

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00153 vom 23. September 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-09-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00153

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00153 du 23 septembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00153 del 23 settembre 2021

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1984, absolvierte in Italien eine Ausbildung im Hotelgewerbe (Urk. 14/5 Ziff. 5.3) und war zuletzt vom 19. Dezember 2015 bis 31. Januar 2016 als Rezeptionist tätig (Urk. 14/5 Ziff. 5.4). Am 18. August 2016 meldete er sich unter Hinweis auf Aufmerksamkeits- und Konzentrations-schwierigkeiten bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 14/5 Ziff. 6.1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte in der Folge medizinische (Urk. 14/14-15, Urk. 14/28-29, Urk. 14/34, Urk. 14/46-47, Urk. 14/57, Urk. 14/67, Urk. 14/83, Urk. 14/90-92) sowie erwerbliche Abklärungen (Urk. 14/12, Urk. 14/22, Urk. 14/113) und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten (Gutachten vom 25. Oktober 2017, Urk. 14/88). Mit Schreiben vom 19. Oktober 2016 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, derzeit seien aufgrund des Gesundheitszustandes keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen angezeigt (Urk. 14/38).

Am 15. März 2018 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche für zwei Monate (Urk. 14/95, Urk. 14/103) und teilte mit Schreiben vom 21. Juni 2018 mit, eine Arbeitsvermittlung sei derzeit nicht möglich (Urk. 14/105; Verlaufsprotokoll Eingliederungsberatung, Urk. 14/107). In der Folge tätigte sie weitere medizinische (Urk. 14/115-116, Urk. 14/118, Urk. 14/120, Urk. 14/123) sowie erwerbliche Abklärungen (Urk. 14/146) und holte erneut ein polydisziplinäres Gutachten ein, welches am 6. November 2019 erstattet wurde (Urk. 14/135-143). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 14/150, Urk. 14/152), in dessen Rahmen weitere Arztberichte eingingen (Urk. 14/151), verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 24. Januar 2020 einen Rentenanspruch des Versicherten (Urk. 14/155 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen 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 Bundesgesetz 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

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4). Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet – gegebenenfalls neben standardisierten Tests – die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomenfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis). Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zu, und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremdanamnestic Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 9C_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3).

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 (erwähntes Urteil 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2).

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese 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).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). 2.

E. 2

Mit Schreiben vom 27. Februar 2020 (Urk. 3) leitete die IV-Stelle die direkt bei ihr am 28. Januar 2020 erhobene Beschwerde an das hiesige Gericht weiter (Urk. 1/1-2), wobei der Versicherte diese am 13. März 2020 innert mit Verfügung vom 3. März 2020 angesetzter Frist (Urk. 5) verbesserte und handschriftlich unterzeichnete (Urk. 7). Am 9. April 2020 reichte der Beschwerdeführer einen weiteren Arztbericht nach (Urk. 10-11). Mit Beschwerdeantwort vom 11. Mai 2020 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 13), was dem Beschwerdeführer am 14. Mai 2020 mitgeteilt wurde (Urk. 15). Am 19. Februar, 9. März sowie 24. Juni 2020 reichte der Beschwerdeführer weitere Arztberichte ein (Urk. 18-21, Urk. 24-25), welche der Beschwerdegegnerin zugestellt wurden (Urk. 22, Urk. 26). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 24. Januar 2020 (Urk. 2) führte die Beschwerdegegnerin aus, in der früheren Tätigkeit als Rezeptionist und Service angestellter sei der Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen seit Januar 2016 vollständig eingeschränkt. In einer leichten, angepassten Tätigkeiten gelte er jedoch seit Januar 2016 als zu 80 % arbeitsfähig. Der Einkommensvergleich ergebe einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 22 %. Das erstellte Gutachten gehe detailliert auf die Aktenlage ein und erhebe umfassend selbstständig Befunde, es könne darauf abgestellt werden (S. 2).

Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 11. Mai 2020 (Urk. 13) hielt die Beschwerdegegnerin ergänzend fest, bei der 80%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers handle es sich um eine solche auf dem ersten Arbeitsmarkt (S. 1 Ziff. 1). Gemäss dem rheumatologischen Gutachter seien sodann nicht die Diagnose an sich ausschlaggebend, sondern vielmehr die funktionellen Auswirkungen. Die Hypermobilität sei nicht ausgeprägt und es bestünden keine grossen funktionellen Beeinträchtigungen, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussten. Die vorhandenen Einschränkungen könnten mit gezielter Kräftigung der stabilisierenden Muskulatur verbessert werden (S. 1 Ziff. 2). Auch die psychischen Beschwerden seien nicht schwerwiegend, gemäss dem psychiatrischen Gutachter bestünden nur eine leichtgradige depressive Episode sowie ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sei der leichtgradigen depressiven Episode der invalidisierende Charakter abzusprechen und auch das organische Psychosyndrom habe keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer voll

arbeitsfähig (S. 2 Ziff. 3).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend (Urk. 7), durch die körperlichen und psychischen Symptome seiner ausgewiesenen, genetisch bestätigten Krankheit eines Ehler - Danlos -Syndroms sei er in seiner Arbeitsfähigkeit viel stärker eingeschränkt, als die Beschwerdegegnerin anerkannt habe (S. 1). Diese habe erklärt, die Kriterien des Ehler - Danlos -Syndroms, hypermobile Variante, seien nicht erfüllt. Eine der führenden Expertinnen dieser Krankheit habe bei ihm die Diagnose gestellt. Die Gutachter würden diese Krankheit nicht wirklich kennen. Alle Krankheitsbeschwerden zusammen führten zu einer ständigen, chronischen Arbeitsunfähigkeit von 50 % und somit zu einem Invaliditätsgrad von 50 % (S. 2).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Invaliditätsgrad und damit der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. 3. 3.1

In ihrem Bericht vom 14. Juli 2016 (Urk. 19) führten Dr. med. Y.____, Fachärztin für Neurologie, und Dr. phil. Z.____, Neuropsychologin, aus, die aktuelle verhaltensneurologisch-neuropsychologische Untersuchung zeige beim allseits präzise orientierten, insbesondere zu Beginn skeptisch und insgesamt zeitweise etwas kindlich wirkenden Beschwerdeführer mit leicht eingeschränkter Schwingungsfähigkeit und reduziertem Antrieb eine im Vordergrund stehende Einschränkung des Arbeitstempos, welche die weiteren kognitiven Befunde mitbedinge und akzentuiere (S. 2 f.). Es fänden sich insbesondere leichte bis mittelgradig eingeschränkte exekutive und attentionale Funktionen sowie damit assoziiert vermehrte Wiederholungen in unterschiedlichen Aufgaben. Hinzu kämen eine leichte modalitätsunspezifische Lernschwäche bei ansonsten unauffälliger Gedächtnisleistung, deutliche konstruktiv-planerische Schwierigkeiten sowie auf sprachlicher Ebene eine leichte Lese-, Schreib- sowie eine deutliche Rechenschwäche. Auf der Verhaltensebene seien zudem eine gewisse Unentschiedenheit sowie ein ausweichendes Antwortverhalten mit Vorbeiredetendenzen und Anosodiaphorie feststellbar. Aus neuropsychologischer Sicht sei aufgrund der beschriebenen Befunde, insbesondere aufgrund der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten sowie des reduzierten Arbeitstempos, aktuell nicht von einer auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbaren Arbeitsfähigkeit auszu gehen. Auch aus psychologischen Gründen sei jedoch eine kognitiv und körperlich leichte Tätigkeit in einem geschützten und wohlwollenden Rahmen und unter Berücksichtigung der kognitiven Einbußen des Beschwerdeführers (Lernunterstützung, genügend Zeit zur Ausführung der Aufgaben, kein Stress oder Druck, gut strukturiertes Arbeitsumfeld) empfehlenswert (S. 3). 3.2

In seinem Bericht vom 25. August 2016 nannte der Hausarzt Dr. med. A.____, Facharzt für Chirurgie, folgende Diagnosen (Urk. 14/14/1-5 Ziff. 1.1): - Frontallappensyndrom bei kognitiven sowie auf der Verhaltensebene bestehenden Störungen (Mikroangiopathie) - rezidivierendes costothorakales vertebrales Syndrom bei Läsion des Plexus brachialis links (Scapula alata)

Eine Arbeit im Gastgewerbe sei ausgeschlossen. Die somatischen Beschwerden am linken Arm würden das Tragen von Gewichten über 2 kg oder die Arbeit im langen Stehen stark vermindern (Ziff. 1.7). Die Scapula alata sei ein permanenter Zustand (Ziff. 1.8). Im bisherigen Beruf im Gastgewerbe könne nicht mit einer Wiederaufnahme gerechnet

werden, in einer angepassten Tätigkeit mit Sitzen und Stehen ohne Heben von Lasten sei eine teilweise Arbeitstätigkeit denkbar. Die Scapula alata und das Frontlappensyndrom seien beide organisch bedingte Läsionen und würden langfristig eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verursachen. Seines Erachtens könne der Beschwerdeführer einen halben Tag arbeiten (Ziff. 1.9). Eventuell sei eine Umschulung in Betracht zu ziehen (Ziff. 1.11; vgl. auch Bericht vom 19. September 2016, Urk. 14/28). 3.3

Vom 21. Juli bis 8. August 2016 war der Beschwerdeführer nach drei Aufenthalten im Jahre 2014 zum vierten Mal in der B.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 25. August 2016 nannten die Ärzte folgende Diagnosen (Urk. 14/120/11-13 S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa / Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F13.24) - psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.24) - Adipositas, BMI 30

Der Beschwerdeführer sei freiwillig und notfallmässig per Selbstzuweisung zur Krisenintervention nach beunruhigenden medizinischen Untersuchungen in die Klinik eingetreten (S. 1). Die Medikation mit Temazepam sei auf Lorazepam umgestellt, schrittweise reduziert und vor Austritt vollständig abgesetzt worden. Nach Beenden der Benzodiazepine habe er sich erstaunt gezeigt und sei positiv überrascht gewesen über die Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten. Nach ausreichender Stabilisierung sei er in die vorbestehenden Verhältnisse ausgetreten (S. 2). 3.4

Der Psychiater Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 31. August 2016 insbesondere folgende Diagnosen (Urk. 14/15 Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode unter Antidepressiva Medikation, in der Vergangenheit auch schwere depressive Episoden, zuletzt im Juli 2016 - alternativ oder gleichzeitig bestehend: organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma

Die Prognose sei sehr unklar (Ziff. 1.4). Die bisherige Tätigkeit als Rezeptionist sei vielleicht noch möglich, sicher jedoch nicht ganztags. Eine Bürotätigkeit, wenn möglich sitzend, auch mit Kundenkontakt, jedoch ohne Arbeiten, die besonders viel Ausdauer und Konzentration erforderten, und ohne Arbeiten unter Druck oder mit viel Stress, sei während zirka vier bis fünf Stunden pro Tag möglich (Ziff. 1.7). Unter Antidepressiva seien die Konzentration, Initiative und Antrieb besser. Es seien unbedingt Integrationsmassnahmen zu prüfen, es wäre wichtig zu wissen, wie belastbar der Beschwerdeführer wirklich sei (Ziff. 1.8). 3.5

Der Arzt der D.____ Klinik, Neurologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 18. Oktober 2016 (Urk. 14/115/35-36) im Wesentlichen eine chronische scapulo humerale Dysfunktion links mit leichter Scapula alata (S. 1). Er habe dem Beschwerdeführer nochmals mit Nachdruck erklärt, dass aus diagnostischem wie therapeutischem Ansatz eine intensive, physiotherapeutisch unterstützte Stabilisierung der Nacken-Schulterregion essentiell sei und dies eine wesentliche Verbesserung der gesamten Schmerzsymptomatik in dieser Region bewirken werde (S. 2). 3.6

In seinem Bericht vom 16. November 2016 nannte Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, folgende Diagnosen (Urk. 14/47 S. 1): - unspezifische halbseitige Wahrnehmungsstörung der gesamten linken Körperhälfte - Fehlhaltung des Kopfes - Verdacht auf Myopathie

Die gesamte Symptomatik sei etwas diffus geschildert und schwer zu fassen, allerdings zeige sich objektiv eine Fehllhaltung, die beginnend am Kopf die Schulterpartie erfasse. Differentialdiagnostisch kämen mehrere Fragen in Betracht. Eine Röntgendiagnostik der Halswirbelsäule sei daher angezeigt. Mit Sicherheit sei eine neurogene Schädigung oder eine Läsion des Plexus brachialis als Ursache der Beschwerden auszuschliessen (S. 2). 3.7

Nach einer MRI-Untersuchung der Wirbelsäule diagnostizierten die Ärzte des Orthopädiezentrums F. ___ in ihrem Bericht vom 15. September 2017 ein chronisches Thorakolumbalsyndrom ohne morphologisches Korrelat, eine Skoliose sowie eine Depression. Strukturelle Veränderungen seien ausgeschlossen, es handle sich um myofasziale Schmerzen (Urk. 14/115/23). 3.8

Im Oktober 2017 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch Ärzte des G. ___, G. ___, internistisch, neuropsychologisch, psychiatrisch sowie neurologisch untersucht. In ihrem Gutachten vom 25. Oktober 2017, welches gestützt auf die vorliegenden Akten und Berichte sowie eigene Untersuchungen erstellt wurde, nannten die Ärzte folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 14/88 S. 57 Ziff. V.1-5): - organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode - leichte neuropsychologische Funktionsstörung - angedeutete Scapula alata links bei Insuffizienz des Musculus serratus anterior links - Panvertebralgie und Brachialgie beidseits bei Skoliose der Wirbelsäule mit Schulterschiefstand links klinisch ohne Nachweis einer zervikalen oder lumbalen radikulären Läsion

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte sodann folgende (S. 57 Ziff. V.6-8): - episodische occipital betonte Kopfschmerzen vom Spannungstyp - schädlicher Gebrauch von Alkohol - Status nach schädlichem Gebrauch von Kokain

Insgesamt sei davon auszugehen, dass das organische Psychosyndrom sämtliche weiteren psychiatrischen Diagnosen begünstige. Des Weiteren wirkten sich alle psychiatrischen Diagnosen gegenseitig negativ aufeinander aus (S. 57 unten). Bezüglich der Arbeitsfähigkeit stellte der neurologische Gutachter aufgrund der Panvertebralgie bei Skoliose der Wirbelsäule sowie der Brachialgie mit leichter Scapula alata links eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit fest. Schwere körperliche Tätigkeiten oder Überkopftätigkeiten könnten dem Beschwerdeführer nicht zugemutet werden. Einfache körperliche und intermittierend mittelschwere körperliche Tätigkeiten sowie administrative und organisatorische Tätigkeiten seien jedoch ganztags zumutbar. Der psychiatrische Gutachter hielt den Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit vor allem aufgrund des organischen Psychosyndroms für deutlich eingeschränkt (S. 59). Der hohe Grad der Arbeitsunfähigkeit zeige sich auch im Mini-ICF-APP-Rating, in welchem deutliche Beeinträchtigungen bei Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit und familiären Beziehungen gefunden worden seien. In einer angepassten Tätigkeit mit möglichst wenig sozialen Kontakten sei theoretisch von einer höheren Arbeitsfähigkeit auszugehen, wobei sich das Anforderungsprofil eng an den Resultaten der neuropsychologischen Begutachtung zu orientieren habe. Aus neuropsychologischer Sicht würden die erhöhte Ablenkbarkeit, das unterdurchschnittliche verbale Arbeitsgedächtnis sowie die verminderte Spontaneität und die teilweise Verlangsamung gegen eine Tätigkeit mit kurzzeitig ändernden Anforderungen,

laufend wechselndem Kundenkontakt und mit zahlreichen äusseren Ablenkungen, wie dies als Rezeptionist der Fall sei, sprechen. Vom kognitiven Leistungsniveau her sei aber eine anderweitige Tätigkeit im Bereich Tourismus möglich, bei der die Fachkenntnisse genutzt werden könnten. Geeignet seien administrative Tätigkeiten im Hintergrund oder mit ausschliesslicher Eins-zu-Eins-Situation. Hierbei wäre rein neuropsychologisch eine leicht gradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Eine kognitiv weniger anspruchsvolle, angelernte Tätigkeit sei rein neuropsychologisch uneingeschränkt möglich (S. 60).

Gesamtmedizinisch sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer vor allem für Tätigkeiten mit erhöhten sozialen Kontakten wie bei den zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als Serviceangestellter oder Rezeptionist zu 100 % arbeitsunfähig zu beurteilen sei. Diese Arbeitsunfähigkeit müsse anamnestisch ab Januar 2016 angenommen werden. Eine adaptierte Tätigkeit, welche insbesondere die Einschränkungen aus neuropsychologischer Sicht berücksichtige, sei dem Beschwerdeführer vollschichtig zumutbar mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % (S. 61). Schwere körperliche Tätigkeiten oder Überkopftätigkeiten könnten ihm jedoch nicht mehr zugemutet werden (S. 62). 3.9

Vom 28. Oktober bis 2. November 2017 wurde der Beschwerdeführer zum fünften Mal stationär in der B.____ behandelt. Im Austrittsbericht vom 13. November 2017 nannten die Ärzte folgende Diagnosen (Urk. 14/115/24-26 S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.1) - psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa / Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F13.24) - psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.2)

Die Anamnese und der erhobene psychopathologische Befund mit formalgedanklicher Einengung auf die (vorerst) beendete Beziehung, einem niedergestimmten Affekt, vermindertem Antrieb sowie Schlaf- und Appetitstörungen, welche seit zirka zwei Monaten bestehen würden und vor einer Woche exazerbiert seien, würden für eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen der vorbekannten rezidivierenden depressiven Störung sprechen. Während des Aufenthaltes habe sich eine erneute Annäherung mit seiner Ex-Partnerin ergeben, worauf er in die alten Wohnverhältnisse ausgetreten sei (S. 3). Der Beschwerdeführer berichte, er suche sich aktuell eine Arbeit als Dolmetscher (S. 2). Es werde die Fortführung der etablierten Medikation sowie der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung empfohlen (S. 3). 3.10

Die Ärzte der Klinik H.____, Orthopädie, führten am 27. September 2018 aus, der Beschwerdeführer leide an einem chronischen thorakospondylogenen Schmerzsyndrom bei generalisierter Bandlaxizität. Bei Verdacht auf eine zugrundeliegende Bindegewebserkrankung sei eine rheumatologische Abklärung geplant (Urk. 14/115/6-7 S. 2). 3.11

In seinem Bericht vom 31. Oktober 2018 nannte Dr. A.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 14/115/1-5 Ziff. 1.1): - depressive Störung mit Ängsten, psychosomatisches Beschwerdebild, Zwangsstörung - chronisches rezidivierendes thorakospondylogenes und myofasziales Schmerzsyndrom bei: - thorakolumbalen Skoliose - Scapula alata links bei muskulärer Dysbalance nach Schädigung des Nervus

thoracicus longus 2007 - psychosoziale Diszotie (keine Arbeit, Scheidung, keine berufliche Ausbildung, schwache Sprachkenntnisse)

Das gesamte Beschwerdebild sei vorwiegend psychisch bedingt. Bei der somatischen Beeinträchtigung der linken Schulter handle es sich um einen stationären Befund (Ziff. 1.4). Aufgrund der Insuffizienz der Schultergürtelmuskulatur bestehe eine verminderte Belastbarkeit des linken Armes. Nicht zumutbar sei das Tragen von Gewichten über 10 kg, ideal sei eine vorwiegend sitzende Tätigkeit (Ziff. 1.7). Die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit sei vorwiegend abhängig vom psychischen Zustand unter Berücksichtigung der verminderten Belastbarkeit der linken Schulter beziehungsweise des linken Armes. Für eine sitzende Tätigkeit ohne Heben von Lasten (beispielsweise einfache Büroarbeit) sei der Beschwerdeführer einsatzfähig (Ziff. 1.9). 3.12

Dr. med. I.____, Fachärztin für Rheumatologie, Klinik J.____, Abteilung für Muskuloskeletale Gesundheit, Rheumatologie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 16. November 2018 (Urk. 25/2) ein generalisiertes artikuläres Hypermobilitäts-Syndrom, welches aufgrund der Befunde in die Störungen der artikulären Motorik des Typus hypermobiles Ehlers-Danlos-Syndrom (EDS) einzuordnen sei (S. 1). Der Beschwerdeführer klage seit dem Alter von 17 Jahren über multiple Symptome mit lokomotorischen, digestiven, respiratorischen und kognitiven Beschwerden, ohne dass bislang eine spezifische Diagnose gestellt worden sei. Aus Sicht des Bewegungsapparates sei an allen dysfunktionalen Gelenken propriozeptiv und stabilisierend zu arbeiten. Dazu müsse der Beschwerdeführer von einem Physiotherapeuten betreut werden und die Behandlung sei stufenweise anzugehen. Der Beschwerdeführer berichte, er absolviere bereits zweimal pro Woche eine halbe Stunde Krafttraining auf einem Fahrrad oder im Fitnessraum, wobei er aufgrund seiner Instabilitäts- und Propriozeptionsprobleme nicht fähig sei, seine Haltung zu korrigieren. In der aktuellen Situation seien daher diese Sitzungen nicht zielführend. Sie überlasse es dem behandelnden Arzt, eine propriozeptive und stabilisierende Physiotherapie mit Einwirkung auf die Fussgelenke, die Knie, das Becken, die Wirbelsäule, die Scapulae und die Ellbogen zu verschreiben. Für die Hände könne zusätzlich Ergotherapie angeboten werden. Sie habe dem Beschwerdeführer erklärt, dass nach durchschnittlich anderthalb Jahren geeigneter Betreuung eine Besserung eintrete. Er werde bis dahin auch den Höchststand seiner funktionellen Fähigkeiten erreicht haben (S. 2). 3.13

Dr. C.____ nannte in seinem Bericht vom 5. Januar 2019 folgende Diagnosen (Urk. 14/123 Ziff. 2.5): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode unter Medikation (ICD-10 F33.0), Erstdiagnose schwere depressive Episode im Juli 2011 - zwei alte Kontusionsherde im Gehirn bifrontal supraorbital (Zufallsbefund MRI 27. Juni 2016), wahrscheinlich als Folge des Mofa-Unfalls 1995 - Ehlers-Danlos-Syndrom, hypermobiler Typ

Die emotionalen depressiven Symptome seien nicht mehr so stark ausgeprägt wie in den Jahren 2011 und 2013. Der Beschwerdeführer leide weiterhin unter Konzentrationsstörungen, insbesondere, wenn längere Konzentration gefordert werde. Es bestünden ein verminderter Antrieb und Energie. Der Beschwerdeführer habe praktisch keine Ausdauer, eine geringe Belastbarkeit, mangelnde Flexibilität und eine schnelle Erschöpfbarkeit (Ziff. 2.2). Die Prognose sei sehr unklar. Die Arbeitseinsätze hätten zwischen zwei Tagen und zwei Monaten gedauert, jeweils bis zur Kündigung. Seit 2016 hätten keine Arbeits- oder Eingliederungsversuche mehr stattgefunden (Ziff. 2.7). In Anbetracht des bisherigen Verlaufes sei die Prognose wohl eher ungünstig (Ziff. 4.3). Die Zumutbarkeit einer angepassten Tätigkeit müsste konkret in einem Belastungstraining

geprüft werden (Ziff. 4.2). 3.14

In ihrem Bericht vom 31. Mai 2019 führten die Ärzte der Universität F.____, Institut für Medizinische Genetik, aus, der Beschwerdeführer habe sich mit dem Wunsch nach einer Abklärung seiner Bindegewebsschwäche vorgestellt, differentialdiagnostisch komme ein EDS in Frage. Dabei handle es sich um eine der häufigsten vererbten Bindegewebserkrankungen. Das EDS zeichne sich durch eine generalisierte Hypermobilität der Gelenke, atrophe Narbenbildung und eine Überdehnbarkeit der Haut aus. Die Wundheilung sei eingeschränkt. Zu den Komplikationen der Hypermobilität gehörten neben chronischen Schmerzen unter anderem Dislokationen der Schulter, Patella, der Finger und Hüfte. Weitere Anzeichen seien eine vermehrte Hämatombildung, Erschöpfbarkeit und Muskelkrämpfe. Für eine klare Diagnose mit Festlegung eines Therapie-/Überwachungsschemas sei eine molekulargenetische Diagnostik notwendig (Urk. 14/137/11-12 S. 2).

Mit Schreiben vom 12. September 2019 teilten die Ärzte mit, in der Zusammenfassung der Befunde sei es möglich, dass die im Mutations-Screening festgestellten Varianten kausal für die Symptomatik sein könnten. Aufgrund fehlender weiterer Evidenzen bleibe die Pathogenität dieser Varianten letztendlich aber unklar (Urk. 14/137/13-14 S. 2). 3.15

Nach zusätzlichen Untersuchungen erstatteten die Gutachter des G.____ am 6. November 2019 ihr Verlaufsgutachten und nannten dabei folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 14/138 S. 8 f. Ziff. 4.2.1-4): - leichte bis mässige Scapula alata links bei Insuffizienz des Musculus serratus anterior links - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0) - organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma (ICD-10 F07.2) - leichte bis mittelgradige neuropsychologische Funktionsstörung

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte sodann folgende (S. 9 Ziff. 4.2.5-9): - Hypermobilitäts-Syndrom bei Verdacht auf Ehlers-Danlos Syndrom (aktuell noch in Abklärung) - chronische unspezifische Rückenschmerzen - Status nach zwei oder drei Gichtanfällen, zuletzt November oder Dezember 2017 - Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung mit 13/18 positiven Fibromyalgie-Druckpunkten und 2/3 positiven Kontrollpunkten, nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend - episodische occipitale betonte Kopfschmerzen vom Spannungstyp

Aus rein rheumatologischer Sicht bestünden insofern funktionelle Beeinträchtigungen, als der Beschwerdeführer nicht konstant an gleicher Stelle stehen könne, was jedoch an der Rezeption eines Hotels gut zu vermeiden sei, und auch keine spezifischen Belastungen der Schultergelenke, speziell Überkopf, tolerieren könne. Auch ständige Haltefunktionen seien ungünstig. Ansonsten könnten aber aus rein rheumatologischer Sicht aufgrund der klinischen Untersuchungsbefunde keine relevanten Beeinträchtigungen genannt werden (S. 9 f. Ziff. 4.3). Beim Beschwerdeführer bestehe aus rheumatologischer Sicht insofern eine Inkonsistenz, als die von ihm beschriebene Unfähigkeit, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, aufgrund der klinischen Untersuchungsbefunde nicht nachvollziehbar sei. Auch die beschriebene generalisierte Schmerzproblematik an der linken Körperhälfte könne aufgrund der klinischen Untersuchungsbefunde nicht begründet werden. Es fänden sich keine relevanten Seitendifferenzen, weder in der Untersuchung der Beweglichkeit der Gelenke noch beispielsweise der Umfangmessungen der Extremitäten. Auch die Greifkraft bewege sich im Rahmen des Normalen (S. 10 f. Ziff. 4.6). Es sei davon auszugehen, dass

die beschriebenen Zeichen der Schmerzfehlerverarbeitung einen wesentlichen Anteil an dieser Inkonsistenz aufweisen würden. Während der fast zweistündigen Konsultation habe sich ein kooperativer und gesprächiger Beschwerdeführer gezeigt. Die geklagte Konzentrationsschwäche, Ermüdbarkeit und Energielosigkeit habe nicht nachvollzogen werden können. Ebenfalls habe neurologisch bis auf die linksseitig leicht bis mässige Scapula alata kein pathologischer Befund erhoben werden können. Hinweise für Inkonsistenzen hätten sich aus rein psychiatrischer Sicht nicht ergeben. Die Validität der neuropsychologischen Befunde sei insofern gegeben, als keine willentlich verminderte Anstrengungsbereitschaft vorliege. Es könne aber angenommen werden, dass das Leistungsniveau in den defizitären Aufmerksamkeitsfunktionen bei besserem Befinden höher wäre, entsprechend den im Oktober 2017 erbrachten Leistungen (S. 11). Im rheumatologischen Teil gutachten vom 26. August 2019 legte der rheumatologische Gutachter sodann dar, entscheidend sei nicht die allfällige Diagnosestellung eines EDS, sondern die klinisch zu bestätigende Hypermobilität respektive die entsprechenden funktionellen Auswirkungen (Urk. 14/136 S. 13 Mitte).

In der angestammten Tätigkeit als Rezeptionist bestehe sowohl aus rheumatologischer als auch aus neurologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Sowohl aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode, welche sich durch Grübeln, eine Reduktion des Antriebs und eine erhöhte Ermüdbarkeit auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, als auch aufgrund des organischen Psychosyndroms, welches sich durch eine generelle Leistungsmin derung und teilweise auftretende Reizbarkeit negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, müsse der Beschwerdeführer jedoch ab Januar 2016 zu 100 % als arbeitsunfähig beurteilt werden (S. 12 Ziff. 4.7).

Aus rheumatologischer Sicht sei die angestammte Tätigkeit an einer Hotelrezeption als angepasst anzusehen. Eine einfache körperliche Tätigkeit, intermittierend mittelschwer, sowie administrative und organisatorische Tätigkeiten könnten dem Beschwerdeführer aus rein neurologischer Sicht ganztags zugemutet werden. Aus rein psychiatrischer Sicht sei für eine Tätigkeit, bei welcher der Beschwerdeführer möglichst wenig soziale Kontakte unterhalten müsse und geregelte Arbeitszeiten habe, von einer lediglich 20%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Dies zeige sich auch im Mini-ICF-APP-Rating-Bogen, wo lediglich leichtgradige Beeinträchtigungen bei Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Durchhaltefähigkeit und der Selbstbehauptungsfähigkeit gefunden worden seien. Auch diese Arbeitsunfähigkeit müsse ab Januar 2016 angenommen werden. Insgesamt bestehe damit für eine ideal adaptierte Tätigkeit seit Januar 2016 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % (S. 13 Ziff. 4.8).

Aus dem psychiatrischen Teilgutachten vom 9. September 2019 ergibt sich sodann, dass der Beschwerdeführer selber ausführte, durch die intensive Therapie bei Dr. C. ___ habe er die Kindheitserlebnisse verarbeitet, er leide nicht mehr darunter. Er sei auch nicht mehr reizbar oder impulsiv, sondern leide lediglich noch unter den Symptomen des EDS (Urk. 14/143 S. 9 Mitte). Es sei jedoch nach wie vor davon auszugehen, dass die reduzierte Belastbarkeit, das reduzierte Leistungsvermögen, die Schlafstörungen und auch die Lernstörungen und die Reduktion der Konzentration durch ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma im Anschluss an den Motorradunfall im Jahre 1995 zu beurteilen seien. Die bei der letzten Begutachtung vorgelegene erhöhte Reizbarkeit bestehe aktuell nicht mehr. In der gängigen Literatur ergäben sich keine Erklärungen dafür, weshalb eine

Bindegewebserkrankung direkt psychiatrische Symptome verursachen könnte (S. 13 Mitte). Unmittelbar nach der letzten Begutachtung im Oktober 2017 sei der Beschwerdeführer während wenigen Tagen stationär in der Psychiatrischen Klinik B.____ hospitalisiert gewesen und es sei eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Im Verlaufsbericht von Dr. C.____ vom Januar 2019 sei dann lediglich eine leichtgradige depressive Episode attestiert worden. Insgesamt sei somit davon auszugehen, dass sich der psychiatrische Gesundheitszustand seit der letzten Begutachtung eher verbessert als verschlechtert habe. Der Beschwerdeführer gebe selbst an, die Kindheitserlebnisse würden nicht mehr im Vordergrund stehen und seien durch die ambulante psychotherapeutische Behandlung weitgehend verarbeitet (S. 13 f. Ziff. 7.2). Hinweise für Inkonsistenzen würden sich keine ergeben (S. 14 Ziff. 7.3).

Schon seit Jahren werde in den ärztlichen Berichten darauf hingewiesen, dass durch ein regelmässiges stabilisierendes Muskelaufbau-Programm ein günstiger Effekt auf die klinischen Befunde ausgeübt werden könne. Dennoch seien diese Therapiemassnahmen gemäss den Angaben des Beschwerdeführers nie durchgeführt worden. Aus gutachterlicher rheumatologischer Sicht wären regelmässige stabilisierende Übungen mit Muskelaufbau, die der Beschwerdeführer ohne Weiteres im Sinne eines Heimprogrammes zu Hause durchführen könne, wichtiger als die bisherigen passiven Therapiemassnahmen wie chiropraktische manipulative Therapien und myofasziale Behandlungen auch mit Kortison-Infiltrationen (S. 14 Ziff. 4.10). 3.16

Am 14. November 2019 führte die zuständige Kundenbetreuerin der Beschwerdegegnerin aus, aufgrund der depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradig, komme der Beschwerdeführer ins Grübeln, sei im Antrieb reduziert und erhöht ermüdbar. Eine leichtgradige depressive Störung sei grundsätzlich nicht erheblich und stelle somit keinen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden dar. Durch das organische Psychosyndrom, welches sich durch eine generelle Leistungsminderung und teilweise auftretende Reizbarkeit negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, sei hingegen ein relevanter Gesundheitsschaden vorhanden. Ebenso würden die somatischen Diagnosen dem Beschwerdeführer Ressourcen rauben (Urk. 14/149 S. 11). 3.17

Dr. med. univ. K.____, Fachärztin für Neurologie, nannte in ihrem Bericht vom 24. Januar 2020 folgende Diagnosen (Urk. 1/2 S. 1): - chronische paravertebrale, panvertebrale und infrascapulare Schmerzen im Zusammenhang mit Scapula alata links mit Muskelinsuffizienz des Musculus serratus anterior links - signifikante rechtskonvexe Skoliose und Atrophie des Musculus deltoideus links - leichte Atemprobleme bei Thoraxdeformierung - Verdacht auf Bindegewebkrankheit (EDS; DD: Marfan-Syndrom) - Depression, zurzeit in Therapie mit Venlaxin und Trittico - Verdacht auf Hypertonus

Als Nebendiagnosen nannte Dr. K.____ sodann eine leichte Adipositas sowie einen Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma im Alter von zehn Jahren nach Verkehrsunfall (S. 1). Das Hauptproblem des Beschwerdeführers bestehe aus einem konstanten infrascapulären Schmerz, der lumbal ausstrahle. Die Schmerzen stünden in Zusammenhang mit der Instabilität der ganzen Wirbelsäule, aber insbesondere der Brustwirbelsäule. Der Beschwerdeführer leide an chronischen nozizeptiven Schmerzen zusätzlich zur psychiatrischen Problematik, wodurch Konzentration und Belastbarkeit deutlich reduziert seien. Sie empfehle die Anerkennung einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit alleine aus schmerzmedizinischen Gründen (S. 2). 3.18

Am 7. April 2020 empfahl Dr. K.____ nach einer Reevaluierung des Beschwerdeführers und einer fluktuierenden Exazerbierung der Symptomatik eine Arbeitsunfähigkeit auf dem zweiten Arbeitsmarkt von 50 % (Urk. 11). 3.19

Nach einem Sturz am 15. Februar 2021, bei welchem sich der Beschwerdeführer eine dislozierte subkapitale Humerusfraktur links zugezogen hatte, wurde er am 16. Februar 2021 in der Klinik für Traumatologie des Spitals L.____ (L.____) operiert und konnte am 20. Februar 2021 mit reizlosen Wundverhältnissen und in subjektivem Wohlbefinden entlassen werden (Urk. 21). 3.20

Die restlichen bei den Akten liegenden Berichte (Urk. 25/3, Urk. 14/1/5-9, Urk. 14/14/12-30, Urk. 14/29, Urk. 14/83, Urk. 14/87/9-10, Urk. 14/90-92, Urk. 14/115/8-22, Urk. 14/115/33-34) enthalten keine für den vorliegenden Fall relevanten Angaben und insbesondere keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, sodass auf deren detaillierte Wiedergabe verzichtet werden kann. 4. 4.1

Für die Beurteilung des Leistungsanspruches ging die Beschwerdegegnerin insbesondere gestützt auf die Gutachten der G.____ davon aus, dass dem Beschwerdeführer zwar die bisherige Tätigkeit als Rezeptionist seit Januar 2016 nicht mehr zugemutet werden kann, er jedoch in einer körperlich leichten, intermittierend bis mittelschweren Tätigkeit mit möglichst wenig sozialen Kontakten, ohne schwere Arbeiten und ohne Überkopfarbeiten mit dem linken Arm, insbesondere in der Administration oder Organisation, in einem Pensum von 80 % arbeitsfähig ist (E. 2.1). 4.2

Das Gutachten der G.____ vom 25. Oktober 2017 (E. 3.8) mit dem Verlaufsgutachten vom 6. November 2019 (E. 3.15) erfüllt die praxisgemässen Kriterien vollumfänglich und ist nachvollziehbar und plausibel begründet, so dass darauf abgestellt werden kann. Soweit der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, die Gutachter hätten keine Kenntnis des bei ihm diagnostizierten EDS gehabt (E. 2.2), ist dem entgegen zu halten, dass der internistische Gutachter bestätigte, dass ihm das EDS sehr wohl bekannt sei (Urk. 14/140 S. 6 Ziff. 3.2).

Hinzu kommt, dass alleine gestützt auf eine Diagnose noch keine Arbeitsfähigkeit ausgewiesen ist. Ausschlaggebend sind vielmehr die funktionellen Auswirkungen einer Erkrankung. Aus den vorliegenden medizinischen Berichten ergeben sich aufgrund der Diagnose des EDS jedoch keine wesentlichen Einschränkungen. Selbst die Spezialistin der Klinik J.____ attestierte keine Arbeitsunfähigkeit. Sie hielt vielmehr fest, es sei propriozeptiv und stabilisierend an allen dysfunktionalen Gelenken zu arbeiten und empfahl eine entsprechende Physio- sowie allenfalls zusätzlich Ergotherapie (E. 3.12). Bereits früher äusserten sich mehrere Ärzte in demselben Sinn. So empfahl im Oktober 2016 der Arzt der D.____ Klinik dringend eine intensive, physiotherapeutisch unterstützte Stabilisierung der Nacken-Schulterregion (E. 3.5), und auch der Hausarzt Dr. A.____ hatte im Oktober 2018 auf die Insuffizienz der Schultergürtelmuskulatur hingewiesen (E. 3.11). Die Gutachter des G.____ hielten ebenfalls ausdrücklich fest, regelmässige stabilisierende Übungen mit Muskelaufbau seien wichtiger als die bisherigen passiven Therapiemassnahmen (E. 3.15). Demgegenüber konnten strukturelle Veränderungen ausgeschlossen werden (E. 3.6-7). 4.3

Auch hinsichtlich des psychiatrischen Gesundheitszustandes vermag die Beurteilung im G.____-Gutachten vollumfänglich zu überzeugen. Die Gutachter gingen davon aus, dass der Beschwerdeführer aufgrund der sich aus der depressiven Störung und dem organischen Psychosyndrom ergebenden funktionellen Einschränkungen in der bisherigen Tätigkeit als

Rezeptionist zwar vollständig arbeitsunfähig ist, ihm eine angepasste Tätigkeit mit möglichst wenig sozialen Kontakten jedoch im Umfang von 80 % zugemutet werden kann (E. 3.8, 3.15). Dieser Beurteilung stehen auch die Berichte der B.____ nicht entgegen, in welchen die Ärzte keine Arbeitsunfähigkeit attestiert hatten (E. 3.3, E. 3.9). Vielmehr hatten die Ärzte im Bericht vom 13. November 2017 festgehalten, der Beschwerdeführer suche sich aktuell eine Arbeit als Dolmetscher (E. 3.9). Auch der behandelnde Psychiater Dr. C.____ hatte bereits im August 2016, nach einer schweren depressiven Episode mit stationärem Aufenthalt im Juli 2016, lediglich eine leichte depressive Episode diagnostiziert und eine angepasste Bürotätigkeit ohne Arbeiten, die viel Ausdauer und Konzentration erforderten, und ohne Arbeiten unter Druck und Stress für während vier bis fünf Stunden pro Tag zumutbar gehalten (E. 3.4). Im Januar 2019 sodann machte Dr. C.____ keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit, sondern empfahl die Durchführung eines Belastbarkeitstrainings (E. 3.13). 4.4

Insgesamt erweist sich die Beurteilung durch die Gutachter des G.____ als überzeugend und nachvollziehbar, weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. 5. 5.1

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweislasternde versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) -

Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 5.2

Nach dem Gesagten ist im Folgenden zu prüfen, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Eine schlüssige Prüfung der massgebenden Standardindikatoren ist gestützt auf das Gutachten des G.____ möglich, weitere medizinische Abklärungen sind nicht erforderlich. 5.3 5.3.1

Im Rahmen der ersten Kategorie des «funktionellen Schweregrades» ergibt sich mit Bezug auf den ersten Indikator («Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome») aus dem psychiatrischen Teilgutachten, dass Anhaltspunkte für das Vorhandensein von Bewusstseins-, Orientierungs-, Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen weder geklagt noch festgestellt wurden. Im formalen Denken beschrieb der Beschwerdeführer Grübeln. Zwänge, Wahn, Sinnes täuschungen oder Ich-Störungen waren nicht vorhanden. Affektiv war der Beschwerdeführer nicht deprimiert, nicht affektlabil und normal schwingungsfähig. Schuldgefühle waren nicht vorhanden, jedoch bestanden Insuffizienzgefühle und Zukunftsängste. Der Antrieb war reduziert und es bestand eine erhöhte Ermüdbarkeit. Die Interessen waren jedoch normal ausgebildet. Der Beschwerdeführer war nicht suizidal und fremdaggressives Verhalten konnte nicht beobachtet werden. Teilweise fand ein sozialer Rückzug statt. Der Appetit war reduziert und es bestanden regelmässige Ein- und Durchschlafstörungen (Urk. 14/143 S. 10 Ziff. 4.3). Leichtgradige Beeinträchtigungen zeigten sich im Mini-ICF-APP-Rating bei Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen, Durchhaltefähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit (E. 3.15). Insgesamt sind damit die beim Beschwerdeführer bestehenden psychischen Beeinträchtigungen nur schwach ausgeprägt.

Zum zweiten Indikator («Behandlungserfolg oder -resistenz») ergibt sich aus dem Bericht des Psychiaters Dr. C.____ vom 31. August 2016, dass dieser den Beschwerdeführer seit Juli 2011 behandelt (Urk. 14/15 Ziff. 1.2). Der psychiatrische Gutachter sodann hielt fest, seit Juli 2019 finde zweimal wöchentlich eine Therapie statt. Seit diesem Zeitpunkt bestehe auch die Medikation mit Venlafaxin. Seit Jahren nehme der Beschwerdeführer zudem Trittico zur Nacht sowie seit sechs Wochen Zyprexa. Im Weiteren sei der Beschwerdeführer bereits fünfmal in der B.____ hospitalisiert gewesen, letztmals im Jahre 2017 (Urk. 14/143 S. 9 oben). Nachdem keine Angaben zu alternativen Behandlungsmethoden vorliegen, wurden damit noch nicht alle therapeutischen Massnahmen ausgeschöpft.

Als Komorbidität liegen insbesondere das EDS sowie die leichte bis mässige Scapula alata links bei Insuffizienz des Musculus serratus anterior links vor. Dies bezüglich ist jedoch darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer die ihm von verschiedenen Ärzten dringend empfohlene physiotherapeutisch unterstützte Stärkung der Muskulatur bislang nicht

durchgeführt hat (vgl. E. 3.5, E. 3.11-12). Ferner wiesen die Gutachter der G.____ in ihrem Gutachten vom Oktober 2017 darauf hin, dass das organische Psychosyndrom sämtliche weiteren psychiatrischen Diagnosen begünstigt und dass sich diese gegenseitig negativ aufeinander auswirken (E. 3.8). 5.3.2

Bezüglich Persönlichkeit ergeben sich sodann keine wesentlichen, einschränken den Faktoren. Es liegen auch keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung oder akzentuierte Persönlichkeitszüge vor. Dem Beschwerdeführer war denn auch bis zumindest 2015 eine angemessene persönliche, berufliche, soziale und familiäre Lebensbewährung möglich (Urk. 14/143 S. 6 ff.). 5.3.3

Betreffend den sozialen Kontext ist bekannt, dass der Beschwerdeführer alleine lebt, jedoch täglich mit seiner Mutter und einmal wöchentlich mit seinem Sohn telefoniert, welche beide in Italien leben. Zu seinen zwei jüngeren Geschwistern hat er einen guten Kontakt und trifft sich ab und zu mit ihnen. Die anderen beiden Geschwister sieht er hingegen nicht. Er hat einen alten Freund in Italien, mit welchem er zirka zweimal pro Woche telefoniert. Freundschaftliche Kontakte in der Schweiz unterhält er keine, auch eine partnerschaftliche Beziehung hat er seit der Trennung von seiner Freundin im Juli 2019 nicht mehr. In Vereinen ist er nicht aktiv und Hobbies hat er praktisch keine (Urk. 14/143 S. 7 f.).

Zum Tagesablauf führte der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung aus, er stehe zwischen sieben und neun Uhr morgens auf und schaue danach Dokumentationsfilme oder höre Musik. Häufig lege er sich tagsüber hin. Die diversen Therapietermine nehme er selbständig mit den öffentlichen Verkehrsmitteln wahr und kaufe bei Bedarf auf dem Heimweg noch ein. Nach dem Abendessen schaue er fern und gehe zwischen zehn Uhr und Mitternacht zu Bett, wobei aufgrund von Grübeln und Schmerzen regelmässig Ein- und Durchschlafstörungen bestünden. Den Haushalt erledige er selbständig (Urk. 14/143 S. 8).

Damit verfügt der Beschwerdeführer über wenig soziale Kontakte, tauscht sich jedoch häufig telefonisch mit Familienangehörigen und einem Freund aus. 5.4

Zu prüfen ist weiter die zweite Kategorie der Konsistenz. Bei der Umschreibung des sozialen Umfeldes im Rahmen des Indikators «gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» fällt auf, dass der Beschwerdeführer mit Ausnahme von Familienangehörigen und eines Freundes in Italien wenig soziale Kontakte hat. Hobbies übt er keine aus, hingegen schaut er Dokumentationen (vorstehend E. 5.3.3). Insgesamt lässt sich eine relativ gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen erheben.

Hinsichtlich des Gesichtspunktes des «behandlungs- und eingliederungsanmessen festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer seit 2011 in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung befindet und auch eine antidepressive Medikation erhält. Seit Juli 2019 findet die psychiatrische Therapie zweimal wöchentlich statt. Insgesamt bestehen damit hinsichtlich des psychiatrischen Gesundheitszustandes keine Zweifel am bestehenden Leidensdruck. 5.5

Zusammenfassend führt die Prüfung der einzelnen Indikatoren zum Schluss, dass trotz der nicht vollumfänglichen Ausschöpfung der möglichen Therapiemassnahmen auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wie sie sich aus dem psychiatrischen Teilgutachten des G.____ ergibt, abgestellt werden kann. Dementsprechend ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen

Tätigkeit als Rezeptionist nicht mehr arbeitsfähig ist, ihm jedoch seit Januar 2016 eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 80 % zugemutet werden kann. 6.

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 aus geglichener 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).

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. Ausnahmen 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 Entlöhnung 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).

Der Beschwerdeführer absolvierte in Italien eine Ausbildung im Hotelgewerbe (Urk. 14/5 Ziff. 5.3). In der Schweiz war er bei verschiedenen Arbeitgebern beschäftigt, wobei die Anstellungen in der Regel nur kurze Zeit dauerten (vgl. Urk. 14/113). Zuletzt war er als Night Audit im Hotel M. tätig, wobei ihm nach gut einem Monat aufgrund nicht ausreichender Qualifikation und fehlendem Lerninteresse gekündigt wurde (Urk. 14/22 Ziff. 2.1-2). Nachdem er damit die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Gesundheitszustand nicht mehr ausübt, ist das Valideneinkommen gestützt auf die LSE zu berechnen.

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). Für die Berechnung des Valideneinkommens ist daher vom standardisierten Durchschnittslohn im Bereich Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie auszugehen. Nachdem sich der Beschwerdeführer am 18. August 2016 bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug anmeldete, ist der frühestmögliche Rentenbeginn auf Februar 2017 festzusetzen (Art. 29 Abs. 1 IVG). Der mittlere Lohn für Männer, die praktische Tätigkeiten ausführen, belief sich im Jahre 2016 auf monatlich Fr. 4'307.-- (LSE 2016, Tabelle TA1, Ziff. 55-56, Niveau 2), mithin Fr. 51'684.-- im Jahr (Fr. 4'307.-- x 12). Unter Berücksichtigung einer wöchentlichen Arbeitszeit von 42.5 Wochenstunden (betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 55-56; www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit, detaillierte Daten) sowie der Nominallohnerhöhung (Schweizerischer Lohnindex insgesamt [1939 = 100], Männer, Stand 2016: 2'239, Stand 2017: 2'249; www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Löhne/Erwerbseinkommen, detaillierte Daten, Lohnentwicklung) ergibt dies für das Jahr 2017 ein Valideneinkommen von rund Fr. 55'160.-- (Fr. 51'684.-- : 40 x 42.5 : 2'239 x 2'249).

E. 6.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1).

Nachdem der Beschwerdeführer aktuell nicht erwerbstätig ist, eine Bürotätigkeit im Bereich Tourismus jedoch als angepasste Tätigkeit gilt (E. 3.8), ist auch für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf die Tabellenlöhne abzustellen, weshalb sich das Invalideneinkommen bei einer Restarbeitsfähigkeit von 80 % (vgl. vorstehend E. 5.5) auf Fr. 44'128.-- beläuft (Fr. 55'160.-- x 0.8; vgl. vorstehend E. 6.2).

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 pflichtgemässen 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) .

Die Beschwerdegegnerin nahm keinen Abzug vom Tabellenlohn vor, nachdem im Belastungsprofil alle Einschränkungen berücksichtigt seien (Urk. 14/148 S. 2). Tatsächlich sind die psychischen Beeinträchtigungen bei Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Durchhaltefähigkeit und der Selbstbehauptungsfähigkeit im reduzierten Pensum bereits berücksichtigt (E. 3.15). Vorliegend führt auch der Ausschluss von schweren Arbeiten und Überkopfarbeiten zu keinem Abzug, zumal davon auszugehen ist, dass der angewandte Tabellenlohn im Bereich Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie auch genügend leichte und mittel schwere Tätigkeiten einschliesst (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_507/2020 vom 29. Oktober 2020 E. 3.3.3.2 zum Kompetenzniveau 1). Mit Blick darauf, dass bei einem Beschäftigungsgrad von 80 % der monatliche Bruttolohn von Männern sowohl ohne Kaderfunktion als auch im untersten Kader gar höher liegt als bei einem Vollzeitpensum, rechtfertigt sich auch kein Abzug wegen Teilzeitbeschäftigung (Urteil des Bundesgerichts 8C_561/2018 vom 4. März 2019 E. 4.3.1). Ein zusätzlicher, leidensbedingter Abzug ist damit nicht gerechtfertigt. Im Übrigen würde selbst ein – vorliegend nicht angebrachter – Abzug vom Tabellenlohn von 10 % zu keinem rentenbegründenden Invaliditätsgrad führen (vgl. E. 6.5).

E. 6.5

Bei einem Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 44'128.-- (vorstehend E. 6.3) sowie einem Valideneinkommen von Fr. 55'160.-- (vorstehend E. 6.2) ergibt sich eine Einkommenseinbusse von Fr. 11'032.--, was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad 20 % entspricht.

Damit erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 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 .

Nachdem der Beschwerdeführer von der Gemeinde unterstützt wird (vgl. Urk. 29), sind vorliegend die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gemäss

§ 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt. Die dem Beschwerdeführer auferlegten Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden demzufolge einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen. Das Gericht beschliesst: Dem Beschwerdeführer wird die unentgeltliche Prozessführung gewährt. und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

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

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

E. 8

ATSG) sind.

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

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