

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00087 vom 24. September 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-09-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00087](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00087)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00087 du 24 septembre 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00087 del 24 settembre 2020

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1964, meldete sich 17. Juni 2011 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf eine Herz-Kreislauf-Erkrankung erstmals bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/2). Mit Verfügung vom 18. Oktober 2011 wurde das Leistungsbegehren des Versicherten abgewiesen (Urk. 8/23).

Am 21. September 2016 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte, zuletzt tätig als Taxifahrer (vgl. Urk. 8/31), erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 8/26). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen. Am 14. März 2017 teilte die IV-Stelle mit, dass keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien, da sich der Versicherte gesundheitsbedingt nicht dazu in der Lage fühle (Urk. 8/42). Die IV-Stelle holte daraufhin das polydisziplinäre Gutachten des Y.\_\_\_\_ vom 20. März 2018 ein (Urk. 8/70). Mit Vorbescheid vom 5. Juni 2018 (Urk. 8/80) stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Nachdem der Versicherte hiergegen Einwand (Urk. 8/83; ergänzende Einwandbegründungen vom 13. August und 17./21. September 2018, Urk. 8/87 und Urk. 8/94, Urk. 8/96) erhoben und den Bericht von Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie lic. phil. A.\_\_\_\_, Psychotherapeutin A SP, vom 12. September 2018 eingereicht hatte (Urk. 8/97), stellte die IV-Stelle Rückfragen beim Y.\_\_\_\_ (Urk. 8/98). Die Gutachter des Y.\_\_\_\_ nahmen dazu am 23. Oktober 2018 Stellung (Urk. 8/99), wozu sich der Versicherte erneut äusserte (Urk. 8/103; Urk. 8/106). Die Gutachter des Y.\_\_\_\_ beantworteten am 28. Februar 2019 weitere Rückfragen (Urk. 8/110), wozu sich der Versicherte ebenfalls vernehmen liess (Urk. 8/113; Urk. 8/118). Mit Verfügung vom 12. Dezember 2019 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (Urk. 8/128 = Urk. 2).

### E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte am 3. Februar 2020 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, insbesondere sei ihm ab dem 1. Juni 2017 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 29. April 2020 (Urk.

#### E. 2.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

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

### **E. 2.2**

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. 2.3**

) auseinandersetzen (vgl. Urk. 8/70/12 ff.). Seine Beurteilung umfasste das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde. Der psychiatrische Gutachter ist bei der Beantwortung der Frage, wie er das Leistungsvermögen einschätzte, den einschlägigen Indikatoren gefolgt und hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind.

Seine versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektivierter Grundlage erfolgt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, weshalb auf das psychiatrische Teilgutachten abzustellen ist. 4.2.2

Der Beschwerdeführer brachte insbesondere vor, dass das psychiatrische Teilgutachten nicht beweiskräftig sei, da 55 Minuten eine viel zu kurze Begutachtungsdauer sei (Urk. 1 S. 6).

Für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts kommt es nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung an. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende

zeitliche Aufwand hängt stets von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie ab (Urteil des Bundesgerichts 8C\_47/2 016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2).

Dr. B.\_\_\_\_ erhob die psychopathologischen Befunde ( Urk. 8/70/10) ebenso ausführlich wie die geklagten Beschwerden und beurteilte gestützt darauf schlüssig und nachvollziehbar die Arbeitsfähigkeit. Inwieweit die Begutachtungsdauer von 55 Minuten zu falschen Schlüssen oder einer unvollständigen Erhebung der Anamnese, der Symptome oder der Verhaltenserfassung geführt hätten, geht aus der Rüge des Beschwerdeführers nicht hervor.

In der Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. phil. D.\_\_\_\_ zum Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom 24. Juli 2017 diagnostizierten sie noch eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und rügten in Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. B.\_\_\_\_, dass die Beschwerden oberflächlich aufgenommen worden seien, der psychopathologische Befund deutlich positiv überzeichnet sei und ein Tagesablauf fehle ( Urk. 8/91; vgl. E. 3.2 ). Auch Dr. Z.\_\_\_\_ und lic. phil. A.\_\_\_\_ kritisierten, dass das Gutachten deutlich zu positiv ausgefallen sei und ihres Erachtens die tatsächlichen Möglichkeiten des Beschwerdeführers überschätzt würden. Sie diagnostizierten eine mittelschwere bis schwere depressive Episode und beurteilten ihn als voll arbeitsunfähig für jede Tätigkeit ( Urk. 8/97, E. 3.5 ). Die Gutachter des Y.\_\_\_\_ und insbesondere Dr. B.\_\_\_\_ nahmen hierzu ausführlich Stellung am 23. Oktober 2018 und führten zusammengefasst aus, dass bei einer mittelgradigen bis schweren Episode mit erheblicher Suizidalität eine stationäre Behandlung unumgänglich wäre und sie aufgrund der objektiven Befunde als auch unter Berücksichtigung, dass sich Depressionen punktuell verschlechtern können aber eben auch eine Behandlung möglich sei, eine volle Arbeitsunfähigkeit nicht gerechtfertigt sei ( Urk. 8/99, E. 3.6 ). Dem ist nichts hinzuzufügen.

Aus den weiteren Berichten von Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. phil. D.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 8/105; Urk. 8/117) sowie lic. phil.

A.\_\_\_\_ und Dr. Z.\_\_\_\_ ( Urk. 8/105/3 f.; Urk. 8/117/3 ; Urk. 3/3 )

gehen keine konkreten, objektiv fassbaren Aspekte hervor, die den ärztlichen Experten entgangen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. August 2006 U 58/06 E. 2.2) oder die zu einer anderen rechtlichen Beurteilung Anlass geben würden.

Der Vollständigkeit halber ist auch auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Berichte von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc), was vorliegend auch die unterschiedlichen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit mitbegründen könnte. 4.3

Dr. E.\_\_\_\_ berücksichtigt in seinen Berichten jeweils auch den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und attestiert - unter Berücksichtigung der Einschätzungen der behandelnden Psychiater - ebenfalls eine volle Arbeitsunfähigkeit ( Urk. 8/92; Urk. 8/105/5 ff. ; Urk. 3/4 ). Allerdings enthalten seine Berichte aus somatischer Sicht keine im Gutachten nicht berücksichtigten Befunde oder Beschwerden, womit diese Berichte das Gutachten bzw. die entsprechend attestierte Arbeitsfähigkeit nicht in Zweifel zu ziehen vermögen.

Auch Dr. F.\_\_\_\_ führt keine neuen Befunde, Diagnosen oder Beschwerden an, welche zu einer vom Y.\_\_\_\_ -Gutachten abweichenden Beurteilung führen könnten ( Urk. 8/93; 3/5).

#### 4.4

Aus dem Bericht des I.\_\_\_\_ vom 1. April 2019 sowie dem Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ geht keine invalidenversicherungsrechtlich relevante lang andauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes hervor (vgl. E.

3.11-3.12; vgl. auch Urk. 8/122). 4.5

Zusammenfassend ist gestützt auf das Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom 20. März 2018 sowie die dazugehörigen Stellungnahmen vom 23. Oktober 2018 sowie vom 28. Februar 2019 (Urk. 8/99; Urk. 8/110) von einer vollen Arbeitsunfähigkeit von Juli bis November 2016, danach von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit und ab Dezember 2017 von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. 5.

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit. 5.1

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

#### 5.2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte für das Valideneinkommen auf das Einkommen als Taxifahrer nach der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 ab (TA1, Ziff. 49-52 Landverkehr; Schifffahrt; Luftfahrt; Lagerei, Kompetenzniveau 1) und korrigierte dieses um die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit als auch die Nominallohnentwicklung

bis ins Jahr 2017, woraus ein Valideneinkommen von Fr. 70'438.87 resultierte (Urk. 2; vgl. Einkommensvergleich vom 5. Juni 2018, Urk. 8/78). Mit Blick auf den Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 8/124) ist das Abstützen auf die LSE sicherlich nicht zum Nachteil des Beschwerdeführers, da er seit der Aufnahme seiner selbständigen Tätigkeit als Taxifahrer im Jahr 2013 nie auch nur ein annähernd so hohes Einkommen erzielt hat. 5.2.2

Für das Invalideneinkommen zog die Beschwerdegegnerin das Einkommen als Hilfsarbeiter im Dienstleistungssektor nach LSE 2014 in Höhe von monatlich Fr. 4'971.-- heran (LSE 2014, TA1, Ziff. 45-96, Kompetenzniveau 1), welches sie ebenfalls um die betriebsübliche Arbeitszeit und die Nominallohnentwicklung korrigierte, woraus ein Invalideneinkommen von Fr. 63'124.50 bei einem vollen Pensum für das Jahr 2017 resultierte (Urk. 8/78). Als Begründung führte die Beschwerdegegnerin aus, dass aufgrund der medizinischen Beurteilung lediglich noch körperlich leichte Tätigkeiten in überwiegend sitzender Körperposition zumutbar seien, so dass auf den Dienstleistungssektor abgestellt

werde.

Ein in leidensbedingter Abzug ist vorliegend nicht gerechtfertigt, da die begutachtenden Ärzte des Y.\_\_\_\_\_

bei der Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit bereits sämtliche Einschränkungen berücksichtigten. Entsprechend der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind diese nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einzubringen, da dies ansonsten zu einer doppelten Anrechnung der gleichen Gesichtspunkte führen würde (Urteile des Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1 und 9C\_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1).

### 5.3

Gestützt auf die von der Beschwerdegegnerin errechneten Validen- und Invalideneinkommen resultiert bei einer Arbeitsunfähigkeit von 20 bzw. 30 % ,

wie von der Beschwerdegegnerin in der Verfügung festgehalten ,

jeweils ein renten ausschliessender Invaliditätsgrad von rund 28 bzw. 37 % .

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens und die Beschwerde ist vollumfänglich abzuweisen. 6.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 800.-- festzusetzen und dem unterliegenden 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: - Rechtsanwalt Michael Grimmer - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

## E. 2.4

Den von Versicherung strägern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C\_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen). 3.

### 3.1

Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 12. Dezember 2019 (Urk. 2) im Wesentlichen auf das Y. \_\_\_ -Gutachten vom 20. März 2018 ab (Urk. 8/70). Darin werden die bis zur Begutachtung des Beschwerdeführers aktenkundigen medizinischen Berichte zusammengefasst (Urk. 8/70/3 ff.), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen aber darauf Bezug genommen. 3.1.1

Die Gutachter hielten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 8/70/25): - Lumbales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts (ICD-10 M54.55) - differentialdiagnostisch radikuläre Reizsymptomatik L5 rechts - fragliche spinale Claudicatio -Symptomatik - Meralgia

parästhetica rechts - mittel- bis hochgradige spinale Enge Lendenwirbelkörper (LWK) 4/5 (MRI 13.12.2017) - Chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0) - radiologisch rechtsbetonte Unkovertebralarthrose und Diskopathie Halswirbelkörper (HWK) 4/5 (MRI 12.12.2017) - Koronare Herzkrankheit (ICD 10 25.1) - Status nach inferolateralem STEMI 27.1.2011, Status nach inferiorem Myokardinfarkt 13.7.2016 - Status nach PTCA/Stent RCX (2 DES) am 27.1.2011 - Status nach PTCA/Stent RCA (DES) und RIVP (DES) am 31.7.2016 - Status nach NSTEMI 20.10.2016; PTCA Instent-Restenose Bifurkation RCX/PLA und PTCA/Stent (DES) Marginalast - Stressechokardiographie 13.10.2017: kein Ischämienachweis - kardiovaskuläre Risikofaktoren: arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie - Leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0, F32.1)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit notierten sie (1) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), (2) eine Hyperurikämie (ICD-10 E79.0) und (3) eine Psoriasis vulgaris. 3.1.2

Beim Beschwerdeführer bestünden gesundheitlich verschiedene Probleme. Er gebe Rückenschmerzen an, welche bei Belastung zunehmen würden. Wegen des zweimaligen Herzinfarktes sei er nicht mehr so leistungsfähig und habe Angst, vor allem beim Autofahren, dass wieder etwas passieren könnte.

Bei der orthopädischen Untersuchung sei ein chronisches zervikales - und lumbales Schmerzsyndrom bei radiologisch dokumentierten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) diagnostiziert worden. Die Belastbarkeit des Bewegungsapparates, insbesondere der Wirbelsäule, sei dadurch vermindert. Körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten sowie solche mit überwiegend stehenden und gehenden Anteilen, wie auch etwa die Tätigkeit als Kellner, seien dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Für körperlich leichte und immer wie der sitzende Tätigkeiten bestehe aus orthopädischer Sicht keine Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit. Eine Tätigkeit als Taxichauffeur könne nicht sicher ausgeschlossen werden.

Bei der neurologischen Untersuchung sei von der Halswirbelsäule her keine Nervenkompression festgestellt worden. Durch die radiologisch dokumentierte Enge des Spinalkanals lumbal sei eine radikuläre Reizsymptomatik L5 rechts und eine spinale Claudicatio möglich. Dadurch seien auch bei leichten Belastungen Beschwerden möglich. Aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für körperlich angepasste, leichte Tätigkeiten um 30 % eingeschränkt bei einem erhöhten Pausenbedarf.

Bei der kardiologischen Untersuchung sei eine koronare Herzkrankheit mit Status nach zweimaligem Stenting diagnostiziert worden. Bei der Stressechokardiographie sei keine Ischämie nachgewiesen worden. Körperlich schwere Tätigkeiten seien ihm nicht mehr zumutbar. Für eine körperlich leichte, intermittierend auch mittelschwer belastende Tätigkeit bestehe aus kardiologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Bei der allgemeininternistischen Untersuchung sei eine Hyperurikämie und eine Psoriasis diagnostiziert worden. Die Befunde seien

geringgradig pathologisch. Insgesamt bestünden klinisch kompensierte Verhältnisse. Die Arbeitsfähigkeit sei aus allgemeininternistischer Sicht nicht eingeschränkt.

Bei der psychiatrischen Untersuchung sei

durch Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine leichte bis mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Zudem bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Durch die depressive Symptomatik komme es zu rascher Ermüdung und Leistungseinschränkungen. Auch die Schmerzempfindung könne verstärkt sein. Aus psychiatrischer Sicht bestehe daher eine Leistungseinschränkung von 20 %.

Zusammengefasst sei der Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit häufig sitzenden Anteilen zu 70 % arbeits- und leistungsfähig, in einem ganztägigen Pensum mit vermehrten Pausen verwertbar. Die Tätigkeit im Service und als Taxifahrer seien nicht mehr zumutbar. Die Leistungseinschränkung aus neurologischer und psychiatrischer Sicht könne nicht kumuliert werden, da dieselben Zeitabschnitte für vermehrt notwendige Pausen genutzt werden könnten.

Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass die Belastungsunfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten seit dem ersten Herzinfarkt 2011 bestehe. Durch die zunehmenden degenerativen Veränderungen der HWS habe sich die Belastbarkeit langsam vermindert. Eine genaue Verlaufsbeurteilung sei nicht möglich. Von Juli 2016 bis November 2016 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten aufgrund der kardialen Situation bestanden. Die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit beruhe auf den Abklärungen im Dezember 2017. Seither könne die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit bestätigt werden. Vorher habe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten aufgrund der Einschränkungen durch das psychische Leiden bestanden.

Aus orthopädischer und allgemeininternistischer Sicht könnten keine speziellen medizinischen Massnahmen vorgeschlagen werden. Aus neurologischer Sicht werde eine

ergänzende EMG-Untersuchung der Myotome L5-S1 empfohlen. Aus kardiologischer Sicht werde die Weiterführung der Sekundärprophylaxe vorge schlagen. Aus psychiatrischer Sicht sollte die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung weitergeführt werden. Berufliche Massnahmen könnten nicht empfohlen werden. Durch die subjektive Leistungseinschränkung des Beschwerdeführers

seien die Erfolgsaussichten schlecht. 3.2

Am 24. Juli 2018 nahmen Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. D.\_\_\_\_, Klinischer Psychologe und Supervisor, zum psychiatrischen Teilgutachten Stellung (Urk. 8/91). Sie konstatierten, dass die Begutachtung nur kurze Zeit gedauert habe und ein Gespräch mit dem Beschwerdeführer kaum zustande gekommen sei. Die Beschwerden seien oberflächlich aufgenommen worden, die Leitsymptome der in den Vorakten diagnostizierten Depression seien nicht erfragt worden, was eine begründete ICD-10-Diagnose verunmögliche. Das Gutachten sei entsprechend falsch. Das Ausmass der Einschränkungen beurteilten sie in weit grösserem Umfang als der attestierten 20%igen Arbeitsunfähigkeit. Der psychopathologische Befund sei deutlich positiv überzeichnet im psychiatrischen Teilgutachten. Die Lebenskraft des Beschwerdeführers sei praktisch erloschen, er mache den Haushalt nicht, schlafe kaum, spaziere noch etwas, wegen Schmerzen könne er nicht lange sitzen, stehen oder liegen. Er habe Gedankenkreisen um die Familie, Schuldgefühle lähmten ihn voll ständig. Unter diesen Umständen sei eine Arbeitsfähigkeit ausgeschlossen, er sei auch für angepasste Tätigkeiten voll arbeitsunfähig.

Das Gutachten sei daher oberflächlich und wegen der deutlich ungenügenden Beschwerdeaufnahme in den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit falsch. 3.3

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, hielt in seinem Bericht vom 10. August 2018 folgende, gekürzt wiedergegebenen Diagnosen fest (Urk. 8/92): - Chronisches cervico-occipital sowie cervico-spondylogenes Schmerzsyndrom mit einem medio-lateralen, parazentralen Bandscheibenvorfall (BSV) HWK 6/7 rechts mit einer kleinen Diskushernie HWK 4/5 rechts mit Kompression des Nackenwirbels (NW) C5 sowie multisegmentale, uncovertebrale Stenose HWK 4/5 und HWK 6/7 mit degenerativen Veränderungen - Chronisches lumbo-spondylogenes Schmerzsyndrom mit Lumboischialgien beidseits linksbetont, Diskusprotrusion L5/S1, Anterolisthesis L4/5 mit Spondylarthrose sowie hochgradige Duralsackkompression bilateral Rezessusstenose LWK 4/5 beidseits - Multisegmentales Facettensyndrom LWK2/3-L5S1 - Chronische Spannungskopfschmerzen mit Depression und Konzentrationsstörungen bei radiologisch habituell leichtem

Plagiocephalus - Koronare Herzkrankheit - Arterielle Hypertonie - Hypercholesterinämie

Aufgrund des neuroradiologischen und klinischen Befundes bestünden bei dem Beschwerdeführer die oben erwähnten Diagnosen. Er habe den Beschwerdeführer vorerst konservativ behandelt. Bei fehlender Besserung empfehle er lumbale Facetteninfiltrationen und HWS-Facetteninfiltrationen. Über diese Interventionen habe er den Beschwerdeführer aufgeklärt. Er habe jedoch sehr grosse Angst und möchte zuerst die konservative Therapie durchführen. Da die Facetteninfiltration schmerzbedingt eine Erleichterung bzw. viel Besserung gebracht habe, würden sie mit dieser Behandlung fortfahren und ihn in ein paar Wochen erneut zur Infiltration aufbieten. Nach Entnahme der Gesamtsituation sei der Beschwerdeführer voll arbeitsunfähig und sollte eine ganze Invalidenrente erhalten. Eine Umschulung wäre in diesem Fall sehr sinnvoll, da er seine bisherige Tätigkeit nicht mehr

ausführen könne. 3.4

Dr. h.c.med . F.\_\_\_\_ , Fachärztin Allgemeine Innere Medizin , hielt in ihrem Bericht vom 10. September 2018 zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers fest, dass sie seit 2015 die Hausärztin des Beschwerdeführers sei. Seit dem dritten kardialen Ereignis rechne er täglich mit dem Schlimmsten und sei aufgrund der unsicheren Lage der Familie in Pakistan sehr besorgt. Es gebe keinen Tag, an dem er ohne Angst lebe. Er kriege den Kopf nicht frei. Das Herz pumpe richtig, das Problem sei aber nicht die Pumpleistung, sondern das «darum herum», die « Gefäße hinzuführende und abführende » . Dazu kämen skelettale Probleme. Zu berücksichtigen seien noch Medikamente, welche es nicht erlaubten, in professioneller Weise Menschen zu transportieren oder eine schwere Arbeit auszuführen. Er könne höchstens zu therapeutischen Zwecken eine leichte Arbeit erledigen ( Urk. 8/93). 3.5

Dr. Z.\_\_\_\_ und lic . phil. A.\_\_\_\_ nahmen zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers am 12. September 2018 Stellung ( Urk. 8/97). Sie hätten den Beschwerdeführer an vier Sitzungen à 60 Minuten gesehen.

Sie führten aus, dass dem Beschwerdeführer seine Lebenskraft und der Lebenswille weitgehend abhanden gekommen seien. Es scheine, als ob seine Vitalität aus ihm entwichen wäre. Seine Gedanken drehten sich dauernd um seine Schmerzen, um den Verlust seiner Gesundheit und vor allem um seinen beruflichen und gesellschaftlichen Abstieg. Er werde von Schuld- und Schamgefühlen geplagt und könne seinem Leben immer weniger Sinn abgewinnen, ja er sehe sich als Last für seine Familie, die er, so meine er, durch einen Suizid entlasten und befreien würde. Das Selbstwertgefühl sei sehr geschwächt, und es scheine, dass er sich anstrengen müsse, um sich immer wieder gegen seine Todeswünsche zu sperren. Seine dauernd anhaltenden Schmerzen, die seine Lebensqualität massiv beeinträchtigten, trügen das ihre dazu bei. Die Suizidalität stuften sie als erheblich ein.

Psychopathologisch sei er allseits orientiert, leide unter Gedankenkreisen, Schlafkonzentrations-, Antriebs- und Appetitstörungen mit Gewichtsverlust, schneller Ermüdbarkeit, Weinanfällen, ausgeprägter Lust- und Freudlosigkeit, Sinnlosigkeitsgefühlen und unter latenter Suizidalität.

Der Beschwerdeführer leide unter einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.1 bis 32.2), die er nicht willentlich zu überwinden vermöge. Er sei ihrer Erachtens aus psychiatrisch-psychologischer Sicht seit 2016 für jegliche Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. 3.6

Die Gutachter des Y.\_\_\_\_ nahmen am 23. Oktober 2018 Stellung zu den Rückfragen der Beschwerdegegnerin ( Urk. 8/99).

Sie konstatierten insbesondere, dass aufgrund der Leitsymptome und der objektiven Befunde eine leichte bis mittelgradige Episode diagnostiziert worden sei. Bei einer schweren depressiven Episode mit Suizidalität wäre eine ambulante Behandlung gar nicht mehr möglich, bei einer erheblichen Suizidalität sei nämlich eine Klinikbehandlung unumgänglich. Es sei gut möglich, dass sich eine Depression punktuell verschlechtern könne. Depressionen könnten aber behandelt werden, wenn eine Heilung auch nicht immer möglich sei.

Im Schreiben von Dr. E.\_\_\_\_ seien im Vergleich zu seinem Bericht vom 15. Dezember 2017 keinerlei neue Aspekte enthalten. Es würden von ihm aus neurochirurgischer und neurologischer Ebene keinerlei Faktoren vorgebracht, welche gegen die gutachterlich

attestierter Arbeitsfähigkeit für angepasste, körperlich leichte Tätigkeiten unter Wechselbelastung von 70 % bei ganztägigem Pensum sprechen würden. Es handle sich somit um eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eines offenbar unveränderten Gesundheitszustandes. 3.7

Mit Schreiben vom 3. Dezember 2018 liessen sich Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. phil. D.\_\_\_\_ erneut zuhause des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vernehmen und übten wiederum Kritik am psychiatrischen Teilgutachten des Y.\_\_\_\_. Der psychiatrische Gutachter

Dr. med. B.\_\_\_\_ sei nur an seiner eigenen Beurteilung interessiert und nicht an den objektiv feststellbaren Symptomen des Beschwerdeführers. Eine sorgfältige Befundaufnahme, eine Gewichtung und der Verlauf der Symptomatik sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fehlten komplett. Auch seien Patienten mit schwerer Depression mit Suizidalität aus klinischer Erfahrung auch in ambulanter Behandlung (Urk. 8/105/1 f.). 3.8

Dr. Z.\_\_\_\_

erstattete dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 5. Januar 2019 Bericht (Urk. 8/105/3 f.). Der Beschwerdeführer leide an einer anhaltenden depressiven Stimmung, die kaum aufzuhellen sei, oft begleitet von Gefühlen der Verzweiflung und von grossen Zukunftsängsten durchwirkt. Er habe das Interesse an Dingen, Aktivitäten oder an Kontakten weitgehend verloren, und er empfinde kaum noch Freude. Er sei meistens müde und fühle sich antriebslos. Er mache sporadisch kleine Spaziergänge in der Nähe seiner Wohnung, wenn er die Kraft dazu aufbringen könne. Oder er gehe zu Fuss zur Familie seines Bruders, die nur ein paar Häuser entfernt wohne. Das Selbstvertrauen sei ihm weitgehend verloren gegangen, nicht zuletzt deshalb, weil er nicht mehr imstande sei, für seine Familie zu sorgen. Der häufig wiederkehrende Satz, er könne nichts dafür, dass er krank sei, deute auf Schuldgefühle hin. Er mache sich deshalb auch Vorwürfe, aber die Gefühle der Scham überwiegen. Wenn diese überhandnehmen, nähmen auch Emotionen der Wert- und Nutzlosigkeit zu, was wiederum seine Todeswünsche und Suizidgedanken verstärke. Im Laufe der Zeit habe er erzählt, dass er im Frühjahr alle in der Wohnung vorhandenen Medikamente zu schlucken versucht habe. Weil sein Bruder zufällig vorbeigekommen und Zeuge der Szene gewesen sei und sofort eingegriffen habe, habe das Schlimmste verhindert werden

können. Die Konzentrations- und die Denkfähigkeit seien eingeschränkt und verlangsamt. So habe er einmal angerufen und mitgeteilt, dass er sich verspäten würde, denn er habe die Fahrtrichtung des Zuges verwechselt. Er habe diesen Irrtum jedoch erst bemerkt,

als der Zug am G.\_\_\_\_ statt am H.\_\_\_\_ angehalten habe. Auch sein Gedächtnis sei in Mitleidenschaft gezogen. Selbst die Wiedergabe eigener Lebensdaten bereite ihm Mühe. Psychomotorisch sei er verlangsamt, und in den Bewegungsabläufen, insbesondere im Gehen, wirke er unsicher. Er leide zudem an Schlafstörungen. Oft müsse er Medikamente einnehmen, weil er sonst den Schlaf nicht finde. Dies belaste ihn, denn die Schlafmedikamente bewirkten oft einen «Überhang» am nächsten Morgen, wodurch er zusätzlich müde sei. Der Beschwerdeführer leide an Appetitlosigkeit und habe viel Körpergewicht verloren. Er esse nur eine Mahlzeit am Tag; Essen, das ihm sein Bruder jeweils bringe und nur noch aufgewärmt werden müsse. Der Beschwerdeführer habe viele körperliche Schmerzen, die medikamentös nur unzureichend gelindert werden könnten, und welche die Symptome seiner psychischen Erkrankung zusätzlich verstärkten.

Sie diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel gradige bis schwere depressive Episode (ICD-10: F33.10/F33.2), chronischer Verlauf. Aufgrund der vorhandenen Symptomatik und der Schwere der Erkrankung erachteten sie ihn aus psychologisch-psychiatrischer Sicht zu 100

% arbeitsunfähig. Er habe sich nach der Abklärung entschieden, die Behandlung bei ihnen fortzusetzen, ein Wechsel, der auch, zumindest anfänglich, Verunsicherung mit sich gebracht habe. Es sei ihnen ein Anliegen, ein therapeutisches Bündnis entstehen und so das Vertrauen und die Beziehung wachsen zu lassen, was bei einer stationären Behandlung so nicht möglich gewesen wäre. Er lebe allein in einer Ein-Zimmer-Wohnung in unmittelbarer Nähe zu seinem Bruder und dessen Familie. Der Bruder besuche ihn täglich, helfe ihm in vielen Angelegenheiten, so auch bei Haushaltsarbeiten, die er nicht selber zu verrichten vermöge, wie etwa staubsaugen. Seit seinem vermittelten Suizidversuch verwalte sein Bruder die Medikamente und bringe ihm nur jene für ein paar Tage. Wenn es ihm körperlich schlechter gehe, er sich verwirrt fühle und schwach, fahre ihn sein Bruder zu den Terminen, eben oft auch in die Praxis. Dieses brüderliche Zusammenspiel, das ihm Sicherheit gebe, wollten sie möglichst erhalten. Der Beschwerdeführer sei fast täglich über Skype mit seiner Frau und seiner Tochter in Pakistan und mit seinen Söhnen in England in Kontakt. Diese sprächen ihm alle Mut zu und unterstützten ihn darin, «durchzuhalten». Diese regelmässigen Kontakte seien für ihn sehr wichtig und halfen ihm, auch wenn er selber immer wieder meine, eigentlich für seine Familie eine Last zu sein. In der Klinik wäre das Skypen mit seiner Familie wahrscheinlich gar nicht möglich. Die eventuelle Notwendigkeit einer stationären Behandlung sei ein wiederkehrendes Thema zwischen ihnen und dem Beschwerdeführer. Sollte sich sein Zustand verschlechtern, würde eine Klinikeinweisung unumgänglich sein. 3.9

Dr. E.\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer am 29. November 2018 zuletzt gesehen habe, führte in seinem Bericht vom 15. Januar 2019 zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers aus, dass der Beschwerdeführer unter starken Nacken- und Rückenschmerzen (Chronische Cervico-Brachialgie und lumbo spondylogenes Schmerzsyndrom) sowie auch unter einer schweren depressiven Episode mit ungewissem Ausgang leide. Der Beschwerdeführer sei deshalb keinesfalls arbeitsfähig, bis auf weiteres arbeitsunfähig zu 100%, und auch für leichtere Arbeiten sei er aus ihrer Sicht nicht einsetzbar. Er könne nicht arbeiten und sollte demnach eine 100%ige IV-Rente erhalten (Urk. 9/105/9). 3.10

Die Y.\_\_\_\_-Gutachter nahmen am 28. Februar 2019 erneut Stellung und konstatierten, dass laut ICD-10 bei einer schweren depressiven Episode, welche eine volle Arbeitsunfähigkeit begründen könne, Tätigkeiten und Aktivitäten praktisch nicht mehr möglich seien. Er sei aber reges Interesse erwähnt worden, auf Skype mit seiner Frau und seiner Tochter und den Söhnen in England zu kommunizieren, was bei einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode sicher nicht der Fall wäre. Neue Beurteilungen lägen keine vor (Urk. 8/110). 3.11

Am 27. März 2019 erlitt der Beschwerdeführer eine Synkope mit Verletzungsfolge, woraufhin er zuerst bis am 30. März 2019 im I.\_\_\_\_ und danach in der Abteilung für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie hospitalisiert war (Verlegungsbericht vom 30. März 2019, Urk. 8/114). Die Ärzte hielten folgende, gekürzt wiedergegebenen Diagnosen fest: - Synkope mit Verletzungsfolge am 27.03.2019 - Dislozierte Fraktur des Os zygomaticum links i.R. Synkope 27.03.2019 - Koronare 2-Gefässkrankheit - Aktuell

Koronarangiographie 28.03.2019 mit Blutdruckabfall unter Belastung - Hypokaliämie  
27.03.2019 - Steatosis

hepatitis ( Abdomensonographie 2015) - Psoriasis palmoplantaris , capillitii et vulgaris  
(Erstmanifestation 2010) - Chronische thorako -lumbale Schmerzen - Status nach Hepatitis  
B (Erstdiagnose 2014) - Verdacht auf Medikamentenmalcompliance

Der Beschwerdeführer habe sich notfallmässig selbst vorgestellt bei stattgehabter zweiter  
Synkope innerhalb von zwei Wochen - aktuell mit Kopfanprall.

Er

habe über eine Synkope mit sehr kurzen Prodromi und anschl iessendem Kopfanprall  
berichtet . Pectanginöse Beschwerden oder Palpitationen hätten im Vorfeld nicht bestanden.  
Klinisch habe sich eine Prellmarke über der linken Wange mit leichtem Hämatom und  
starker Druckdolenz gezeigt . Der Neurostatus sowie der Trauma- Check hätten sich  
unauffällig gezeigt . Eine CT des Schädels und der HWS habe eine intrakran i elle Blutung  
oder HWS-Fraktur ausschliessen können , allerdings habe sich sowohl klinisch als auch  
radiologisch eine dislozierte Fraktur des Os zygomaticus links mit Einsenkung gezeigt . Die  
operative Revision sei indiziert. Kurzzeitig sei eine Abschirmung mit Augmentin erfolgt ,  
welche im Verlauf bei geschl ossener Fraktur wieder habe sistiert werden k önnen .  
Ebenfalls sei eine Analgesie mittels Metamizol und Paracetamol etabliert worden. Der Be  
schwer deführer zeige sich kardial kompensiert und hämodynamisch stab il. Elektrokar  
diographisch zeig e sich ein Sinusrhythmus ohne Hinweise auf Ischämie oder höhergradige  
Rhythmusstörungen. Laborchemisch zeigten sich die Herzenzyme normwertig ohne  
signifikanten Verlauf. In einer echokardiographischen Kontrolle zeigte sich die stabil leicht  
eingeschränkte systolische Auswurffraktion bei 47 % . Im direkten Bildvergleich zu den Vo  
rwerten vom 24.10.2016 zeigte n sich diese unverändert. Die Ursache der Synkope sei  
aktuell unklar. Ein ACS sei bei seriell negativem Troponin ausgeschlossen worden . In der  
telemetrischen Überwachung über 48-h zeig e sich abgesehen von wenigen monomorphen  
VES ein unauf fälliger Befund. Im 48-h-Holter-EKG hätten auch keine weiteren  
Rhythmusstö rungen nachgewiesen werden können . Er werde s ich nach seiner Entlassung  
bei seinem behandelnden Kardiologen vorstellen. Bei Narb e inferolateral und inferior sei  
eine rhythmogene Synkope möglich; diesbezüglich wäre eine Reveal -Implan tation zur  
weiteren Diagnostik sinnvoll.

Vor Freigabe für die Operation der Fraktur des Os zy gomaticus sei eine Fahr radergometrie  
durchgeführt worden . Hierbei hätten über 4 MET erreicht werden können . Allerdings hab  
e sich unter maximaler Belastung ein Blutdruckabfal l gezeigt , weswegen bei Synkopen  
unklarer Ätiologie und kardialer Vorgeschichte mit bekannter 2-Gefäss- KHK zur weiteren  
Abklärung eine Koronarangiographie durchgeführt wurde. In der Koronarangiographie  
habe sich eine signifikante Instent-Restenose des PLA3/RCX gezeigt, welche erfolgreich  
mittel s PTCA und Impl antation eines Drug

Eluting -Stents behandelt werden konnte. Bezüglich der

sekundärprophylaktischen Laborparameter habe das LDL-Chol esterin bei

### **E. 2.8**

mmol /L und der HbA1c bei 4.9 % gelegen . Bei LDL über dem Zielbereich sei eine  
Steigerung der etablierten Statintherapie erfolgt . Der Beschwerdeführer habe am 3 0. März  
2019 in gutem Allgemeinzustand zur chirurgischen Revision der Os zygomaticus Fraktur

verlegt werden können . 3.12

Med. pract . M. J.\_\_\_\_ , Assistenzarzt der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, führte in seinem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht vom 3. Juni 2019 aus, dass sie keine Arbeitsunfähigkeit attestiert hätten. Aus ihrer Sicht sei keine Einschränkung zu erwarten ( Urk. 8/119). Entsprechend wurde die Behandlung am 1. Juli 2019 abgeschlossen ( Urk. 8/122). 4. 4.1

Das polydisziplinäre Gutachten des Y.\_\_\_\_ erfüllt sämtliche rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 2.4). Es beruht auf fachärztlichen Untersuchungen durch die Gutachter (Urk. 8/70/6 ff.; Urk. 8/70/9 ff.; Urk. 8/70/14 ff.; Urk. 8/70/19 ff. und Urk. 8/70/23 ff. ) und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten (Urk. 8/70/3 ff.) abgegeben. Es würdigt die vorhandenen Arztberichte sorgfältig ( Urk. 8/70/8; Urk. 8/70/12; Urk. 8/70/18 f.; Urk. 8/70/22) . Es berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden ( Urk. 8/70/6; Urk. 8/70/9; Urk. 8/70/14; Urk. 8/70/19; Urk. 8/70/23 ) und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und das Gutachten ist schlüssig. 4.2 4.2.1

Dr. B.\_\_\_\_ setzte sich ausreichend mit den Standardindikatoren (E.

#### **E. 7**

unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/1-133) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, worüber der Beschwerdeführer am 1. Mai 2020 in Kenntnis gesetzt wurde ( Urk. 9). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung dafür, dass sie stützt auf das Gutachten von einer vollen Arbeitsunfähigkeit als Taxifahrer seit Juli 2016 auszugehen sei. Nach Ablauf des Wartjahres habe sie für sämtliche körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten eine 80%ige Leistungsfähigkeit bei einem vollen Pensum bestanden . Da keine aktuellen Lohnangaben vorlägen , stützten sie sich auf den Tabellenlohn gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) für Taxifahrer ab. Als Invalideneinkommen zögen sie den Tabellenlohn für Hilfsarbeiter im Dienstleistungssektor heran und berücksichtigten zuerst eine 80%ige Leistungsfähigkeit und ab Dezember eine 70%ige Leistungsfähigkeit, welche beide einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad ergäben ( Urk. 8/128).

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, dass nicht auf das Y.\_\_\_\_ -Gutachten und insbesondere nicht auf das psychiatrische Teilgutachten abgestellt werden könne. Die behandelnden Ärzte kritisierten sowohl die viel zu kurze Begutachtungsdauer und diagnostizierten eine chronisch verlaufende rezidivierende depressive Störung bei gegenwärtig mittelgradiger bis schwerer depressiver Episode, welche eine Arbeitsfähigkeit verunmögliche. Des Weiteren sei das Y.\_\_\_\_ -Gutachten nicht mehr aktuell. Unter Berücksichtigung der Standardindikatoren sei ein invalidisierender Gesundheitsschaden klar ausgewiesen und es sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Demnach sei nach Ablauf des Wartjahres antragsgemäss ab dem 1. Juli 2017 eine ganze Invalidenrente auszurichten ( Urk. 1). 2.

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