

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00024 vom 5. Januar 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-01-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00024)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00024 du 5 janvier 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00024 del 5 gennaio 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1961, ist gelernter Maschinist (Urk. 7/4 Ziff. 5.3), arbeitet er jedoch seit April 2010 in einem Pensum von 100 % als technischer Hauswart (Urk. 7/4 Ziff. 5.4). Am 30. November 2016 meldete er sich unter Hinweis auf psychische Beschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/4 Ziff. 6.1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte in der Folge erwerbliche (Urk. 7/1, Urk. 7/10, Urk. 7/14, Urk. 7/41) und medizinische Abklärungen (Urk. 7/2, Urk. 7/16, Urk. 7/21, Urk. 7/27, Urk. 7/29, Urk. 7/37, Urk. 7/46, Urk. 7/56) und zog die Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 7/32, Urk. 7/51). Nach einem Standortgespräch am 19. Januar 2017 (Urk. 7/11) teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 20. Juni 2017 mit, es seien keine beruflichen Massnahmen möglich (Urk. 7/39). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/59, Urk. 7/63, Urk. 7/67, Urk. 7/70, Urk. 7/90), in dessen Rahmen weitere medizinische Berichte eingingen (Urk. 7/66, Urk. 7/69, Urk. 7/79), eine polydisziplinäre Begutachtung veranlasst wurde (Gutachten vom 20. November 2018, Urk. 7/81; Ergänzung vom 27. August 2019, Urk. 7/97) sowie die Akten des Krankentaggeldversicherers beigezogen wurden (Urk. 7/94), verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 28. November 2019 einen Rentenanspruch des Versicherten (Urk. 7/102 = Urk. 2).

#### **E. 1.1**

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

#### **E. 1.2**

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

Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

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

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 10. Januar 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 28. November 2019 (Urk. 2) und beantragte die Zusprache einer ganzen Rente ab 8. Dezember 2016, eventuell die Rückweisung zur weiteren Abklärung (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 19. Februar 2020 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 27. Februar 2020 mitgeteilt wurde (Urk. 8). Nachdem der Beschwerdeführer am 18. Mai 2020 einen aktuellen Arztbericht eingereicht hatte (Urk. 9-10), reichte die Beschwerdegegnerin am 30. Juni 2021 ihre Stellungnahme dazu ein (Urk. 13-14), welche dem Beschwerdeführer am 1. Juli 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung vom 28. November 2019 aus, seit 7. Dezember 2015 sei der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, die bisherige Tätigkeit als Hauswart sei nicht mehr zu mutbar (Urk. 2 S. 1). Gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten des Zentrums Y.\_\_\_\_ sei der Beschwerdeführer jedoch in einer optimal angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Die vollständige Arbeitsunfähigkeit während den Hospitalisationen sei nicht langandauernd und könne daher nicht berücksichtigt werden. Da s im Auftrag des Krankentaggeldversicherers erstellte neuropsychologische Gutachten ändere nichts an der psychiatrisch-gutachterlichen Einschätzung. Bei einem Invaliditätsgrad von 17 % bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (S. 2).

#### **E. 2.2**

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, er leide an multiplen kardologischen, psychiatrischen, neurologischen sowie orthopädischen Beschwerden (Urk. 1 S. 4 Rz 7 ff.). Die im Auftrag des Krankentaggeldversicherers durchgeführte neuropsychologische Begutachtung habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten ergeben (S. 7 Rz 17). Demgegenüber könne auf das Gutachten des Y.\_\_\_\_

nicht abgestellt werden. So seien die aus der chronischen Osteomyelitis am linken Unterkiefer resultierenden Schmerzen (S.

7

f. Rz

20) und die Einschränkungen der Leistungsfähigkeit aufgrund der koronaren Herzerkrankung nicht berücksichtigt worden (S. 8 f. Rz 23), und auch bezüglich der depressiven Störung sei das Gutachten nicht umfassend. Dass er Hobbys habe und teilweise aktiv sei, stehe nicht im Widerspruch zu einer depressiven Diagnose, im Gegenteil würden sich so stützende Elemente im Leben von Betroffenen einarbeiten und fördern lassen. Die Gutachter hätten nicht berücksichtigt, dass im Rahmen von Therapien solche Ziele hart erarbeitet werden müssten (S. 9 f. Rz 25). Zudem könnten sie das neuropsychologische Gutachten nicht beurteilen, da im Y.\_\_\_\_ keine eigene neuropsychologische Beurteilung vorgenommen worden sei. Es liege eine divergente medizinische Aktenlage vor und auch das vorgeschlagene MRI sei noch immer ausstehend (S. 10 Rz 26). Die Frage, was er tatsächlich noch arbeiten könne, erweise sich demnach als nicht schlüssig beantwortbar, weshalb eine Rückweisung notwendig sei (S. 10 Rz 27). Hinzu komme, dass er aktuell 58 Jahre alt sei und in einen neuen - angepassten - Tätigkeitsbereich eingeführt werden müsste. Bei fortgeschrittenem Alter sei aber abzuklären, ob eine entsprechende Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit aufgrund der psychiatrischen Erkrankung oder Komorbidität noch gegeben sei (S. 11 Rz 30). Es seien zudem

weitere relevante Diagnosen hinzugekommen, welche nicht berücksichtigt worden seien, und weitere Abklärungen mittels MRI und CT würden aktuell noch laufen (S. 14 Rz 38).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist demnach der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers und dabei insbesondere die Frage, ob der medizinische Sachverhalt rechtsge-nü-glich abgeklärt wurde.

#### **3. 3. 1**

Die Ärzte der Klinik Z.\_\_\_\_ AG nannten in ihrem Bericht vom 15. Februar 2017 folgende Diagnosen (Urk. 7/21 Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2) ohne psychotische Symptome, anamnestisch seit 18 Jahren bestehend, mit stationärem Aufenthalt im Oktober 2013 - Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung - starke Schmerzen im Trigeminusgebiet links und parietal rechts bei Status nach Fraktur und Osteomyelitis des Unterkiefers 2010

Der Beschwerdeführer habe sich am 2. November 2016 aufgrund einer psychischen Dekompensation bei schwerer depressiver Symptomatik notfallmässig im Psychiatriezentrum A.\_\_\_\_ vorgestellt, nachdem es kurz zuvor zu konflikthaften Situationen mit dem Arbeitgeber gekommen sei. Es bestehe ein protrahierter Verlauf, einerseits aufgrund der bereits vorhandenen chronifizierten depressiven Symptomatik, andererseits

aber auch aufgrund der wahrscheinlichen psychiatrischen und effektiven somatischen Komorbiditäten (Ziff. 1.4). Es finde wöchentlich eine ambulante integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sowie eine Psychopharmakotherapie statt (Ziff. 1.5). Seit dem 7. November 2016 sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Ob eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich sein werde, sei noch nicht abschätzbar, der Beschwerdeführer sei noch in der Stabilisierungsphase (Ziff. 1.7). 3.2

Der behandelnde Kardiologe Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 22. Dezember 2016 insbesondere eine koronare 1-Ast-Erkrankung sowie eine rhythmogene Kardiopathie (Urk. 7/32/8-9 S. 1). Nach einer RIVA/Diagonalastintervention am 11. November 2016 bestehe nun Beschwerdefreiheit und sehr gute Belastbarkeit. Die zum Teil noch bestehende linksseitigen thorakalen Beschwerden seien klar muskuloskelettal bedingt (S. 2). 3.3

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, RAD, hielt am 6. April 2017 fest, die vorliegenden Arztberichte seien schlüssig und die angeführten medizinischen Fakten nachvollziehbar. Es könne darauf abgestellt werden. Da es sich noch um einen instabilen Gesundheitszustand handle, werde empfohlen, abzuwarten und nach sechs Monaten neue Verlaufsberichte einzuholen (Urk. 7/58 S. 5 oben). 3.4

Am 28. Juli 2017 diagnostizierten die Ärzte der Klinik Z.\_\_\_\_ AG die bekannte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotisches Syndrom, sowie eine andauernde Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom (Urk. 7/46 Ziff. 7). Seit November 2016 zeige der Beschwerdeführer eine anhaltend schwere depressive Symptomatik. Er habe Angst zu sterben, was sich durch die Verschlechterung der kardialen Rhythmusstörung mit Krankenhausaufenthalten und Katheterintervention verstärkt habe. Sehr belastend sei auch die Problematik mit dem Unterkiefer links mit schweren Sensibilitätsstörungen und Kopfschmerzen (Ziff. 3.2). Derzeit fanden zwei bis dreimal monatlich psychiatrisch-psychotherapeutische Einzelgespräche statt, eine intensive Behandlung habe aufgrund der zahlreichen somatischen Beschwerden und dadurch notwendigen Behandlungen bisher nicht etabliert werden können (Ziff. 3.3). Es bestünde ein chronischer Verlauf und diverse Komorbiditäten, die Prognose sei ungünstig. Die Belastbarkeit sei stark reduziert, ebenso wie die Konzentration und das Gedächtnis. Die Anpassungsfähigkeit sei mittelgradig reduziert (Ziff. 8). Derzeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, auch in einer angepassten Tätigkeit (Ziff. 9 und Ziff. 11.5). 3.5

In ihrem Bericht vom 14. Dezember 2017 führten die Ärzte der Klinik Z.\_\_\_\_ AG bei im Wesentlichen unveränderten Diagnosen (Urk. 7/56 Ziff. 1.1) aus, aktuell stünden neben der schweren depressiven Symptomatik die somatischen Probleme im Vordergrund, welche wiederum stark auf die Psyche schlagen würden. Aus psychiatrischer Sicht könne aktuell nicht von einer mittelfristigen Besserung oder einer Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (Ziff. 1.4). 3.6

Am 3. Januar 2018 wies Dr. C.\_\_\_\_ darauf hin, dass der Beschwerdeführer kardiologisch weiter in Behandlung sei, versicherungsmedizinisch-theoretisch könne jedoch davon ausgegangen werden, dass überwiegend wahrscheinlich mit vereinzelten Unterbrechungen - bedingt durch kurze Klinikaufenthalte - in angepasster Tätigkeit immer eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden habe und auch weiterhin bestehe (Urk. 7/58 S. 7). 3.7

Mit Schreiben vom 22. März 2018 führte Dr. B. \_\_\_ aus, einerseits bestehe an stragegisch wichtigen Stellen eine koronare 2-Ast-Erkrankung mit bereits notweniger dreimaliger Intervention. Eine zusätzliche Stelle am rechten Kranzgefäss werde sicherlich in den nächsten Jahren zu einer erneuten Intervention führen und sei auch eine zusätzliche drohende Stelle für ein akutes koronares Ereignis unter erhöhter Stressbelastung. Zusätzlich ergebe sich die rhythmologische Problematik, von einem Rezidiv des Vorhofflimmerns müsse ausgegangen werden (Urk. 7/66/3 -4 Ziff. 2). Eine Arbeitsfähigkeit sehe er bei der gegebenen Diagnose als nicht mehr gegeben, weder bei einer leistungsmässig noch einer zeitlich eingeschränkten Tätigkeit. Dies aufgrund der relevanten Angst-/Panikstörung und der relevanten kardialen Diagnosen, welche sich wesentlich beeinflussten. Hinzu kämen relevante Vorbelastungen bezüglich Status nach Kieferostomyelitis und transfusionsbedingter Hepatitis C sowie ein Lebensalter von 56 Jahren (Ziff. 3). Die bekannte Angst-/Panikstörung beeinflusse auch bei leistungsmässig und zeitlich eingeschränkter Berufstätigkeit die Gesundheitssituation des Beschwerdeführers weiterhin auf relevante Weise. Psychosozialer Stress sei ein anerkannter und wesentlicher Risikofaktor für erneute kardiovaskuläre Ereignisse. Den 56jährigen Beschwerdeführer in eine neue berufliche Tätigkeit einführen zu wollen, sei weder sinnvoll noch gewinnbringend und nach seiner Einschätzung illusorisch (Ziff. 4). 3.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Es bleibt die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen der bestehenden Einschränkungen mittels Einkommensvergleich.

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

Dabei ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des mutmasslichen Rentenbeginns, mithin auf das Jahr 2017, abzustellen (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222).

### **E. 6.2**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es

empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Aus nah men müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 144 I 103 E. 5.3, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Meyer/ Reichmuth , Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 f. zu Art. 28a ).

Vor Eintritt des Gesundheitsschadens arbeitete der Beschwerdeführer in einem vollen Pensum als Hauswart für die O. \_\_\_ AG sowie zusätzlich in einem kleineren Pensum für P. \_\_\_ . Gemäss den Angaben auf dem IK-Auszug erzielte der Beschwerdeführer im Jahre 2015 ein Einkommen von ins gesamt Fr. 80'403.--, im Jahre 2014 ein solches von Fr. 82'650.-- sowie Fr. 80'450 .-- im Jahre 2013 (Urk. 7/1 0 ) . Unter Berücksichtigung der Nominal lohnerhöhung (Schweizerischer Lohnindex insgesamt [1939 = 100], Männer; www.bfs.admin.ch , Arbeit und Erwerb, Löhne/Erwerbseinkommen, detaillierte Daten, Lohnentwicklung) ergibt sich damit für das Jahr 2017 ein durchschnitt liches Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 82'352 .--.

### **E. 6.3**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgege benen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/

Reichmuth ,

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Nachdem der Beschwerdeführer aktuell keiner Tätigkeit nachgeht, ist das Inva lideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne zu ermitteln. Gemäss der Beur teilung im Y. \_\_\_ -Gutachten kann dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg in einem Pensum von 100 % zugemutet werden, wobei Tätigkeiten in und über Kopfhöhe sowie solche unter extremen Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte und Nässe vermieden werden sollen (E. 4.3). Im Jahre 2016 belief sich der Tabellenlohn für Männer, die einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art ausführen, auf Fr. 5'340.-- monatlich (LSE 2016, Tabelle T A 1, Total, Niveau 1), mithin Fr. 64'080.-- im Jahr (Fr. 5'340.-- x 12). Unter Berücksichtigung einer durch schnitt lichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Wochenstunden (betriebs übli che Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total;

www.bfs.admin.ch , Arbeit und Erwerb, Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit, detaillierte Daten) sowie der Nominal lohnerrhöhung (Schweizerischer Lohnindex insgesamt [1939 = 100], Männer, Stand 2016: 2239, Stand 2017: 2249; www.bfs.admin.ch , Arbeit und Erwerb, Löhne/Erwerbseinkommen, detaillierte Daten, Lohnentwicklung) ergibt sich für das Jahr 2017 ein Invalideneinkommen von rund Fr. 67'102.-- (Fr. 64'080.-- : 40 x 41.7 : 2239 x 2249).

#### **E. 6.4**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa ). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb ). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 ).

In Würdigung der gesamten Umstände erscheinen damit die beim Beschwerdeführer bestehenden Einschränkungen (nur körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, keine Tätigkeiten in und über Kopfhöhe, keine Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen) als bereits in der medizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit enthalten und die Beschwerdegegnerin hat zu Recht keinen weiteren leidensbedingten Abzug vorgenommen (vgl. Urk. 7/57 S. 1).

#### **E. 6.5**

Bei einem Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 67'102.-- (vorstehend E. 6.3) sowie einem Valideneinkommen von Fr. 82'352.-- (vorstehend E. 6.2) ergibt sich insgesamt eine Einkommenseinbusse von Fr. 15'250.--, was einem rentenaus schliessenden

Invaliditätsgrad von rund 19 % entspricht.

Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass selbst wenn gestützt auf die Ausführungen von PD Dr. D.\_\_\_\_ sowie PD Dr. G.\_\_\_\_ von einer lediglich 80%igen Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit auszugehen wäre, kein Rentenanspruch resultieren würde. Die Einkommenseinbusse würde bei einem um 20 % reduzierten Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 53'682.-- (Fr. 67'102.-- x 0.8) insgesamt Fr. 28'670.-- betragen, was einem rentenaus schliessenden Invaliditätsgrad von 35 % entspricht.

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 28. November 2019 als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen 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. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson - 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, zuzu stellen.

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 Grieder-Martens Kübler-Zillig

## **E. 8**

Die behandelnde Neurologin PD Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, nannte in ihrem Bericht vom 9. April 2018 folgende Diagnosen (Urk. 7/69/1-2 Ziff. 2): - Neuropathie V3 links post Fraktur, post Osteomyelitis - Neuropathie V1 und 2 rechts, postoperativer Ursache - Zervikalgien und Zervikozephalgien, nicht defizitär

Aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit schmerzbedingt auf zirka 80 % reduziert. Es bestehe eine Verminderung der psychischen Belastbarkeit mit der Möglichkeit

des unkonzentrierten und fehlerhaften Arbeitens (Ziff. 5.a). 3.

## E. 9

In ihrem Bericht vom 27. April 2018 diagnostizierten die Ärzte der Klinik Z.\_\_\_\_ AG eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episoden ohne psychotische Symptome, sowie eine andauernde Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom (Urk. 7/69/3-5 Ziff. 2). Insgesamt besteht eine stark reduzierte Leistungsfähigkeit durch reduzierte Belastbarkeit auch in einer angepassten Tätigkeit. Die Merkfähigkeit, Konzentration, Durchhaltefähigkeit, Anpassungsfähigkeit und Teamfähigkeit seien reduziert (Ziff. 3.a). Auch in einer angepassten Tätigkeit sei keine Arbeitsfähigkeit gegeben (Ziff. 3.b). Zutreffend sei, dass der Beschwerdeführer im Oktober und November 2017 nicht mehr zu Behandlungsterminen erschienen sei. Der Grund dafür sei jedoch die schlechte körperliche Verfassung gewesen, keinesfalls eine fehlende Therapie motivation. Seit Ende November 2017 fanden wieder zweimal monatlich Termine statt. Es lägen schwere psychische Einschränkungen vor. Die Symptomatik bestehe in erheblicher Verzweiflung und Agitiertheit, verminderter Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühl von Wertlosigkeit, Interesseverlust, Freudlosigkeit, gedrückter Stimmung, vermindertem Antrieb, Suizidgedanken und ausgeprägter Schlafstörung (S. 2). Die Symptomatik müsse im Kontext der Beeinträchtigungen durch die somatisch bedingten Schmerzen und der andauernden Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom gesehen werden, die sich durch eine schwere Störung im Wahrnehmen, Denken und Verhalten zeige. Die Störung sei tief verwurzelt und gehe mit einem hohen Ausmass an persönlichem Leiden und gestörter Funktionsfähigkeit in den meisten Lebensbereichen einher und sei chronisch (S. 3 oben). 3. 1 0

Im September sowie Oktober 2018 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch Ärzte des Y.\_\_\_\_

internistisch, orthopädisch, neurologisch, psychiatrisch sowie kardiologisch begutachtet. In ihrem Gutachten vom 20. November 2018 (Urk. 7/81) nannten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 f. Ziff. 4.2): - koronare, hypertensive und rhythmogene Kardiographie mit/bei - koronarer 2-Gefäss-Erkrankung - rezidivierendem respektive intermittierendem, vermutlich ischämisch getriggertem Vorhofflimmern - chronisches Zervikovertebralsyndrom

mit Status nach Fusion HWK 2 bis 4 mit mittelgradiger Funktionseinschränkung - fortgeschrittene LWS-Degeneration mit mehrsegmentaler Neuroforamenstenose

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter sodann folgende (S. 9 f.): - kardiovaskuläre Risikofaktoren - chronische Hepatitis C (transfusionsbedingt) - beginnende Varusgonarthrose links mit freier Funktion und ohne aktiven vierten Reizzustand - Heberden - und Polyarthrose der Finger - Coxalgie rechts, klinisch ohne Korrelat - gute Kiefergelenksfunktion nach chronischer Osteomyelitis linker Unterkiefer und Status nach zahlreichen Operationen, zuletzt Augmentation des Unterkiefers durch autologes Tabula externa Transplantat von rechts am 1. März 2011 - Trigemini-Läsion links (sensibel V2 und V3, neuropathisch V3) - anamnestisch Neuropathie V3 links post Fraktur, post Osteomyelitis und Neuropathie V1, V2 rechts postoperativer Ursache nach Kiefer- und gesichtschirurgischen Interventionen 2010/2011, aktuell Läsion (sensibel) lediglich V2, V3 links nachweisbar - rezidivierende depressive

Störung, aktuell remittiert (ICD-10 F33.4)

Im kardiologischen Fachbereich bestehe das Vollbild einer komplexen koronaren, hypertensiven und rhythmogenen Kardiopathie, hier insbesondere das Bild einer koronaren 2-Gefässerkrankung mit Zustand nach mehrfachen Koronarinterventionen im Bereich der rechten und linken Kranzarterien (RCA, RIVA). Der gegenwärtige Stand sei nach der letzten invasiven Untersuchung im März 2018 als stabil einzuschätzen. Die bekannten Rhythmusstörungen seien nach der erfolgreich reichten Radiofrequenzablation nicht mehr aufgetreten. Trotz der günstigen Befunde sei die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hauswart aus kardiologischer Sicht eingeschränkt, dies aufgrund der relativ schweren körperlichen Arbeit wie Schneeräumen oder Renovierungsarbeiten verbunden mit dem Heben von schweren Lasten. Die Arbeitsfähigkeit betrage 70 %. Schwerere und schwere Arbeiten von mehr als 25 kg müssten vermieden werden. Hingegen bestehe unter Beachtung des Belastungsprofils in einer leidensangepassten Tätigkeit gegenwärtig keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zu berücksichtigen sei dabei, dass es sich bei der koronaren Herzerkrankung des Beschwerdeführers bei weiterhin bestehendem Risikoprofil um ein konstant fortschreitendes Leiden handle. Dies bedinge, dass die medikamentöse Therapie konsequent weitergeführt werden und eine regelmässige kardiologische Überwachung erfolgen müsse sowie alle Befunde in geeigneten Abständen überprüft werden sollten. Eine akute Verschlechterung der Situation, sei es durch ein weiteres koronares Ereignis oder durch eine erneute Rhythmusproblematik, sei jederzeit möglich (S. 10 f. Ziff. 4.3). Gegenwärtig sei der Beschwerdeführer aber beschwerdefrei, leistungsfähig und optimal medikamentös behandelt (S. 13 Ziff. 4.5).

Im orthopädisch - traumatologischen Fachbereich resultierten die Diagnosen aus den stattgehabten Verletzungen im Bereich der Halswirbelsäule und den beschriebenen beginnenden degenerativen Veränderungen im Bereich des linken Kniegelenkes und der Fingergelenke. Die Funktion der Halswirbelsäule stelle sich um 50 % eingeschränkt dar, im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule sei die Funktion nicht eingeschränkt. Mit dem nachgereichten MRI-Befund der LWS vom 1. Oktober 2018 würden rechts fortgeschrittene degenerative Veränderungen mit foraminale

Stenosingen in Höhe L4/5 und L5/S1 beschrieben. Die Diagnose der schweren LWS - Degeneration werde daher nachträglich als Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit aufgeführt, da hierdurch die Arbeitsschwere eingeschränkt werde. Bei der klinischen Untersuchung sei die Funktion des linken Kniegelenkes und der Schultergelenke nicht eingeschränkt. Die radiologische Diagnostik zeige ein altersentsprechendes Hüftgelenk ohne Hinweis auf eine Coxarthrose. Das Anforderungsprofil der bisherigen Tätigkeit übersteige das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers, so dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Für leidensadaptierte Tätigkeiten bestünden keine Einschränkungen. Andererseits werde davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer weiterhin schwere Tätigkeiten durchführe, dafür legten die erheblichen Gebrauchsspuren der Hände, die Schrunden, die Verhornungen und Inkrustierungen Zeugnis ab (S. 11 f.). Aus orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 15 kg durchzuführen. Tätigkeiten in und über Kopfhöhe sollten vermieden werden, ebenso Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte und Nässe (S. 13 Ziff. 4.5).

Im neurologischen Fachbereich sei aktuell lediglich eine Sensibilitätsstörung im Versorgungsgebiet des N. Trigemini V2, V3 links nachweisbar, ausserdem seien

neuropathische Schmerzen im Bereich V3 beschrieben.

Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe aufgrund der neurologischen Befunde nicht (S. 12 oben) .

Im psychiatrischen Fachbereich könne durchaus die Diagnose einer rezidivierenden Depression gestellt werden, nachdem es in den letzten Jahren immer wieder zu depressiven Dekompensationen gekommen sei. Die aktuelle Exploration und der erhobene psychopathologische Befund hätten jedoch derzeit keine aktive Diagnose aus dem depressiven Spektrum ergeben . Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht nicht (S. 12 oben) .

Die inner halb der letzten Jahre wiederholt gestellte Diagnose «schwere depressive Episode» sei insgesamt nicht gänzlich nachvollziehbar ( Urk. 7/81/82 Mitte). Aufgrund der aktuellen psychiatrischen Exploration gebe es keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung oder -veränderung (S. 12 Ziff. 4.4). Als Funktionsstörungen nannten die Gutachter eine affektive Labilität, Zukunftssorgen, eine Grübelneigung sowie eine verminderte Frustrationstoleranz. Der Beschwerdeführer verfüge jedoch über gute Ressourcen auf intra- und interpersoneller Ebene sowie durch eine Tagesstruktur, religiösen Glauben, Aktivitäten im Haushalt und soziale Kontakte. Der Beschwerdeführer selber betrachte sich als psychisch wenig belastbar. Er sei aber durchaus in der Lage, Willenskräfte zu mobilisieren, um allfällige Hindernisse bei der Bewältigung von Aufgaben zu überwinden. Dass es trotz Multimorbidität und der schwierigen psychosozialen Situation nicht zur Manifestation einer anhaltenden psychiatrischen Erkrankung gekommen sei, zeuge von guter Resilienz und Widerstandskraft. An psychosozialen Belastungen müsse die angespannte finanzielle Situation genannt werden. Aus psychiatrischer Sicht würden beim Beschwerdeführer keine nennenswerten Beeinträchtigungen vorliegen, die ihn daran hinderten , eine seinem Ausbildungs- und Kenntnisstand angemessene Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verrichten (S. 13 Ziff. 4.5) .

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, d er Beschwerdeführer messe seinen vorgetragene psychischen Beschwerden nicht die massgebliche Rolle bei der Einschränkung des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen zu. Eigentlich seien dadurch bedingte Einschränkungen gar nicht feststellbar. Unplausibel (da deutlich übertrieben) erscheine die Aussage , in jeder Minute Suizidgedanken zu hegen. Alltagsrelevante neurologische Symptome und Funktionseinbußen würden nicht vorgetragen , eine neurologische medikamentöse Behandlung finde nicht statt. Auch aus orthopädischer/ traumatologischer Sicht werde keine Einschränkung des Aktivitätsniveaus festgestellt, die geschilderten Symptome im Bereich der rechten Leiste fänden orthopädisch kein Korrelat, die Einschränkungen im Bereich der HWS hingegen seien strukturell begründet und nachvollziehbar. Aus internistischer Sicht sei der ausgefüllte Tagesablauf mit Haushaltstätigkeiten, Bastelarbeiten und Hundespaziergang inkonsistent zu der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Überzeugung, keinerlei Arbeitsfähigkeit mehr zu besitzen (S. 14 Ziff. 4.6). In der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer ab Dezember 2015 während der ersten kardialen Intervention für drei bis vier Wochen vollständig arbeitsunfähig gewesen. Anschliessend habe die Arbeitsfähigkeit bis Ende Oktober 2016 70 % betragen, seit November 2016 könne ihm die bisherige Tätigkeit nicht mehr zugemutet werden (S. 14 Ziff. 4.7). Eine angepasste Tätigkeit habe dem Beschwerdeführer hingegen durchgehend in einem Pensum von 100 % zugemutet werden können, unterbrochen während den bekannten Hospitalisationen mit nachfolgenden

Erholungsphasen von zwei bis drei Wochen (S. 15 Ziff. 4.8). Die Arbeitsunfähigkeiten aus den einzelnen Fache bieten würden sich nicht addieren, die Gesamtarbeitsfähigkeit entspreche somit der im Konsens eingeschätzten Arbeitsfähigkeit (S. 15 Ziff. 4.9). 3.

#### **E. 11**

Am 26. November 2018 hielt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, RAD, aus versicherungsmedizinischer Sicht werde empfohlen, den Beurteilungen des Medas -Gutachtens zu folgen. Die formalen Aspekte könnten als erfüllt betrachtet werden, die vorbestehenden Berichte hätten vorgelegen und seien ge würdigt worden. Auf die Klagen des Beschwerdeführers sei eingegangen worden, die in den veranlassten Untersuchungen erhobenen Befunde würden nachvoll ziehbar dargestellt und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen, insbesondere bezogen auf die Arbeitsfähigkeit, seien plausibel (Urk. 7/101 S. 5 oben). 3.

#### **E. 12**

Am 17. sowie 18. September 2018 wurde im Auftrag des Krankentag geldver sicherers im Zentrum E.\_\_\_\_ eine funktionsorientierte medizinische Abklärung durchgeführt, wobei vorgängig eine kardiologische Standortbestimmung durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie, erfolgte (Urk. 7/94/18-46 S. 1). In ihrem Bericht vom 13. Dezem ber 2018 nannten PD Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, und H.\_\_\_\_, Ergo therapeut, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 1): - koronare, hypertensive und rhythmogene Herzkrankheit - myofaszial betontes Schmerzsyndrom rechte Leiste/ Tractus

lateralis - chronisches myofaszial beto n tes zervikovertebrales bis - zephales Syndrom

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie sodann folgende (S. 2 Ziff. 1): - Fingerpolyarthrosen - Verdacht auf medialbetonte Gonarthrose links, Status nach Meniskek tomie links vor zirka 20 Jahren - mehrsegmentale degenerative Veränderungen und Teilstenosierung der Lendenwirbelsäule

In objektiver Hinsicht bestünden aus rheumatologischer und rehabilitations medi zinischer Sicht myofasziale Befunde im Bereich des Nackens und des Okziputs bei einer nicht wesentlich eingeschränkten Funktion der Halswirbelsäulen- und normaler Lendenwirbelsäulenbeweglichkeit ohne Hinweise auf Nervendehnungs zeichen oder Hyperextension, eine kräftige Muskulatur im Bereich der Schultern und leichte Beschwiellungen im Bereich der Hände sowie eine lokale Druck schmerzhaftigkeit im Bereich der rechten Leiste bei einer symmetrisch beweg lichen Hüfte. Auffällig sei eine Atrophie im Bereich des rechten Oberschenkels mit messbarer Umfangsdifferenz, Hypertonus im Bereich des Tractus

lateralis und Anlaufprobleme der rechten Hüfte nach dem Aufstehen, welche allerdings etwas demonstrativ gezeigt würden. Im Bereich des linken Knies bestünden ein femo rotibiales Reiben und eine leichte Konturvergrößerung, aber eine uneinge schränkte Beweglichkeit und fehlende Meniskuszeichen. In radiologischer Hin sicht liege ein unauffälliges Schädel-MRI, ein intra- und extrakranielles

Angio vom 23. Januar 2018 sowie nachfolgend zugestellt ein MRI-Befund der LWS vom 1. Oktober 2018 vor, wobei bei mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen und einer Einengung des Spinalkanals allenfalls die Einengung auf Höhe von L3/4 von Relevanz sein könne. Für die übrigen Veränderungen ergebe sich klinisch kein Korrelat.

Im Rahmen der Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit habe der Beschwerdeführer ein sehr auffälliges, teilweise appellatives Verhaltensmuster gezeigt, welches mit der als gut beschriebenen Leistungsbereitschaft trotz Schilderung von erheblichen Beschwerden kontrastiert habe. Insgesamt scheine er mit den Anforderungen des Lebens überfordert zu sein und zeige in solchen Situationen ein verstärktes Krankheitsverhalten sowie eine unterschwellige Aggressivität. Die Entlastung des rechten Beins sei nicht bei allen Belastungen nachvollziehbar und konsistent. Die Handkoordination rechts sei reduziert, dies sei wahrscheinlich schmerzbedingt und in sich konsistent (S. 3 Mitte).

Zusammengefasst bestehe aus rheumatologischer und rehabilitationsmedizinischer Sicht unter Einbezug der kardiologischen Beurteilung eine Belastbarkeit im knapp mittelschweren Bereich, wobei zusätzliche Beeinträchtigungen aufgrund einer chronischen Schmerzproblematik im Gesichtsbereich mit Schmerzausstrahlungen zum Kopf und einer wohl ebenfalls damit in Zusammenhang stehenden leichten Beeinträchtigung der Koordination rechts bei gleichzeitiger Fingerpolyarthrose, ferner eine gewisse Beeinträchtigung aufgrund der Leistenproblematik rechts postuliert werden könne. Rein unter Berücksichtigung der Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit hätten sich aus somatischer Sicht keine Defizite im Vergleich zur Tätigkeit als Hauswart ergeben. Unter Berücksichtigung der Schmerzproblematik im Gesichtsbereich sowie der rechten Hüfte seien vermehrte Pausen zu berücksichtigen. Ausserdem sei aufgrund möglicher Auswirkungen von mentalen Stressoren auf die somatischen Probleme auf eine wohlwollende Umgebung zu achten. Die Einschätzung allfälliger Einschränkungen durch die aktenkundig postulierte psychische Erkrankung erfolge separat aus neuropsychiatrischer Sicht (S. 3 f.).

In Bezug auf die angestammte Tätigkeit hätten keine arbeitsrelevanten Probleme objektiviert werden können. Die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers sei zuverlässig, die Konsistenz bei den Tests mässig. Das deutliche Schonverhalten im Bereich des rechten Beins sei nicht in allen Tests beobachtbar gewesen. Die Belastbarkeit liege allgemein im Bereich einer mittelschweren Arbeit (S. 4 Ziff. 3.1). In Bezug auf die angestammte Tätigkeit als Hauswart und unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer beschriebenen Arbeitsanforderungen ergäben sich rein unter Berücksichtigung der Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit keine Defizite. Als Hauswart sei der Beschwerdeführer ganztags arbeitsfähig (S. 4 Ziff. 3.2). Auch jede andere mittel schwere Tätigkeit könne dem Beschwerdeführer – unter Berücksichtigung näher dargelegter Einschränkungen - ganztags zugemutet werden (S. 4 Ziff. 3.3).

Aus rheumatologisch-orthopädischer und rehabilitationsmedizinischer Sicht würden sich keine spezifischen Empfehlungen ergeben. Aus kardiologischer Sicht bestehe mit der aktuellen Behandlung ein stabiler Zustand (S. 5 Ziff. 4).

Unter Berücksichtigung der chronischen Schmerzstörung im Zusammenhang mit der erworbenen Trigeminusneuralgie und den damit im Zusammenhang stehenden Schmerzausstrahlungen sowie Beeinträchtigungen, welche sich auch in einer reduzierten Koordination der rechten Hand auswirkten, sei aus neurologischer Sicht in Bezug auf die angestammte Tätigkeit eine 20%ige Leistungsminderung zu bestätigen, umzusetzen am sinnvollsten in Form von vermehrten Pausen von eineinhalb Stunden pro Tag. Unter Berücksichtigung der ungünstigen Wirkung von äusseren Stressfaktoren auf die

somatischen Probleme sei auf eine wohl wollende Arbeitsumgebung zu achten. Aus neuropsychiatrischer Sicht erfolge eine separate Stellungnahme (S. 5 Ziff. 5.1). Auch in einer angepassten Tätigkeit sei von einer 20%igen Leistungsminderung auszugehen (S. 5 Ziff. 5.2).

Die Konsistenz im Verhalten und bei den Tests sei im Wesentlichen gut gewesen, abgesehen von einer nicht konsequenten Schonung im Bereich der rechten Hüfte und Leiste (S. 6 Ziff. 6.2). Es würden verschiedene psychosoziale Belastungen vorliegen, welche jedoch keinen Einfluss auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hätten (S. 6 Ziff. 6.2.1). Der Beschwerdeführer habe in der Untersuchung im Rahmen seiner Möglichkeiten eine gute Leistungsbereitschaft und Kooperation gezeigt. Bei Überforderungssituationen habe er teilweise appellativ und subaggressiv reagiert, sich aber durchwegs bereit gezeigt, die Anforderungen der Abklärung zu erfüllen und die notwendigen Informationen zu geben (S. 6 Ziff. 6.2.2).

Aus somatischer Sicht hätten sich keine relevanten Therapieoptionen ergeben. Aus kardiologischer Sicht werde der Beschwerdeführer regelmässig betreut und sei aktuell sowohl von Seiten der koronaren Herzkrankheit wie auch der Rhythmusstörungen kompensiert und stabil. Die Risikofaktoren würden angegangen, soweit beeinflussbar (S. 6 Ziff. 6.4.1). 3.

### **E. 13**

Im Auftrag des Krankentaggeldversicherers wurde am 2. November 2018 eine versicherungsmedizinische Evaluation des neuropsychiatrischen Funktionspotenzials durchgeführt. In ihrem Gutachten vom 30. Dezember 2018 (Urk. 7/94/2-

### **E. 17**

In ihrem Bericht vom 13. Dezember 2019 (Urk. 3) nannten Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, und Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, folgende Hauptdiagnosen: - Lumboischialgie beidseits bei - Osteochondrose L3 bis S1 - hochgradige Spinalkanalstenose L3 und L4 - Fazettengelenksarthrosen multisegmental - Status nach Fazettengelenksinfiltrationen L4/5 und L5/S1 beidseits mit positivem Ansprechen

Der Beschwerdeführer berichte über die durchgeführten Infiltrationen, welche nur temporär eine Verbesserung erzielt hätten. Die letzte Infiltration habe keine Verbesserung mehr erzielt. Nun habe sich zusätzlich eine Lumbago eingestellt. Er berichte über massive Lumbalgien, welche vor allem bei stärkeren Belastungen auftreten würden. Als erste Massnahme hätten sie die Einnahme von Irfen zweimal täglich während zwei Wochen verordnet. Zusätzlich seien CT- und Magnetresonanz-Abklärungen sowie eine Wirbelsäulenganzaufnahme veranlasst worden. Das weitere Prozedere richte sich nach den Befunden. 3.

### **E. 18**

Die übrigen bei den Akten liegenden Arztberichte (Urk. 7/16, Urk. 7/29, Urk. 32 /13-14, Urk. 7/37, Urk. 7/51, Urk. 7/66) enthalten keine für die Beurteilung der vorliegend strittigen Fragen relevanten Angaben und insbesondere keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, so dass auf deren detaillierte Wiedergabe verzichtet werden kann. 4. 4.1

Der Beschwerdeführer kritisiert das Gutachten des Y.\_\_\_\_ und macht geltend, die Einschränkungen aufgrund der kardialen Situation seien nicht angemessen berücksichtigt

worden. Unbestritten und aufgrund der Akten ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführer an einer koronaren Herzkrankheit leidet. Sowohl der Y.\_\_\_\_ -Gutachter als auch Dr. F.\_\_\_\_ , welcher den Beschwerdeführer im Auftrag des Krankentaggeldversicherers untersucht hatte, gehen jedoch davon aus, dass der Beschwerdeführer medikamentös optimal eingestellt und die kardiale Situation seit März 2018 stabil ist (Urk. 7/81 S. 10 Ziff. 4.5, Urk. 7/94/18-46 S. 6 Ziff. 6.4.1). Die bestehenden Einschränkungen wurden im Y.\_\_\_\_ -Gutachten insofern berücksichtigt, als die Arbeitsfähigkeit in der relativ schweren körperlichen Tätigkeit als Hauswart auf lediglich 70 % festgesetzt und beim Belastungsprofil schwerere Arbeiten mit Lasten von über 25 kg als nicht mehr zumutbar erachtet wurden (E. 3.10). Wie die Y.\_\_\_\_ -Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 27. August 2019 zu Recht festgestellt hatten, ist die Angst des Beschwerdeführers vor erneuten kardialen Komplikationen nachvollziehbar und verständlich (E. 3.15). Derzeit liegen jedoch keine Hinweise auf weitergehende Einschränkungen vor.

Ebenso kann der Argumentation des Beschwerdeführers, wonach das Gutachten bezüglich der depressiven Störung nicht umfassend sei, nicht gefolgt werden. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. N.\_\_\_\_ , welcher im Übrigen zusätzlich über einen Facharztstitel in Neurologie verfügt (vgl. Urk. 7/81/86), legte in seinem Teilgutachten gestützt auf die vorhandenen Akten, die Eigen- und Fremdanamnese sowie die eigene Befundaufnahme einlässlich und überzeugend dar, aus welchen Gründen er zu seiner Einschätzung gelangt ist, wonach die rezidivierende depressive Störung derzeit remittiert ist und keine psychiatrischen Diagnosen vorliegen (Urk. 7/81/72-79). Dass Dr. N.\_\_\_\_ keine Tests durchführte, schmälert den Beweiswert des Gutachtens sodann nicht. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung verlangt für die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens einzig eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem (BGE 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6), sie schreibt den Fachärzten jedoch nicht vor, wie sie bei der Exploration vorzugehen haben. Bemerkenswert ist sodann, dass auch im Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ keine psychiatrische Diagnose gestellt wurde (E. 3.13) und der Beschwerdeführer selbst im Rahmen des offenen Interviews offenbar keine konkrete Diagnose angeben konnte (Urk. 7/81/73 Ziff. 3.1).

Zum von Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ geforderten Schädel-MRI ist sodann Folgendes festzuhalten: Im Dezember 2016 sowie Januar 2018 wurden MRI-Untersuchungen des Schädels durchgeführt, wobei das MRI aus dem Jahre 2018 im Vergleich zu 2016 einen unverändert unauffälligen intrakraniellen Befund und keine relevanten Stenosen der hirnzuführenden Arterien festhielt. Dies war so wohl den Y.\_\_\_\_ -Gutachtern (Urk. 7/81/24 Ziff. 36) als auch Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ bekannt (vgl. Urk. 7/94/2-17 S. 3 oben). Im Widerspruch dazu hielten Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ fest, ein Schädel-MRI sei bisher nicht vorliegend, und empfahlen hinsichtlich Verletzungen der Blutgefässe und der prognostischen Einschätzung die Durchführung eines ergänzenden Schädel-MRI (E. 3.13). Seit der letzten MRI-Untersuchung im Januar 2018 ist jedoch kein Ereignis bekannt, welches ein erneutes MRI als notwendig erscheinen liesse. Die Y.\_\_\_\_ -Gutachter sodann hielten nachvollziehbar begründet an ihrer Beurteilung fest und empfahlen lediglich für den Fall, dass ein neuerliches MRI neue Befunde ergeben würde, weitere Stellungnahmen (E. 3.15). Insgesamt kann damit auf die Rückweisung der Sache zur Durchführung eines erneuten Schädel-MRI verzichtet werden.

Schliesslich vermag auch der Einwand des Beschwerdeführers, wonach die Y.\_\_\_\_-Gutachter die Einschätzung durch Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ nicht beurteilen könnten, da im Gutachten keine neuropsychologische Einschätzung erfolgt sei und sie sich mit ihren Aussagen fachübergreifend äussern würden (Urk. 1 S. 10 Rz 26), nicht zu überzeugen. Dr. J.\_\_\_\_ verfügt über einen Fach arzttitle in Neurologie, Dr. I.\_\_\_\_ über einen solchen in Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Urk. 7/94/2 oben). Damit weisen sie dieselben Qualifikatio nen vor wie der Y.\_\_\_\_ -Gutachter Dr. N.\_\_\_\_ , welcher Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie zusätzlich für Neurologie ist (vgl. Urk. 7/81/86).

Was sodann den Bericht von Dr. L.\_\_\_\_ sowie Dr. M.\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2019 betrifft, diagnostizierten diese Beeinträchtigungen im Bereich von L3 bis S1 (E. 3.17). Diese Beschwerden sind jedoch nicht neu, sondern waren im Zeitpunkt der Begutachtung bereits bekannt (vgl. Urk. 7/81/49 oben).

Insgesamt erweist sich damit die vom Beschwerdeführer vorgebrachte Kritik am Y.\_\_\_\_ -Gutachten als nicht stichhaltig , und es kann auf die nachvollziehbare und in allen Teilen überzeugende Beurteilung abgestellt werden. 4.2

Die Beurteilung durch die Y.\_\_\_\_ -Gutachter deckt sich sodann weitgehend mit der Einschätzung durch PD Dr. G.\_\_\_\_ , welcher sowohl die bisherige Tätigkeit als Hauswart als auch jede andere mittelschwere Tätigkeit als ganztags zumutbar hielt und lediglich aufgrund der neurologischen Schmerzen eine Leistungsmin derung von 20 % postulierte (E. 3.12). Zu demselben Schluss gelangte sodann auch die behandelnde Neurologin PD Dr. D.\_\_\_\_ , welche aufgrund der Schmerzen eine Arbeitsfähigkeit von 80 % postulierte (E. 3.8)

Demgegenüber vermag d as Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_

nicht zu überzeugen. Neben den widersprüchlichen Angaben zum Schädel-MRI er scheint auch nicht nachvollziehbar, aus welchen Gründen selbst in einer leidens angepasste n Tätigkeit keine rlei Arbeitsfähigkeit mehr bestehen soll. Zwar haben Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ das Gutachten medizinisch-theoretisch detailliert formuliert , doch fehlt es an überzeugenden und plausiblen Ausführungen dazu, wie sich die festgestellten Befunde und Diagnosen effektiv auf die Arbeits fähig keit auswirken und diese in funktioneller Hinsicht einschränken . Insgesamt ver mag daher die Beurteilung durch Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ nicht zu über zeugen. 4.3

Der medizinische Sachverhalt ist daher als dahingehend erstellt zu betrachten, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Hauswart seit Novem ber 2016 nicht mehr zugemutet werden kann . I n einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg, ohne Tätigkeiten in und über Kopfhöhe sowie ohne Tätigkeiten unter extremen Tem peraturschwankungen wie Hitze, Kälte und Nässe ist der Beschwerdeführer jedoch vollumfänglich arbeitsfähig . 5. 5.1

In seiner Beschwerde machte der Beschwerdeführer sodann geltend, aufgrund seines fortgeschrittenen Alters sei zu prüfen, ob eine entsprechende Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit für die Einführung in einen neuen Tätigkeitsbereich noch gegeben sei (E. 2.2).

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Ein kommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen

Anforderungen zu stellen sind (BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C\_118/2015 vom 9. Juli 2015 E. 2.1 mit Hinweis).

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischere nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zu mutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalles ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE

138 V 457 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht (BGE 138 V 457 E. 3.2 mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 5.2

Für die Beantwortung der Frage, ob der Beschwerdeführer die ärztlich attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit verwerten kann, sind unter anderem das Alter des Beschwerdeführers und die voraussichtlich verbleibende Dauer seiner Erwerbstätigkeit von Bedeutung.

Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen. Gemäss BGE 143 V 431 E. 4.5.1 und BGE 138 V 457 E. 3.4 steht die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit fest, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_734/2013 vom 13. März 2014 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen). Dies war vorliegend im Zeitpunkt des Y.\_\_\_\_-Gutachtens vom 20. November 2018 der Fall (E. 3.10), während die Stellungnahme vom 27. August 2019 (E. 3.15) lediglich die frühere Beurteilung bestätigte. Der im Dezember 1961 geborene Beschwerdeführer war zu diesem Zeitpunkt 57 Jahre alt, womit noch eine Erwerbstätigkeit während knapp acht Jahren bis zum Erreichen des AHV-Pensionsalters in Aussicht stand.

Bis November 2016 war der Beschwerdeführer sodann stets erwerbstätig (vgl. IK-Auszug, Urk. 7/10). Unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher die Nichtverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aufgrund fortgeschrittenen Alters in der Regel eine Ausnahme bleibt (vgl. Marco Weiss, Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aufgrund vorgerückten Alters – Rechtsprechungstendenzen, SZS 2018, S. 630 ff., S. 640 mit Hinweisen auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung), lässt das Alter des Beschwerdeführers für sich alleine nicht auf eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit schliessen. Da Hilfsarbeiter auf dem hypothetisch ausgeglichenen

Arbeitsmarkt grundsätzlich alters unabhängig nachgefragt werden und angesichts der relativ hohen Hürden, die das Bundesgericht für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen entwickelt hat (vgl. Urteil 8C\_803/2018 vom 6. Juni 2019 E.

5.3 mit Hinweisen; vgl. Meyer/ Reichmuth , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Auflage 2014., Art. 28 N 13

f.), ist ein in va liden versicherungsrechtlich erheblicher fehlender Zugang zum Arbeitsmarkt zu ver neinen. 6.

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