiven Einschränkungen und formalen Denkstörungen, die immer wieder zu objektivieren gewesen seien, durch die neuropsychologische Begutachtung relativiert würden, und stellte auch die Schilderung des Tagesablaufes und der sozialen Kontakte in Frage (Urk. 7/163/15). Auch von somatischer Seite berichtete Dr. K.\_\_\_\_

sodann von anlässlich der rheumatologischen Untersuchung festgestellten Inkonsistenzen zwischen dem spontan beobachteten und dem während der Untersuchung gezeigten Bewegungsausmass (Urk. 7/164/13).

Insgesamt kann jedoch das Vorliegen eines leistungsausschliessenden Aggravationsverhaltens

dennoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejaht werden. So kam Dr. M.\_\_\_\_ trotz der festgestellten Inkonsistenzen zum Schluss, es sei eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F42.1) und eine Benzodiazepin abhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch,

(ICD-10 F13.25) zu diagnostizieren, wodurch die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers reduziert werde, wobei einzig das Ausmass der Reduktion aufgrund der Inkonsistenzen nicht beurteilbar sei (Urk. 7/163/15). Sodann konnte eine allfällig vorhandene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch von neuropsychologischer Seite letztlich nicht ausgeschlossen werden (Urk. 7/160/15).

Auf die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 kann somit nicht von vornherein verzichtet werden. 5.3.2

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

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

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 5.3.3

Im Komplex «Gesundheitsschädigung» ist zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zunächst darauf hinzuweisen, dass bei den gestellten Diagnosen einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F42.1) und einer Benzodiazepinabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch, (ICD-10 F13.25) der Schweregrad nicht diagnoseinhärent ist. Dem psychiatrischen Befund sind Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen sowie ein ab- und zu blockiertes, deutlich vorbeiredendes und weitschweifiges formales

Denken zu entnehmen, deren Ausmass und Authentizität Dr. M.\_\_\_\_

jedoch aufgrund der Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung nachvollziehbarerweise anzweifelt. Ferner habe der Beschwerdeführer von einer erhöhten Ermüdbarkeit sowie von Ängsten in engen Räumen und davor, einen medizinischen Notfall zu erleiden oder zu sterben, berichtet. Das gestützt darauf berichtete Verhalten des Beschwerdeführers, nicht alleine aus dem Haus zu gehen, ist gemäss Dr. M.\_\_\_\_ jedoch in Frage zu stellen (Urk. 7/163/15). Ansonsten war der psychiatrische Befund blande, insbesondere hielt Dr. M.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer sei affektiv explizit nicht deprimiert, nicht affektlabil und normal schwingungsfähig. Ferner seien auch der Antrieb und die Interessen normal ausgebildet (Urk. 7/163/11). Gestützt auf diese Befunde verneinte Dr.

M.\_\_\_\_ überzeugend die vom behandelnden Psychiater gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion beziehungsweise einer aktuell mittelgradigen depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.11).

Insgesamt ist gestützt auf die gering ausgeprägte psychiatrische Befundlage damit von einer leicht- bis höchstens mittelgradigen Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde

auszugehen.

Zum «Behandlungserfolg- beziehungsweise -resistenz» ist festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer seit Juni 2016 in ambulanter psychiatrischer Behandlung befindet, welche mindestens zweimal pro Monat für je eine Stunde stattfindet und welche bisher nicht zu einer Verbesserung seines Zustandes führte. Ferner nimmt er soweit ersichtlich die verschriebenen Medikamente ein (Urk. 7/162/9). Dr. M. \_\_\_ hielt dazu fest, eine leitliniengetreue, idealerweise verhaltenstherapeutisch orientierte Therapie der generalisierten Angststörung und der Klaustrophobie sei dringend indiziert. Vorausgehend müsse jedoch ein stationärer Benzodiazepinentzug durchgeführt werden. Ob dies aufgrund der Begleiterkrankungen möglich sei, bleibe fraglich (Urk. 7/162/16). Unter diesen Umständen und vor dem Hintergrund, dass der Beschwerdeführer bislang keine alternativen therapeutischen Optionen wahrgenommen hat, kann nicht von einem definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation des Beschwerdeführers durchgeführten Therapie gesprochen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.4). Eine Therapieresistenz kann daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden.

Hinsichtlich der Komorbiditäten ist anzumerken, dass laut Dr. M. \_\_\_ die Angstsymptomatik, welche durch somatische Befunde verstärkt werde, eine sekundäre Benzodiazepinabhängigkeit ausgelöst hat (Urk. 7/163/14). Es liegt mit der rheumatologischen, aber vor allem

mit der gastrointestinalen

Problematik zwar zweifelsfrei ein Krankheitsgeschehen von einer gewissen Erheblichkeit und somit den psychischen Zustand des Beschwerdeführers beeinflussende Komorbiditäten vor. Angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig ist, kann diese jedoch nicht als besonders schwerwiegend bezeichnet werden.

In Bezug auf die Persönlichkeit des Beschwerdeführers ist festzuhalten, dass weder eine Persönlichkeitsstörung noch akzentuierte Persönlichkeitszüge vorliegen. Der Persönlichkeitsstruktur ist in Anbetracht dieser Umstände keine ressourcenhemmende Wirkung beizumessen.

Zum Komplex « sozialer Kontext » ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer verheiratet ist, wobei eine gute partnerschaftliche Beziehung besteht, wenn diese auch durch die somatischen Beschwerden des Beschwerdeführers beeinträchtigt sei. Ferner unterhält er regelmässigen Kontakt mit seinem Schwager und seiner Schwiegermutter und er hat

auch Kollegen in der Schweiz. Seine Frau erledigt zusammen mit der Schwiegermutter, die täglich vorbeikommt und ihn betreut, den gesamten Haushalt und sämtliche administrativen Tätigkeiten (Urk. 7/163/8). Ferner unterstützen ihn seine Kollegen durch Begleitung zu den Arztterminen, auch bei der Anreise zu den Begutachtungsterminen begleitete ihn jeweils ein Kollege (Urk. 8/163/8 f.). Der soziale Kontext hält somit insgesamt für den Beschwerdeführer beträchtliche Ressourcen bereit, ein sozialer Rückzug ist nicht erkennbar.

In Bezug auf die beweisrechtlich entscheidende Kategorie «Konsistenz» ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer einen eher passiven Alltag mit einem geringen Aktivitätsniveau

geschildert hat (Urk. 7/163/8). Zu berücksichtigen ist allerdings einerseits, dass Dr. M.\_\_\_\_ Zweifel am vom Beschwerdeführer geschilderten Tagesablauf äusserte (Urk. 7/163/15). Andererseits ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer keine Hobbies schilderte, denen er vor seiner Erkrankung nachgegangen wäre und die er jetzt nicht mehr ausführt. Insbesondere hat er sich noch nie für Sport interessiert, jedoch für Musik; dass er sich damit je im Sinne einer Freizeitaktivität beschäftigt hätte, ist jedoch nicht ersichtlich (Urk. 7/163/5). Es

ist daher von einem auch im Gesundheitsfall niedrigen Aktivitätsniveau auszugehen, eine krankheitsbedingt erfolgte Reduktion seiner Alltagsbeschäftigungen erscheint nicht als überwiegend wahrscheinlich.

Was den

behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck angeht, begibt sich der Beschwerdeführer wie bereits erwähnt zweimal wöchentlich in psychiatrische Behandlung und nimmt die verschriebenen Medikamente ein. Obwohl sich sein Gesundheitszustand seit Behandlungsbeginn im Juni 2016 nicht verbessert hat, wurde die Therapieintensität nie erhöht oder ein stationärer oder tagesklinischer Aufenthalt eingeleitet. Es ist somit nicht von einem allzu grossen Leidensdruck auszugehen.

Zusammenfassend handelt es sich bei den gestellten Diagnosen einer generalisierten Angststörung und einer Benzodiazepinabhängigkeit weder um schwere, therapieresistente psychische Störungen, noch liegen Persönlichkeitsmerkmale vor, die sich ressourcenhemmend auswirken. Des Weiteren ist ein soziales Netz vorhanden, welches für den Beschwerdeführer stützende Ressourcen bereithält, ein krankheitsbedingter Rückzug ist nicht erfolgt. Auch eine erhebliche, nach Eintritt des Gesundheitsschadens eingetretene Einschränkung des Aktivitätsniveaus ist nicht ersichtlich. Sodann lassen auch die Inkonsistenzen anlässlich der neuropsychologischen Beurteilung und die Zweifel von Dr. M.\_\_\_\_ an der Authentizität der vorgetragenen Beschwerden und der Einschränkungen im Alltag nicht auf ein invalidenversicherungsrechtlich massgebendes Leiden schliessen. Die von Dr. M.\_\_\_\_

angenommene, nicht genauer definierbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist gestützt auf die massgeblichen Indikatoren somit ungeachtet ihrer Ausprägung nicht ausgewiesen. Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers besteht angesichts der fehlenden invalidenversicherungsrechtlich massgeblichen Einschränkung kein Anlass, auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung des behandelnden Psychiaters Dr. D.\_\_\_\_ zurückzugreifen.

5.4

Gesamthaft ist festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der somatischen Beschwerden körperliche Schwerarbeit und Tätigkeiten mit längerdauernden oder wiederholten Arbeiten über Kopf nicht zumutbar sind. Ferner müssen regelmässige Pausen für Toilettenbesuche möglich sein. Diesen Einschränkungen angepasste Tätigkeiten sind jedoch aus somatischer und psychischer Sicht un eingeschränkt zumutbar.

## **E. 1.5**

Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat. (Art. 4 Abs. 2 IVG). Im Falle einer Rente gilt die Invalidität in dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem die Voraussetzungen nach Art. 28 Abs. 1 IVG erfüllt sind.

## **E. 1.6**

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

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

## **E. 2**

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des Leistungsbegehrens des Beschwerdeführers damit, dass er bereits im Jahr 2004 operiert worden sei und daher der Gesundheitsschaden, der ihn zu einem gewissen Grad in seiner Erwerbsfähigkeit einschränke, bereits vorgelegen habe, als er im Jahr 2013 in die Schweiz eingereist sei. Eine invalidisierende psychiatrische Erkrankung liege nicht vor. Aus objektiver Sicht hätten die geschilderten Beschwerden nur in geringem Mass bis gar nicht nachvollzogen werden können. Eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit sei nicht festgestellt worden. Somit sei kein Anspruch auf eine Invalidenrente entstanden (Urk. 2 S. 1 -2). Ferner bestehe auch kein Anspruch auf berufliche Massnahmen, da der Beschwerdeführer einerseits über keine in der Schweiz anerkannte Ausbildung verfüge, was einen Anspruch auf eine Umschulung ausschliesse, und andererseits stünden die mangelnden Deutschkenntnisse sowie die Tatsache, dass er sich selber für nicht arbeits- und eingliederungsfähig halte, einer Arbeitsvermittlung entgegen (Urk. 2 S. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, die Tatsache, dass er mit einem vorbestehenden Leiden in die Schweiz eingereist sei, werde zwar nicht bestritten, jedoch habe dieses

erst nach überjährigem Aufenthalt in der Schweiz zu einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit geführt. Bis dann habe er die notwendigen Beitragszeiten - ein Jahr in der Schweiz und mindestens zwei Jahre in Zypern - erfüllt

gehabt (Urk. 1 S. 2 f.).

Dem Gutachten der

Z.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2018 sei zu entnehmen, dass auf grund der Inkonsistenzen im neuropsychologischen und psychiatrischen Teilgutachten das Ausmass der Arbeitsfähigkeit nicht abschliessend beurteilbar sei. Präzisere Angaben seien den Gutachtern nicht möglich. Mangels valider Ergebnisse aus diesen Teilgutachten sei auf die Berichte der behandelnden Ärzte abzustellen und mit dem behandelnden Psychiater von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und einer Arbeitsfähigkeit von ein bis zwei Stunden pro Tag in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (Urk. 1 S. 3 f.). In somatischer Hinsicht sei gemäss dem chirurgischen Gutachter sowie dem Regionalärztlichen Dienst (RAD) eine mindestens 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, körperlich sehr leichten, sitzenden Tätigkeit möglich und zumutbar. Daher sei unbestrittenermassen eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit im somatischen Bereich ausgewiesen (Urk. 1 S.

### **E. 3**

f.).

Zusammenfassend sei von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von zwischen 12 und 25 %, sicher aber nicht über 50 % auszugehen und dem Beschwerdeführer eine Rente zu gewähren (Urk. 1 S. 4). Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades sei schliesslich für das Valideneinkommen und das Invalideneinkommen auf das Total für Hilfsarbeiten der Lohnstrukturerhebung abzustellen und vom

Invalideneinkommen ein zusätzlicher Leidensabzug von mindestens 10

% vorzunehmen (Urk. 1 S. 5). Sollte das Gericht zum Schluss kommen, dass von einer verwertbaren Restarbeitsfähigkeit auszugehen sei, sei er gerne bereit, im Rahmen von beruflichen Massnahmen herauszufinden, mit welcher angepassten Tätigkeit er zu seinem Lebensunterhalt beitragen könne (Urk. 1 S. 4).

#### **E. 3.1**

Med. pract. A.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, stellte in seinem Bericht vom 30.

Dezember 2015 die Diagnosen eines Kurzdarmsyndroms nach Dünndarmresektion im Jahr 2004 mit rezidivierendem Substratmangel (Eisen, Vitamin B12) sowie rezidivierenden gastrointestinalen Blutungen bei ischämischem Ulcus ileocolic und rezidivierendem Hämoglobin-Abfall (Hb-Abfall; Urk. 7/13/1). Er attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 24.

November bis am 9. Dezember 2015 und hielt fest, aktuell werde seinerseits keine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt (Urk. 7/13/3).

#### **E. 3.2**

Nachdem er am 21. August und am 11.

Dezember 2015 eine Selektiv- und Superselektivangiographie viszeral sowie eine Provokationsangiographie und Stentung einer Stenose des Truncus

coeliacus beziehungsweise eine Coilembolisation eines kleinen ileozoekalen Astes durchgeführt hatte (Urk. 7/18/6 ff.), diagnostizierte Prof. Dr. med. B.\_\_\_\_ von der Klinik C.\_\_\_\_ im am 13. Januar 2016 bei der Beschwerdeführerin eingegangenen Formularbericht eine chronische Anämie bei Zustand nach multiplen Darmresektionen nach komplizierter Appendizitis, aktuell mit ischämischem Ulcus an der ileozökalen Anastomose. Dies führe

zu Abgeschlagenheit mit einer Leistungsminderung in körperlich anstrengenden Berufen (Urk. 7/18/1 f.).

Im am 10. Mai 2016 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Verlaufsbericht stellte Prof. Dr. B. \_\_\_ einen stationären Gesundheitszustand fest und attestierte eine Verminderung der Leistungsfähigkeit von 50 % (Urk. 7/32/2 f.).

### **E. 3.3**

Auch med. pract .

A. \_\_\_

beschrieb im am 19. April 2016 bei der IV-Stelle eingegangenen Verlaufsbericht einen stationären Gesundheitszustand unter regelmässiger Therapie , ging jedoch neu von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % für dessen bisherige Tätigkeit als Portier aus . Eine leichte Tätigkeit ohne starke geistige und körperliche Beanspruchung erachtete er hingegen als zu 50 % möglich (Urk. 7/30/1 -2 ).

Vom 9. bis 26. September 2016 war der Beschwerdeführer notfallmässig wegen eines niedrigen Hämoglobinwertes in der Klinik C. \_\_\_ hospitalisiert (Urk. 7/58/5-7). In der Folge berichtete med. pract . A. \_\_\_ am 24. Oktober 2016 , d er Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich dahingehend verschlechtert, dass die Anämie bei vermehrten gastrointestinalen Blutungen (zwei mal transfusionspflichtig zwischen August und Oktober) schlimmer geworden sei sowie die depressive Störung zugenommen habe. Er attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die bisherige und auch für angepasste Tätigkeiten (Urk. 7/50/1) .

In weiteren am 1. Februar 2017 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen beziehungsweise am 6. Oktober 2017 und 27. April 2018 erstellten Berichten hielt med. pract . A. \_\_\_

schliesslich jeweils einen stationären Gesundheitszustand und eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit fest

(Urk. 7/59/1 , Urk. 7/93/1 , Urk. 7/142 ) .

### **E. 3.4**

In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierten die behandelnden med. pract . D. \_\_\_ und Dr. med. E. \_\_\_ , beide Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie der Klinik F. \_\_\_ , im am 14. November 2016 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), bestehend mindestens seit dem Behandlungsbeginn am 16. September 2016, gemäss dem Patienten seit mehreren Monaten. Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe die ebenfalls gestellte Diagnose einer Klaustrophobie (ICD-10 F40.2; Urk. 7/52/2). Zur Arbeitsfähigkeit machten sie keine Angaben, sondern verwiesen auf die Berichte der Somatiker (Urk. 7/52/4).

Im Verlaufsbericht vom 1. Februar 2017 hielten med. pract . D. \_\_\_ und Dr. E. \_\_\_ einen stationären Gesundheitszustand fest, attestierten nun mehr jedoch eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 7/60/1).

### **E. 3.5**

Im zuhanden des Taggeldversicherers erstellten psychiatrisch - internistischen Gutachten vom 15. Dezember 2016 stellte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnose einer chronischen schweren depressiven Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) bei einer bedrohlichen organischen Grunderkrankung (Urk. 7/58/ 2 2 ). Der Beschwerdeführer leide an einer schweren resignativen Depressivität mit einer chronischen latenten Suizidalität, erkennbar aus Verzweiflung darüber, dass die Grunderkrankung, die offenbar mit einer schweren körperlichen Erschöpfung und einem Schwächegefühl einhergehe, sich bisher nicht eingrenzen und bessern lasse. Er habe sich zum Untersuchungszeitpunkt in einem körperlich erheblich reduzierten Allgemeinzustand befunden, sei gravierend anämisch gewesen und habe sich mehrfach hinlegen müssen, um nicht zu kollabieren (Urk. 7/58/21). Dr. G.\_\_\_\_ hielt fest, allein aufgrund der schweren Depressivität sei der Beschwerdeführer derzeit zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/58/22).

Im allgemein-internistischen Gutachtensteil hielt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie und Innere Medizin, fest, im Jahr 2004 sei der Appendix des Beschwerdeführers reseziert worden. Er habe eine Peritonitis gehabt, so dass ein Teil des Dünndarms entfernt worden sei. Seitdem fühle er sich immer schwach, habe nie mehr einen normalen Hb-Wert gehabt und Belastungen immer vermieden. Im Jahr 2014 habe er erstmals Blut im Stuhl festgestellt. Derzeit fühle er sich immer völlig erschöpft, habe Kopf- und Bauchschmerzen sowie Schwindel. Er habe etwa 8 bis 10 Mal pro Tag Durchfall und müsse zur Toilette (Urk. 7/58/24). Diagnostisch ging Dr. H.\_\_\_\_ von einer anhaltenden und massiven Blutungsanämie bei rezidivierenden Blutungen aus einem ischämischen Anastomosenulcus bei Status nach Dünndarmteilresektion bei perforierter Appendizitis mit Peritonitis sowie von einer Anaphylaxie auf Ferinject-Lösung und einem

Malabsorptionssyndrom aus (Urk. 7/58/26). Zum aktuellen Zeitpunkt sei eine Arbeitsfähigkeit als Etagen-Portier in keiner Weise gegeben. Unter der Voraussetzung, dass der Beschwerdeführer wieder zu einem normalen Blutvolumen komme, rechne te Dr. H.\_\_\_\_ damit, dass er keine Schwerarbeit sowie keine körperlichen Arbeiten unter Zeitdruck mehr werde ausführen können. Umgekehrt erwarte te Dr. H.\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer wieder eine Arbeit als Portier annehmen könnte, aber auch Arbeiten wie Kassieren, Regale mit leichten Gewichten einräumen oder Bestellungen aufnehmen. Ebenso wäre jede Bürotätigkeit medizinisch zumutbar (Urk. 7/58/28).

### **E. 3.7**

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers war gemäss med. pract. D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ am 14. Juni 2018 weiterhin stationär, die gestellte Diagnose änderten sie hingegen zu einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21). Die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei vermindert (Urk. 7/144/1). Welche Tätigkeiten der Beschwerdeführer ausüben könne und in welchem Umfang, sei von den somatischen Ärzten zu beurteilen (Urk. 7/144/3).

### **E. 3.8**

Anlässlich der am 19. Oktober 2018 in der Klinik C.\_\_\_\_ vorgenommene Zystoskopie konnten die vorhandenen Harnsteine desintegriert und extrahiert werden (Urk. 7/221/9).

Weitere Beschwerden in diesem Zusammenhang sind weder ersichtlich noch geltend gemacht.

### **E. 3.9**

Im Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom 5.

Dezember 2018 stellten die beteiligten Gutachter Dr.

med. J.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. K.\_\_\_\_ , Facharzt für Rheumatologie, Dr. med. L.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie, Dr. med. M.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , und N.\_\_\_\_ , lic. phil. Neuropsychologie und Psychotherapie, im Rahmen der Konsensbeurteilung die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/162/8): - periarthropathische Schulterbeschwerden rechts mit Impingement - Symptomatik bei radiologisch unauffälligen Verhältnissen - rezidivierende untere GI (gastrointestinale) - Blutungen bei Ileoascendostomie - Ulcus - transfusionspflichtige Blutungs-Anämien - Status nach Appendektomie und multiplen Komplikationen 2004 - Short Bowel Syndrom (ca. 1.5 m Dünndarm) - Status nach Stenting des Truncus coeliacus - generalisierte Angststörung (ICD-10 F42.1) - Benzodiazepinabhängigkeit , ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F13.25)

Den folgenden Diagnosen massen die Experten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 7/162/8): - unspezifische Nackenschmerzen (kein relevanter pathologischer Befund in der MRI-Untersuchung der HWS vom 24. Juli 2014) - Haltungsinsuffizienz - leichter Knick-/Senkfuss, rechts mehr als links, kompensierbar - Klaustrophobie (ICD-10 F40.2)

Die Gutachter wiesen auf im Rahmen der klinischen Untersuchung festgestellte Inkonsistenzen hin.

So seien Spontanbewegungen im Bereich der rechten Schulter und der Halswirbelsäule deutlich besser ausgefallen als die Bewegungen aus Masse während der Untersuchung. Ebenfalls bestehe eine Inkonsistenz bezüglich fehlender trophischer Störungen am rechten Arm unter der Angabe, dass dieser infolge der deutlich eingeschränkten Beweglichkeit nicht normal eingesetzt werden könne. Inkonsistenzen ergäben sich sodann aus psychiatrischer Sicht in Bezug auf den Schweregrad der Symptomatik. So seien kognitive Einschränkungen und formale Denkstörungen während der Exploration immer wieder zu objektivieren gewesen. Diese Befunde seien jedoch durch die neuropsychologische Begutachtung relativiert respektive als Malingering beurteilt worden. Insofern müsse auch die Schilderung des Tagesablaufes und der sozialen Kontakte in Frage gestellt werden. Schliesslich sei die Validität / Konsistenz der erhobenen Befunde im vorliegenden Fall nicht gewährleistet (Urk. 7/162/10).

Gemäss der Gesamtbeurteilung aller beteiligten Gutachter

besteht aus rheumatologischer Sicht lediglich eine Einschränkung bezüglich einer körperlichen Schwerarbeit und/oder einer Tätigkeit mit längerdauernden oder wiederholten Arbeiten über Kopf . Derartige Arbeiten seien dem Beschwerdeführer seit circa 2013 nicht zumutbar. Ferner müssten regelmässige Pausen für Toilettenbesuche möglich sein. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagermitarbeiter sei der Beschwerdeführer sowohl aufgrund der generalisierten Angststörung als auch aufgrund der Benzodiazepinabhängigkeit als reduziert arbeitsfähig zu beurteilen. Aufgrund der Inkonsistenzen und dem im neuropsychologischen Teilgutachten belegten Malingering könne jedoch das Ausmass der Reduktion der Arbeitsfähigkeit nicht abschliessend beurteilt werden. Eine gesicherte neuropsychologische Diagnose lasse sich nicht stellen. Eine allfällig vorhandene Einschränkung der Arbeits-

Erwerbsfähigkeit in der angestammten oder in einer adaptierten Tätigkeit lasse sich auf dieser Grundlage von neuropsychologischer Seite nicht begründen, letztlich aber auch nicht ausschliessen. Auch eine mögliche angepasste Tätigkeit bei welcher der Beschwerdeführer die eigene Wohnung nicht verlassen müsste, sei aufgrund der Inkonsistenzen nicht formulierbar respektive das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit nicht beurteilbar (Urk. 7/162/9).

### **E. 3.10**

Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom RAD hielt in seiner Stellungnahme vom 15. Dezember 2018 fest, das polydisziplinäre Z.\_\_\_\_-Gutachten sei plausibel und nachvollziehbar. Aus somatischer Sicht sei definitiv - und aus versicherungsmedizinisch-orthopädischer Sicht auch uneingeschränkt plausibel - eine mindestens 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, körperlich sehr leichten, sitzenden Tätigkeit möglich und zumutbar, retrospektiv seit etwa 2013 (Urk. 7/197/16).

Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ebenfalls vom RAD, wies in seiner Stellungnahme vom 14. Dezember 2018 darauf hin, dass der Beschwerdeführer während der neuropsychologischen Testung Temesta eingenommen habe, das nicht nur die kognitive Leistungsfähigkeit beeinträchtige, sondern auch weitere konfundierende Wirkungen habe, auf die der Neuropsychologe hinweisen müsse. Der Schluss, dass die mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung als nicht authentisch zu beurteilen sei, sei schlüssig (Urk.

7/197/16). Hinsichtlich des psychiatrischen Teilgutachtens habe der Gutachter ebenfalls die Medikation zu wenig berücksichtigt. Ferner sei der Befund nicht vereinbar mit der Diagnose einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F42.1). Die Begründung, weshalb diese Diagnose vorliege, sei so kurz und allgemein gehalten, dass deren Vorliegen nicht überwiegend wahrscheinlich sei. Zudem habe der Gutachter offensichtliche Inkonsistenzen nicht beachtet. Aufgrund dieser Inkonsistenzen könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein psychiatrischer Gesundheitsschaden angenommen werden, zielgerichtete Aggravation sei wahrscheinlich. Auch könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anerkannt werden, dass die Arbeitsfähigkeit durch einen psychischen Gesundheitsschaden beeinträchtigt sei (Urk. 7/197/17).

### **E. 3.11**

Med. pract. D.\_\_\_\_

hielt in

seiner Stellungnahme zum Z.\_\_\_\_-Gutachten am 11.

Juni 2019 fest, er stimme mit der Diagnose des psychiatrischen Gutachters nicht überein. Die Angst sei nicht frei flottierend. Die beiden Diagnosen sollten einzeln kodiert werden, wobei der Depression der Vorrang zu geben sei. Zu diagnostizieren sei eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), eine sonstige spezifische Angststörung (ICD-10 F41.8), eine psychische und Verhaltensstörung durch Sedativa, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Gebrauch (ICD-10 F13.25), sowie eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit impulsiven Anteilen, Differenzialdiagnose Verdacht auf Persönlichkeitsstörung

( ICD-10 Z73; Urk. 7/221/3 f.). Er führte aus, der Beschwerdeführer sei für die bisherige Tätigkeit voll arbeitsunfähig, in einer angepassten Tätigkeit rechne er zur Zeit mit einer Arbeitsfähigkeit von ein bis zwei Stunden pro Tag. Die im Gutachten erwähnten Inkonsistenzen und das Malingering erkläre er im Rahmen der geringen Stresstoleranz, des reduzierten Durchhaltevermögens und der Persönlichkeitsstruktur (Urk.

7/332/4). Der Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung verändert, aufgrund der finanziellen Unsicherheit, der Absagen auf alle Bewerbungen und der zwischenzeitlich durchgeführten Reduktion des Temestras habe das agitiert-depressive Zustandsbild zugenommen (Urk. 7/221/5).

### **E. 3.12**

Med. pract. A.\_\_\_\_ bestätigte in seiner Stellungnahme zum Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom 31. Juli 2019 die von den Gutachtern gestellten Diagnosen und ging von einer Einschränkung für schwere Tätigkeiten und gegebenenfalls beim Führen von schweren Maschinen aus. Sodann sollten Toilettenräume verfügbar und ausreichende Pausen möglich sein. In Prozent könne er die Arbeitsfähigkeit nicht genau beziffern (Urk. 7/221/76 f.). 4.

4.1

Vorab

ist zu prüfen, ob die versicherungsmässigen Voraussetzungen für die Gewährung einer Invalidenrente im Hinblick auf die rezidivierenden unteren GI-Blutungen erfüllt sind. Die Beschwerdegegnerin ging diesbezüglich davon aus, der Beschwerdeführer sei bereits mit dem Gesundheitsschaden in die Schweiz eingereist und habe daher von vornherein keinen Rentenanspruch (Urk. 2 S. 1).

4.2

Es ist ausgewiesen, dass beim Beschwerdeführer vor Jahren eine Appendektomie durchgeführt wurde, woraufhin multiple Komplikationen auftraten und unter anderem ein Teil des Dünndarmes entfernt werden musste (Urk. 7/13/1, Urk.

7/18/1). An echtzeitlichen Unterlagen liegt dabei einzig der Bericht der Klinik Q.\_\_\_\_ vom 1. November 2004 vor, dem sich entnehmen lässt, dass die fraglichen rezidivierenden gastrointestinalen Blutungen bereits im Jahr 2004 vorlagen (Urk. 7/158/77). Es ist demnach zutreffend und seitens des Beschwerdeführers auch unbestritten, dass der den Darm betreffende Gesundheitsschaden bereits vor dessen Einreise in die Schweiz im Dezember 2013 eingetreten ist. Für eine Verneinung des Rentenanspruchs mangels Erfüllung der Beitragsdauer genügt das Vorliegen eines Gesundheitsschadens jedoch nicht, erforderlich ist viel mehr, dass dadurch eine Invalidität eingetreten ist, mithin eine während wenigstens eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch bestandene durchschnittlich mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit und eine über diesen Zeitpunkt hinaus anhaltende mindestens 40%ige Erwerbsunfähigkeit (vgl. E. 1.2, E.

### **E. 6**

Dr. med. I.\_\_\_\_

vom Institut für Allgemeine Innere Medizin und Nephrologie der Klinik C.\_\_\_\_

berichtete am 30. Januar 2018, der Beschwerdeführer leide im Wesentlichen unter einer chronischen transfusionsbedürftigen Anämie bei rezidivierenden

Anastomosenblutungen sowie einem Short Bowel Syndrom (Urk. 7/134/3). Er sei seit Frühjahr 2016 in der Klinik und von Dezember 2016

bis im März 2017 bei ihr in ambulanter Behandlung gewesen mit etwa monatlich nötigen EC-Gaben. Klinisch hätten sich Müdigkeit und Konzentrationsschwäche sowie eine progrediente Schwäche bis zur Hospitalisationspflicht

vom 9. bis 26. September 2016

gezeigt (vgl. dazu Urk. 7/58/5 -7 ). Nach mehreren Operationen und interventionell radiologischen Verfahren sei aktuell keine Sanierung möglich. Es werde wiederkehrend zu gastrointestinalen Blutungen mit limitierender Anämie kommen. Aktuell sei die Behandlung bei ihr abgeschlossen, die weiterhin notwendigen Transfusionen würden extern durchgeführt. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar (Urk.

7/134/4) . Auch in angepassten Tätigkeiten bestünden Einschränkungen (Urk.

7/134/7).

### **E. 6.1**

Zu prüfen bleiben die Auswirkungen der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit auf die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers .

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

In gewissen Fällen, insbesondere dort, wo Validen- und Invalideneinkommen anhand derselben Tätigkeit zu ermitteln sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_295/2017 vom 27.

September

2017 E.

6.5), kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne 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. sogenannter Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a mit Hinweisen).

### **E. 6.2**

Der Beschwerdeführer hat zwar gemäss eigenen Angaben eine Hotelfachschule in Zypern besucht, verfügt indes über keine abgeschlossene anerkannte Fachausbildung (Urk. 7/5/5).

Er war bisher für verschiedene Arbeitgeber unter anderem als Lagerist, Fahrer oder auch als Portier

tätig (vgl. Urk. 3/1). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit würde er im Gesundheitsfall weiterhin solche Hilfsarbeiten verrichten, wobei aufgrund des bisher fehlenden dauerhaften Anstellungsverhältnisses nicht auf den vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielten Verdienst, sondern auf das auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für Hilfsarbeiten durchschnittlich erzielbare Einkommen abzustellen ist.

In seinen bisherigen Anstellungsverhältnissen verrichtet er der Beschwerdeführer jeweils Tätigkeiten

wie zum Beispiel das Heben schwerer Lasten (Urk. 7/12/5), die nach Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht mehr zumutbar wären. Damit ist der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens aus gesundheitlichen Gründen in der Ausübung einer Hilfsarbeit in gewissem Masse eingeschränkt. Da für die Bemessung des Invalideneinkommens jedoch auf den ausgeglichenen Arbeitsmarkt abzustellen ist, auf dem auch körperlich leichte Tätigkeiten durchaus vorhanden sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 3.2 und 6.3 mit Hinweisen), ist auch für das Invalideneinkommen auf den durchschnittlichen Verdienst von Hilfsarbeitern abzustellen.

Da der Beschwerdeführer in einer seinem Leiden angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig ist, entspricht das Invalideneinkommen somit grundsätzlich dem Valideneinkommen. Bei dieser Ausgangslage hätte auch ein maximal möglicher leidensbedingter Abzug von 25 % (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ bb -cc) keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zur Folge; dabei erscheint ein höherer Abzug als 10 %, wie ihn der Beschwerdeführer verlangte (Urk.

1 S.

5), in Anbetracht der ausgewiesenen Einschränkungen nicht gerechtfertigt. Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente somit zu Recht verneint.

### **E. 7.1**

Zu prüfen bleibt der vom Beschwerdeführer gestellte Eventualantrag, es seien ihm berufliche Massnahmen zu gewähren (Urk.

1 S.

1). Die Beschwerdegegnerin verneinte einen diesbezüglichen Anspruch im Wesentlichen mit der Begründung, es fehle dem Beschwerdeführer an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit (Urk. 2 S. 2).

### **E. 7.2**

Nach Art. 8 IVG haben invalide und von einer Invalidität bedrohte Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Eingliederungsmassnahmen setzen einen Eingliederungswillen beziehungsweise eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. Sie können zwar unter anderem dazu dienen, subjektive Eingliederungshindernisse im Sinne einer Krankheitsüberzeugung der versicherten Person zu beseitigen. Es bedarf indessen auch diesfalls eines Eingliederungswillens beziehungsweise einer entsprechenden Motivation der versicherten

Person. Fehlt es daran, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (Urteile des Bundesgerichts 9C\_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 7 sowie 8C\_569/2015 vom 17. Februar 2016 E. 5.1).

Zwar trifft es zu, dass der Beschwerdeführer gegenüber dem begutachtenden Psychiater die Ansicht äusserte, er sei gänzlich arbeitsunfähig, da er bereits in der Haushaltung keinerlei Leistungen erbringen könne (Urk. 7/163/7). Andererseits hielt jedoch der chirurgische Gutachter fest, der Beschwerdeführer habe den Wunsch

geäussert zu arbeiten (Urk. 7/161/10). Dem internistischen Gutachten ist sodann zu entnehmen, der Beschwerdeführer könne sich eine leichtere Tätigkeit, eventuell an der Kasse, vorstellen (Urk. 7/159/12). Somit ist zwar von einer gewissen subjektiven Krankheitsüberzeugung auszugehen, ein von vornherein fehlender Eingliederungswille steht jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest. Es ist daher zu prüfen, ob die Anspruchsvoraussetzungen der einzelnen Massnahmen erfüllt sind.

### **E. 7.3**

Da der für einen Anspruch auf Umschulung im Sinne von Art. 17 IVG vorausgesetzte Mindestinvaliditätsgrad von etwa 20 % selbst unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % nicht erreicht ist, steht ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung im Sinne von aktiver Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes im Vordergrund. Einen solchen haben gemäss Art. 18 Abs. 1 lit. a IVG arbeitsunfähige Versicherte, welche eingliederungsfähig sind. Der Anspruch auf Arbeitsvermittlung bedarf weder der Invalidität noch eines Mindestinvaliditätsgrades. Daher genügt der Eintritt einer (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit, welche quantitativ, qualitativ und zeitlich so beschaffen sein muss, dass sie den Versicherten bei der Arbeitssuche erheblich behindert. Für das Vorliegen eines Arbeitsvermittlungsanspruchs müssen die Teilhalte der Verhältnismässigkeit (Art. 8 Abs. 1 lit. a IVG), insbesondere die Notwendigkeit und Geeignetheit, erfüllt sein. Vorausgesetzt ist sodann die Eingliederungsfähigkeit des Versicherten, das heisst seine objektive Möglichkeit und subjektive Bereitschaft, von einem durchschnittlichen Arbeitgeber angestellt zu werden. Ist die Arbeitsfähigkeit einzig insoweit eingeschränkt, als dem Versicherten leichte Tätigkeiten voll zu mutbar sind, bedarf es zur Begründung des Anspruchs auf Arbeitsvermittlung zusätzlich einer spezifischen Einschränkung gesundheitlicher Art (Urteil des Bundesgerichts 9C\_594/2016 vom 18. November 2016 E.

3.2).

Die leistungsspezifische Invalidität des Anspruchs liegt vor, wenn die Behinderung Probleme bei der Stellensuche verursacht. Dies trifft etwa zu, wenn wegen Stummheit oder mangelnder Mobilität kein Bewerbungsgespräch möglich ist oder dem potentiellen Arbeitgeber die besonderen Möglichkeiten und Grenzen der versicherten Person erläutert werden müssen (z.B. welche Tätigkeiten trotz Sehbehinderung erledigt werden können), damit sie überhaupt eine Chance hat, den gewünschten Arbeitsplatz zu erhalten (Urteil des Bundesgerichts 9C\_142/2015 vom 5. Juni 2015 E. 4.3 m.w.H.).

Der Beschwerdeführer ist in seiner Arbeitsfähigkeit insofern eingeschränkt, als dass ihm schwere Arbeiten und Arbeiten über Kopfhöhe nicht mehr zumutbar sind. Ferner ist er auf regelmässige Pausen für Toilettenbesuche angewiesen. Grundsätzlich sind die dem Beschwerdeführer noch zumutbaren körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten auf

dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in genügender Zahl gegeben. Zwar zieht der zusätzlich zu berücksichtigende Pausenbedarf für Toilettenbesuche eine weitere Einschränkung nach sich, allerdings nicht in der Art, dass dadurch ein mit den in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung erwähnten Beispielen vergleichbarer Bedarf entsteht, einem potentiellen Arbeitgeber die besonderen Möglichkeiten und Grenzen des Versicherten aufzuzeigen, damit dieser überhaupt eine Chance hat, den gewünschten Arbeitsplatz zu erhalten. Ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung ist deshalb zu verneinen.

## **E. 8**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung in der Verfügung vom 8. November 2019 im Ergebnis zu Recht verneint hat. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

### **E. 9.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- festzusetzen. Die Kosten sind entsprechend dem Verfahrensausgang grundsätzlich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Unnötige Kosten hat indes zu bezahlen, wer sie verursacht hat (Art. 108 der Schweizerischen Zivilprozessordnung, ZPO, in Verbindung mit § 28 lit. a GSVGer).

### **E. 9.2**

Der Beschwerdeführer stellte den Antrag, die Prozesskosten seien unabhängig des Ausgangs des Verfahrens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen, da diese auf die bereits im Einwandverfahren vorgebrachten zentralen Aspekte der versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht eingegangen sei und dadurch ihre Begründungspflicht verletzt habe. Aus diesem Grund sei er gezwungen gewesen, eine Beschwerde einzureichen (Urk. 1 S. 2).

Zwar trifft es zu, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung nicht auf die Vorbringen des Beschwerdeführers bezüglich der versicherungsmässigen Voraussetzungen einging. Es kann jedoch nicht gesagt werden, dass dadurch das vorliegende Verfahren verursacht wurde beziehungsweise, dass die dabei entstandenen Verfahrenskosten unnötig waren, da der Beschwerdeführer abgesehen von den versicherungsmässigen Voraussetzungen auch das Ergebnis der Abklärungen des psychischen Gesundheitszustandes rügte sowie berufliche Massnahmen beantragte. Deren Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin hätte sich auch bei ihrer Auseinandersetzung mit den Vorbringen des Beschwerdeführers betreffend die invaliditätsmässigen Voraussetzungen nicht geändert. Es kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass ein Beschwerdeverfahren von vornherein hätte vermieden werden können. Es besteht daher kein Anlass, der Beschwerdegegnerin die Gerichtskosten aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Pro Infirmis Zürich - 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 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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