

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00395 vom 25. Mai 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-05-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00395

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00395 du 25 mai 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00395 del 25 maggio 2022

Erwägungen

E. 1

7. Oktober 2013 (Eingang) meldete sich der Versicherte

unter Hinweis auf vorerwähnten Unfall sowie auf einen Unfall im Jahr 2005 (Sturz mit Fahrrad , AC Gelenksluxation Tossy II rechts, Urk. 7/88/ 186, 248)

erstmals bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/18). Die IV-Stelle tätigte daraufhin berufliche (Urk. 7/31, 33, 43) und medizinische Abklärungen (Urk. 7/32, 37, 45) und zog insbesondere die Akten der Unfallversicherung bei (Urk. 7/24, 39, 47, 50). Am 10. Februar 2014 erteilte sie dem Versicherten Kostengutsprache für Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Ausbildungskurses (« A.____ Masterlehrgang » , Urk. 7 /29, 30) , welchen der Versicherte vom 24. bis 28. Februar 2014 besuchte (Urk. 7 /57/2) . Im Rahmen der inter institutionellen Zusammenarbeit (IIZ) zusammen mit dem Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) Zürich Eggbühlstrasse sowie der Unfallversicherung (vgl. Integrationsplan des IIZ-Netzwerks des Kantons Zürich, Urk. 7/60) gewährte die IV-Stelle dem Versicherten sodann ab dem 24. November 2014 (vgl. Verlaufsprotokoll Eingliederungsberatung, Urk. 7/63)

Arbeitsvermittlung. Nachdem der Versicherte eine Teilzeitstelle als Koch im Restaurant B.____ in C.____ gefunden hatte, wurde die Arbeitsvermittlung mit Mitteilung vom 17. Mai 2016 auf Wunsch des Versicherten abgeschlossen (Urk. 7/62) . Mit Verfügung vom 19. August 2016 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten ab (Invaliditätsgrad 6 %; Urk. 7/69). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind

vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

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. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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. 1.4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

3 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.

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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 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 festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hierauf zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (Urteil des Bundesgerichts 9C_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf

BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.5

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle

Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

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

E. 1.7

).

7.

Zusammengefasst ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers im Ergebnis zu Recht verneint hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 8.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie 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 zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecher Claude Lengyel - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je eines Doppels der Urk. 10 und 11/1-4 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Doppelt 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 Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin VogelR. Müller

E. 2

Dagegen liess der Versicherte am 10. Juni 2021 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung der IV-Stelle sei aufzuheben, seine Arbeitsfähigkeit auf 0 % festzulegen und ihm sei eine ganze Rente ab 1. April 2017 ausbezahlt zu werden. Zudem sei ein polydisziplinäres Obergutachten einzuholen und ihm hierauf das rechtliche Gehör zu gewähren (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss mit Beschwerdeantwort vom 12. August 2021 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 16. August 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Mit Eingabe vom 11. Januar 2022 liess der Beschwerdeführer seine Beschwerde unter Beilage von vier weiteren Arztberichten (Urk. 11/1-4) ergänzen (Urk. 10).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid damit, dass dem Beschwerdeführer gemäss den durchgeführten medizinischen Abklärungen zwar die angestammte Tätigkeit als Koch nicht mehr möglich sei. Allerdings sei ihm eine angepasste Tätigkeit wie beispielsweise als Kontrolleur von Reinigungspersonal in einem 80 %-Pensum zumutbar. In einer solchen Tätigkeit sei es ihm möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer rügte demgegenüber zunächst eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, da die Beschwerdegegnerin seinen Einwand gegen den Vorbescheid überhaupt nicht gewürdigt habe. Weiter lässt er im Wesentlichen den Standpunkt vertreten, auf das Gutachten des E. ___ könne nicht abgestellt werden, da dieses nicht nachvollziehbar und willkürlich sei. So sei seinen Beschwerden in beiden Armen nicht genügend Rechnung getragen worden. Dasselbe gelte auch für seine Schlaflosigkeit, welche zu Antriebslosigkeit und Depression führe. Unberücksichtigt geblieben seien sodann auch seine Rückenbeschwerden.

Überdies seien sowohl der internistische Gutachter als auch die orthopädische Gutachterin befangen. Unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände sei er in jeglichen Tätigkeiten arbeitsunfähig, was seine behandelnden Ärzte auch bestätigen würden (Urk. 1).

3.

Vorab zu prüfen ist die Rüge des Beschwerdeführers, wonach die IV-Stelle das rechtliche Gehör verletzt haben soll (vgl. vorstehend E. 2.2). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die IV-Stelle nach Eingang des Einwands des Beschwerdeführers das Dossier ihrer Regionalärztlichen Dienst zur Stellungnahme vorlegte (Urk. 7/160/2-3) und sich in der Verfügung vom 11. Mai 2021 mit den vom Beschwerdeführer erhobenen Einwänden auseinandersetzte. So führte sie aus, dass der Beschwerdeführer mit seinem Einwand keine neuen medizinischen Tatsachen hervorgebracht habe, sondern lediglich die subjektive Sicht des Rechtsvertreters zur medizinischen Situation des Beschwerdeführers wiedergebe, wes halb sie – gestützt auf die von ihr getätigten medizinischen Abklärungen – an ihrem Entscheid festhalte (Urk. 2). Vor diesem Hintergrund ist nicht ersichtlich, inwiefern sich die IV-Stelle bloss ungenügend mit den vorgebrachten Einwänden auseinandergesetzt und

demzufolge das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt haben sollte, zumal sie die Vorbringen offensichtlich gehört, geprüft und in der Entscheidungsfindung berücksichtigt hat. Im Rahmen der Begründungspflicht ist es denn auch nicht erforderlich, dass sich die Behörde mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken, so dass sich der Betroffene über die Tragweite des Entscheides Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann (vgl. dazu BGE 136 I 229 E. 5.2; 134 I 83 E. 4.1). Dies war dem Beschwerdeführer offensichtlich möglich. 4 . 4 .1

Der Verfügung vom 19. August 2016 lagen in medizinischer Hinsicht insbesondere folgende Berichte zugrunde: 4 .1.1

Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Chirurgie sowie für Allgemein chirurgie und Traumatologie, nannte in seinem Bericht vom 19. Februar 2014 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/32/6): - Rotatorenmanschettenläsion rechts traumatisch vom 18.08.2005 mit/bei: - Status nach AC-Luxation II 2005 konservativ therapiert - Supraspinatus I-Läsion Goutallier -Stadium 0 - Articularseitige Partialläsion Infraspinatus

Goutallier -Stadium 0 - Tendinitis calcarea

Infraspinatus

kleinvolumig - Verdacht auf pathologische, lange Bicepssehne - Subacromiales

Impingement, leicht symptomatische AC-Gelenksarthrose - Traumatische Rotatorenmanschettenläsion Schulter links vom 24.03.2013 mit/bei: - Partialruptur lange Bicepssehne, SLAP-Grad III bis IV - PASTA-Läsion, evtl. Oberrandläsion Subscapularis - Leichtes, subacromiales

Impingement, leichtgradige AC-Gelenksarthrose - Status nach traumatischer distaler Bicepssehnenruptur links vom 24.03.2013 mit/bei: - Postoperativer Hypästhesie über dem ventralen Unterarm und Thenar links, regredient - Status nach offener Refixation distaler Biceps mit 2 Mitek-G2-Ankern am 30.04.2013 - Status nach Oberarm- CombiCast und Physiotherapie - ad Physiotherapie Schulter rechts Der Versicherte habe sich am 26. März 2013 notfallmässig im Spital Z.____ auf der Notfallpraxis vorgestellt und angegeben, dass ihm vor zwei Tagen bei der Arbeit eine schwere Maschine abgerutscht sei, wobei es plötzlich einen Knall im Arm gegeben habe. Er habe sofort keine Kraft mehr gehabt. Dann sei der Oberarm angeschwollen und er habe Schmerzen im Ober- und Unterarm bekommen. Zufolge Dr. F.____

wurde daraufhin die linke Schulter konservativ therapiert und die distale Bicepssehnenruptur offen operiert. Im weiteren Verlauf habe der Versicherte Schulterbeschwerden rechts angegeben. Dies nach einem Velounfall im Jahr 2005. Damals sei lediglich eine AC-Luxation diagnostiziert worden. Bei der letzten Kontrolle Ende 2013 habe der Versicherte starke Schmerzen an der rechten Schulter, regrediente Schmerzen an der linken Schulter und keine Beschwerden am linken Ellenbogen angegeben. Zum Befund am Ellenbogen links hielt Dr. F.____ folgendes fest: ROM vollumfänglich. Flexions- und Supinationskraft voll. Kraftentwicklung im Medianus voll. Volle Kraft in der Daumenflexion des Endgliedes. Zum Befund an der rechten Schulter führte er sodann folgendes aus: ROM vollumfänglich bis auf die Innenrotation 1, welche bis L3 geht.

Aussenrotation 1 Kraft 4, Jobe -Test 3, Belly

p ress -Test knapp 5. Schmerzhaftes r Untersuch. Körperliche Einschränkungen bestünden an der rechten und der linken Schulter, kaum mehr am linken Ellenbogen. Geistige psychische Einschränkungen bestünden nicht. Der Versicherte sei für seinen Controlling-Job

von Reinigungsmitarbeitern zu 100 % arbeitsfähig. Für schwere Arbeiten , insbesondere Überkopfarbeiten, sei er auf längere Sicht vollumfänglich arbeitsunfähig (Urk. 7/32/6 f.). 4 .1.2

Im Mai 2014 führte Dr. D. ___ in seiner Stellungnahme aus, die von Dr. F. ___ genannte vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit als Koch ab dem 26. März 2013 bis auf weiteres sei nachvollziehbar. Dasselbe gelte für die befristete vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit vom 25. März bis 18. August 2013 als Controller von Reini gungsmitarbeitern . Das Belastungsprofil des Versicherten formulierte er wie folgt: Alle körperlich leichten Tätigkeiten ohne Überkopfarbeit, ohne Steigen auf Leitern und Gerüste und ohne Heben/Tragen von Lasten über 5 kg höher als Brusthöhe (Urk. 7/65/4). Gestützt darauf ermittelte die Beschwerdegegnerin einen Invaliditätsgrad von 6 % (Urk. 7/64). 4 .2

4 .2.1

Im Rahmen der vorliegenden Neuanmeldung wurde am 23. April 2020 ein polydisziplinäres Gutachten durch das E. ___ erstattet. Die Gutachter stellten darin folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/146/8): - Bewegungsunabhängige Schmerzen Schulter rechts bei - Status nach Motorradsturz 18.08.2005 mit AC-Luxation Tossy II rechts, primär konservativ therapiert - Posttraumatische AC-Gelenksarthrose - Supraspinatussehnenläsion , proximale lange Bicepssehnenläsion 2013 - Status nach Infiltrationen mit Steroiden subacromial 2017 - Propioni

acnes -Infektion 2017 mit Gentamicin und Rimactan für drei Monate behandelt - Schulterarthroskopie rechts, Rotatorenmanschettenrekonstruktion (S upraspinatussehne , Bicepsstenodese) Acromioplastik und AC Resektion Schulter rechts am 18.11.2017 - Traumatische Rotatorenmanschettenläsion Schulter links am 24.03.2013 Partialruptur lange Bicepssehne , SLAP-Läsion, Pasta-Läsion (Supra spi natus) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode (vorwiegend dysphorisch -agitierte Depression) (F33.1)

Daneben stellten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfä higkeit (Urk. 7/146/9): - Traumatische distale Bicepssehnenruptur links am 24.03.2013 mit offener Refixation distaler Biceps mit Mitek G2-Ankern links am 30.04.2013 - Chronisch-rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom - Arterielle Hypertonie, gemäss Akten - Hämorrhoidalleiden, gemäss Akten 4 .2.2

Von internistischer Seite lägen keine pathologischen Befunde vor. Gemäss Akten berichte die Hausärztin von einer arteriellen Hypertonie und von einem Hämorrhoidal leiden. Eine antihypertensive Therapie werde nicht durchgeführt. Die aktuell gemessenen Blutdruckwerte seien an der oberen Grenze. Aufgrund der Anamnese und der Aktenlage bestünden keine Hinweise auf manifeste hypertensive Organschäden. Auch bezüglich des Hämorrhoidalleidens bestünden aktuell keine manifesten Probleme. Aus internistischer Sicht bestehe in allen Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/146/36 f.) . 4 .2.3

Aus orthopädischer Sicht leide der Versicherte gemäss Aktenlage an der Folge eines Sturzes mit dem Motorrad am 18. August 2005 auf die rechte Schulter. Dabei habe er sich eine AC-Luxation rechts Typ Tossy II zugezogen, die konservativ behandelt worden sei. In der Folge sei es zu einer AC-Gelenksarthrose gekommen und zu Beschwerden auch von Seiten einer Supraspinatusläsion und einer Bicepssehnenproblematik rechts, sodass eine subacromiale Infiltration im Bereich der rechten Schulter mit Steroid durchgeführt worden sei. Anlässlich dieser Infiltration sei es zu einem Infekt mit Propionibacterium

acnes gekommen. Wegen persistierender Beschwerden sei es dann am 8. November 2017 eine Rotatorenmanschettennaht und eine AC-Resektion rechts vorgenommen worden. In den Gewebeproben sei ein Propionibacterium

acnes gefunden worden, sodass fast drei Monate Antibiotika verabreicht werden müssen. Die postoperative Rehabilitation habe sich so erheblich verzögert. Die Schmerzen sowie die Beweglichkeitseinschränkung seien geblieben. Bis zum jetzigen Zeitpunkt sei keine schmerzfreie Schulter zu sehen. Auch die Belastbarkeit sei nicht gegeben und die Beweglichkeit sei erheblich eingeschränkt. Abduktion und Flexion seien lediglich bis 60° möglich. Tragen und Heben von Lasten sei im Bereich der rechten Schulter körperfern überhaupt nicht möglich. Von Seiten der linken Schulter liege ein Unfall vom 24. März 2013 vor. Damals sei dem Versicherten eine Maschine aus der Hand gerutscht und diese habe er mit dem linken Arm abfangen wollen. Es sei zu einer distalen Bicepssehnenruptur links sowie zu einer SLAP-Läsion, einer Supraspinatussehnenläsion und einer Subscapularisruptur links gekommen. Die distale Bicepssehne links sei am 30. April 2013 operiert worden. Der peri- und postoperative Verlauf habe sich soweit regelrecht gestaltet. Es habe passager eine Sensibilitätsstörung im Bereich des linken Vorderarmes dokumentiert werden können. Die Beweglichkeit und Belastbarkeit des linken Ellbogens seien aber inzwischen wieder zurückgekehrt. Die Schulterbeschwerden links seien geblieben, vor allem mit einer eingeschränkten Kraft und Schmerzen beim Liegen auf der linken Schulter in der Nacht. Eine Operationsindikation sei eigentlich gegeben. Von einer Operation an der linken Schulter möchte sich der Versicherte aufgrund des schlechten Verlaufs bei der rechten Schulter aber distanzieren (Urk. 7/146/46 f.). Aus orthopädischer Sicht sei eine schwere körperliche Arbeit mit der rechten Schulter mit repetitiver Arbeit über Kopf nicht möglich. Dasselbe gelte für das Tragen und Heben von Lasten über 10 kg. Demgegenüber seien alle körperlich leichten Tätigkeiten ohne Überkopparbeit, ohne Steigen auf Leitern oder Gerüste, ohne Heben und Tragen von Lasten von mehr als 5-10 kg über Brusthöhe zumutbar. Von Seiten der linken Schulter gelte das gleiche Profil. Dies gelte ab einem Jahr nach der Operation der rechten Schulter, demnach ab November 2018 (Urk. 7/146/47 f.). 4.2.4

Gemäss psychiatrischem Gutachten berichtete der Versicherte zu seinem affektiven Befinden, dass er sich häufig nervös, innerlich angespannt, manchmal auch aggressiv und agitiert fühle. Er habe grösste Mühe zu akzeptieren, was ihm einerseits widerfahren sei und andererseits, dass man hier keine therapeutischen Optionen mehr erkennen könne. An laviert-depressiven Symptomen werde ein gestörter Schlaf geklagt. Auch der Appetit sei sehr mässig. Er fühle sich lustlos und habe seine Interessen verloren. Er habe sich auch stark zurückgezogen. Ausser spazieren und gelegentlich in warme Bäder gehen, habe er keine Hobbys mehr. Objektiv sei der Versicherte so, wie er sich schildere. Er sei agitiert, nervös, angespannt, deutlich dysphorisch, mit klarer Ursache des Umstandes, dass es für ihn keine therapeutischen Optionen mehr gebe, dass man ihm nicht helfen könne,

dass er diesem Schicksal ausgeliefert, ohnmächtig und hilflos sei. Damit, dass bei einem Prozent an Komplikationen bei diesem Schultereingriff ausgerechnet er solche erleide, könne er sich nicht abfinden. Während des Gespräches sei er zwischendurch auch weinerlich und bekomme Tränen in den Augen, dann sei er wieder eher dysphorisch, angespannt und agitiert. Die formalen Gedankengänge seien in sich kohärent und logisch. Es fänden sich keine Hinweise auf eine Psychose oder eine Konfabulation. Beim inhaltlichen Denken zeige sich eine deutliche Angst vor weiteren Krankheiten, einer Verschlimmerung seiner Schulterproblematik, aber auch eine Angst vor dem Tod. Sonstige inhaltliche Denkstörungen, Ich- oder Wahrnehmungsstörungen seien nicht vorhanden. Phobien seien nicht nachweisbar. Im Bereich der kognitiven Leistungsfähigkeit würden gelegentliche Konzentrationsstörungen geklagt, sonst aber würden subjektiv die Gedächtnisleistung und die Orientierungsfähigkeit als gut eingestuft. Objektiv sei der Versicherte auch örtlich, zeitlich und autopsychisch voll orientiert und bei klarem Bewusstsein. Erfragte Daten und Fakten würden ohne Probleme ephorisiert. Es fänden sich im klinisch-psychiatrischen Status keinerlei Hinweise auf das Vorliegen einer organisch bedingten kognitiven Leistungseinbusse oder einer organischen Persönlichkeitsstörung (Urk. 7/146/52 f.).

Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte aufgrund seiner dysphorisch-agitierten depressiven Symptomatik, die ein mittelgradiges Ausmass erreiche, in seiner Funktionalität insgesamt leicht eingeschränkt. Gemäss der operationalisierten Diagnostik depressiver Störungen nach ICD-10 bestehe eine depressive Grundstimmung, ein Verlust von Interessen und eine Freudlosigkeit. Damit seien mindestens zwei Hauptsymptome erfüllt. Weiter seien mehrere Nebensymptome vorhanden, wie Gefühle der Wertlosigkeit, eine ausgeprägte Agitiertheit mit negativen Zukunftsperspektiven, Schlafstörungen und ein Appetitverlust. Damit sei gemäss den genannten Kriterien von einer aktuell mittelgradigen depressiven Episode auszugehen. Aufgrund dieser agitierten Depression sei eine leichtgradige Einschränkung der Fähigkeiten zur Anpassung an Regeln und Routinen vorhanden und ebenso eine leichtgradige Einschränkung der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben. Auch im Bereich der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit bestehe eine leichte Einschränkung. Die fachlichen Kompetenzen könnten ohne weiteres angewendet werden. Auch das Urteils- und Entscheidungsvermögen sei nicht beeinträchtigt. Hingegen seien die Durchhaltefähigkeit und die Selbstbehauptungsfähigkeit infolge der depressiven Symptomatik mittelgradig eingeschränkt. Ebenso im mittleren Ausmass eingeschränkt sei die Kontaktfähigkeit zu Dritten und damit die Gruppen- und Teamfähigkeit. Die Fähigkeit zu innerfamiliären Beziehungen sei leicht eingeschränkt, ebenso die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten. Nicht eingeschränkt seien die Wegefähigkeit und die Selbstpflegefähigkeit. Insgesamt sei der Versicherte aus psychiatrischen Gründen in seiner bisherigen Tätigkeit leichtgradig eingeschränkt. Da sich die psychiatrische Symptomatik in allen denkbaren Tätigkeiten gleich auswirke, sei er auch in angepasster Tätigkeit leichtgradig eingeschränkt (Urk. 7/146/55). 4.2.5

Im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest, dass für die bisherige Tätigkeit als Koch aufgrund der Schulterproblematik von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Diese Tätigkeit beinhalte das Heben, Halten und Tragen von schweren Pfannen und Küchenmaterial. Es handle sich um eine eher hektische Tätigkeit, welche als schulterbelastend angesehen werden müsse. Auch psychiatrisch könne aufgrund der ausgeführten verminderten Funktionalität und psychischen Belastbarkeit eine

leichte Einschränkung für diese Tätigkeit angegeben werden.

Für körperlich leichte, die Schultergelenke nicht belastende Tätigkeiten sei demgegenüber seit November 2018 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit gegeben. Die leichte Einschränkung von 20 % ergebe sich aus rein psychiatrischen Gründen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe bei optimal körperlich adaptierten Tätigkeiten aktuell eine leichtgradige Einschränkung aufgrund der gegenwärtigen agitiert-depressiven Symptomatik. Hier sei allerdings eine Psychotherapie indiziert mit einer Hinführung des Versicherten auf die Bereitschaft, sich mit seinem Handicap abzufinden. Allerdings habe der Versicherte hier aus transkulturellen Gründen Schwierigkeiten einen solchen Schritt zu akzeptieren. In diesem Sinne seien aber die therapeutischen Massnahmen auf psychiatrischer Ebene nicht ausgeschöpft. Diese seien auch zumutbar und im wohlverstandenen Eigeninteresse des Versicherten (Urk. 7/146/ 8, 11).

5 .

5.1

Das polydisziplinäre Gutachten des E.____ vom 23. April 2020 erging in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den relevanten Vorakten (Urk. 7/146/15-30) und den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (Urk. 7/146/31 f, 41 f., 49 f.) sowie gestützt auf die umfassenden und sorgfältigen fachärztlichen Untersuchungen (Urk. 7/146/35 f., 43-45, 52 f.). Die medizinischen Überlegungen sowie die daraus gezogenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und detailliert begründet (Urk. 7/146/9-11, 36 f., 46-48, 54 f.). Mithin erfüllt das Gutachten die an eine beweiskräftige ärztliche Beurteilung gestellten Anforderungen (E. 1.5) vollumfänglich. Dass der Neuanmeldung veränderte Befunde zugrunde lagen, wird von den Parteien zu recht nicht in Frage gestellt. 5.2

Soweit der Beschwerdeführer gegen die Beweiskraft des Gutachtens vorbringt, die Gutachter hätten den von ihm geklagten Beschwerden in beiden Armen ungenügend Rechnung getragen (vgl. E.

2.2), vermag er damit nicht durchzudringen. So befasste sich die orthopädische Gutachterin in ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung sowohl hinsichtlich der rechten als auch der linken Schulter ausführlich mit der Aktenlage sowie mit den anlässlich der Untersuchung erhobenen Befunden (vgl.

E. 4.2.3). Insbesondere stellte sie erhebliche Einschränkungen der Belastbarkeit sowie der Beweglichkeit der rechten Schulter fest und kam gestützt darauf zum nachvollziehbaren Schluss, das körperferne Tragen und das Heben von Lasten mit dem rechten Arm seien nicht möglich. In Bezug auf den linken Arm seien zwar die Beweglichkeit und Belastbarkeit im Ellenbogen inzwischen zurückgekehrt, demgegenüber seien die Schulterbeschwerden, vor allem mit eingeschränkter Kraft sowie Schmerzen beim Liegen auf der linken Schulter in der Nacht, geblieben (Urk. 7/146/46 f., E. 4.2.3). Die genannten Einschränkungen fanden denn auch Eingang in das Belastbarkeitsprofil respektive die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. So attestierten ihm die Gutachter aus orthopädischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für schulterbelastende Tätigkeiten (repetitive Überkopftätigkeiten, Hebe- und Tragelimit

für körpernahe Tätigkeiten bis zur Horizontale n 10 kg, über Schulterhöhe 5 kg; Urk. 7/146/8). In körperlich leichten, die Schultergelenke nicht belastenden Tätigkeiten sei er aus orthopädischer Sicht

demgegenüber vollumfänglich arbeitsfähig (Urk. 7/146/47 f.).

Diese Einschätzung überzeugt. 5.3

Daran vermögen auch die beschwerdeweise eingereichten medizinischen Berichte nichts zu ändern. Diesbezüglich ist zunächst festzuhalten, dass nach ständiger Rechtsprechung der Zeitraum bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens – vor liegend somit bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Mai 2021 – Bezugsgrösse für den entscheidungsrelevanten Sachverhalt ist. Spätere Arztberichte sind dann in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (Urteil des Bundesgerichts 9C_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 3.3). Die Berichte von Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 16. und 17. November 2021 (Urk. 11/3-4) beziehen sich ausschliesslich auf nach dem vorliegend massgebenden Beurteilungszeitraum durchgeführte Therapien und Konsultationen und lassen damit keine Rückschlüsse auf den im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebenen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu. Bereits deshalb sind sie nicht geeignet, die Einschätzung der Gutachter in Zweifel zu ziehen. Alsdann ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte und 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).

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 Gerichtsgutachten 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]). Derartige Aspekte vermochte der behandelnde

Chiropraktor Dr.

H.____

in seinem Bericht vom 8. Juni 2021 (Urk. 3/3) in Bezug auf die Schulterbeschwerden nicht zu benennen. Sein Vorwurf, es seien keine aktuellen bildgebenden Untersuchungsbefunde der Schulter erstellt worden, erweist sich sodann als aktenwidrig. So wurden am 11. März 2020 in der Radiologie des Spitals I.____ neue Röntgenaufnahmen der Schulter angefertigt und von der orthopädischen Gutachterin im Rahmen ihrer medizinischen Beurteilung berücksichtigt (Urk. 7/146/45). Damit vermag auch die Einschätzung von Dr. H.____ das von den Gutachtern formulierte Belastbarkeitsprofil und deren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht nicht in Frage zu stellen. 5.4

Dasselbe gilt auch in Bezug auf die nach Ansicht des Beschwerdeführers unberücksichtigt gebliebenen Rückenbeschwerden (vgl.

E.

2.2). Diesbezüglich ist zunächst festzuhalten, dass sich bei der orthopädischen Untersuchung hinsichtlich des Rückens ein weitgehend unauffälliger Befund ergab. So berichtete die orthopädische Gutachterin über einen Beckengeradstand sowie über eine im Lot stehende Wirbelsäule. Die Beweglichkeit der Halswirbel-, Brustwirbel- sowie Lendenwirbelsäule sei nicht wirklich eingeschränkt. Es bestehe etwas Druckdolenz paravertebral lumbal rechts. Der Finger-Boden-Abstand betrage 0

cm. Beim Wiederaufrichten von tieflumbal würden keine Schmerzen angegeben und es zeige sich keine wesentliche auslösbare Klopf- und Druckdolenz. Zudem zeige sich keine Druckdolenz über dem ISG. Das Trendelenburg-Zeichen sei beidseits negativ. Der Einbeinstand sowie der Zehen- und Fersengang seien beidseits gut möglich (Urk. 7/146/43)

Hinweise auf funktionelle Einschränkungen im Bereich der Wirbelsäule bestanden somit nicht. Einen anderen

Schluss lassen auch die nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung ergangenen Berichte von Dr. H.____ vom 8. Juni 2021 (Urk. 3/3) sowie von Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Radiologie, vom 3. Juni 2021 (Urk. 3/4 = Urk. 11/1) nicht zu. So ist in Bezug auf die darin aufgeführten Befunde und Diagnosen hinsichtlich der Hals- und Lendenwirbelsäule darauf hinzuweisen, dass grundsätzlich keine Korrelation zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit besteht. Vielmehr ergibt sich letztere aus den vorhandenen – objektivierten oder plausibilisierten – Funktionseinschränkungen (Urteil des Bundesgerichts 9C_474/2017 vom 4. Oktober 2017 E. 4.1). Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass auch bei Diagnosen betreffend den Rücken häufig keine Korrelation zur Arbeitsunfähigkeit besteht und selbst eine bildgebend ausgewiesene Protrusion nicht ausreichender Beweis für eine Arbeitsunfähigkeit ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_57/2015 vom 19. Mai 2015 E. 4.3). Angesichts dieser Ausführungen erschliesst sich nicht, inwiefern die von den Behandlern genannten Befunde ohne erhebliche Pathologien (minimale Protrusion, keine Recessus- oder foraminale Stenose, minimale entzündliche Endplattenreaktion, kein Zeichen der Aktivierung, mögliche foraminale Bedrängung der rechten C7-Wurzel) eine weitergehende Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit als durch die Gutachter attestiert resultieren sollte.

Ebenso wenig lässt der Bericht von Dr. J.____ vom 3. August 2021 auf eine höhere Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers schliessen, zumal auch die darin genannte Diagnose hinsichtlich des rechten Ellbogens (Urk. 11/2) keinen Rückschluss auf eine im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsvorganges eingeschränkte funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. 5.5

Wenn der Beschwerdeführer sodann geltend macht, seine Schlaflosigkeit und die damit verbundene Antriebslosigkeit und Depression seien bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt worden, verkennt er, dass der psychiatrische Gutachter unter anderem basierend darauf

eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, diagnostizierte (vgl. E. 4.2.4). Unter Berücksichtigung von Konsistenz und Plausibilität (Urk. 7/146/54) und in Würdigung der Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen des Beschwerdeführers (Urk. 7/146/55) begründete er sodann nachvollziehbar, weshalb und in welchem Ausmass

(20 %, vgl. E. 4 .2.5) der Beschwerdeführer in seinem funktionellen Leistungsvermögen eingeschränkt ist . Damit trug er auch den Anforderungen in Bezug auf das strukturierte Beweisverfahren (BGE 141 V 281) hinreichend Rechnung , weshalb kein Anlass dafür besteht, von seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzuweichen .

5 .6

Schliesslich ist auch der vom Beschwerdeführer erhobene Vorwurf der Befangenheit der Gutachter unbegründet . Zu den Aufgaben des Gutachters gehört es nicht nur, den Befund anhand der Klinik zu überprüfen, sondern auch dessen Auswirkungen bei der Untersuchung und im Alltag substantiiert darzulegen. Dazu gehören insbesondere ebenfalls Angaben zum beobachteten Verhalten, Feststellungen über die Konsistenz der gemachten Angaben wie auch Hinweise, die zur Annahme von Aggravation führen könnten (Urteil des Bundesgerichts 8C_390/2017 vom 9. November 2017 E. 4.1 mit Hinweisen). Vor diesem Hintergrund ist nicht ersichtlich, welche konkreten Passagen im internistischen und orthopädischen Gutachten aus objektiven Gründen den Anschein der Voreingenommenheit zu begründen vermöchten . In den vom Beschwerdeführer konkret bezeichneten Textpassagen gaben die Gutachter jedenfalls lediglich ihre anlässlich der Untersuchung gemachten Beobachtungen wieder (Urk. 1 S. 30-32). In Bezug auf die vom Beschwerdeführer bemängelte Verwendung des Konjunktivs (Urk. 1 S. 29 und 31) ist sodann darauf hinzuweisen, dass die indirekte Rede bei der Wiedergabe von Angaben der Versicherten sowie aus den Akten üblich ist.

Was der Beschwerdeführer über das Vorgenannte hinaus vortragen lässt, vermag ebenso wenig Zweifel am Gutachten zu begründen, genügt es jedenfalls nicht, bloss die eigene Einschätzung anstelle derjenigen der Gutachter zu setzen. 5 .7

Nach dem Gesagten sind keine Gründe ersichtlich, welche an der Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens des E.____ vom 23. April 2020 zweifeln liessen, weshalb vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Von weiteren Abklärungen – insbesondere dem beantragten polydisziplinären Obergutachten (Urk. 1 S. 2) – ist kein entscheiderelevanten Aufschluss zu erwarten. Entsprechend ist im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung davon abzusehen (BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 157 E. 1d).

Demnach ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Koch vollumfänglich arbeitsunfähig ist. In einer körperlich leichten, die Schultergelenke nicht belastenden Tätigkeit ist er demgegenüber ab November 2018 zu 80 % arbeitsfähig . 6 . 6 .1

Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 6 .2 6 .2.1

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 gegen übergestellt 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). 6.2.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens 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 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

6.2.3

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). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl.

BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn

55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

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). 6.3.1

Der Beschwerdeführer war, obwohl nach dem Unfallereignis vom März 2013 für die Tätigkeit als Koch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres attestiert worden war (Urk. 7/53/1, 63/1), ab 2015 bis zum operativen Eingriff im November 2017 (Urk. 7/146/32 f.) wieder als Koch beziehungsweise seinen Angaben zufolge als Küchenchef (Urk. 7/141/1) im Restaurant B.____, in C.____, tätig. Demgegenüber gab er die seitens der medizinischen Fachkräfte als angepasst erachtete über weite Strecken als

Zwischenverdienst während der Arbeitslosigkeit ausgeübte

Tätigkeit (Urk. 7/32/6 f. und Urk. 7/146/7 f.) als Objektchef bei der Y.____ AG bereits per Ende April 2016 aus eigenem Antrieb auf (Urk. 7/63/5 , vgl. auch Urk. 7/60/1, wonach der Beschwerdeführer bereit war, beim Finden einer Vollzeitstelle die Beschäftigung in der Reinigung aufzugeben). Es ist deshalb davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer auch im Gesundheitsfalle weiterhin vollzeitlich

als Koch tätig wäre. Aller dings ist darauf hinzuweisen, dass der vom Beschwerdeführer zuletzt

erzielte Verdienst im Restaurant B.____ je nach Arbeitsanfall schwankte (Urk. 7/63/5, Urk. 7/65/5 ; vgl. auch IK-Auszug [Urk. 7/83/3] , wonach für Mai bis Dezember 2015 ein Betrag von rund Fr. 13'500.-- und für das Jahr 2016 ein Betrag von rund Fr. 34'400.-- abgerechnet wurden) , weshalb das Valideneinkommen nicht verlässlich anhand der tatsächlich erzielten Einkünfte festgesetzt werden kann. Ebenso wenig rechtfertigt es sich, auf das vor dem Unfallereignis im März 2013 erzielte Einkommen abzustellen, war diese Beschäftigung doch per Dezember 2012 gekündigt (Urk. 7/31). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind daher statistische Werte wie die LSE heranzuziehen, sofern dabei die für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren mitberücksichtigt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_276/2021 vom 2. November 2021, E. 4.2). Obwohl der Beschwerdeführer nicht über einen anerkannten Abschluss als Koch verfügt (Urk. 7/141),

ist aufgrund seiner mehrjährigen beruflichen Erfahrung zu seinen Gunsten auf das standardisierte monatliche Einkommen für männliche Arbeitskräfte (LSE 2018, Tabelle TA1) im Bereich Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie (Ziffer 55-56) im Kompetenzniveau 2 von Fr. 4'334.-- abzustellen. Aufgerechnet auf ein Jahreseinkommen sowie unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2018 von 42.4 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik [BFS], Tabelle T 03.02.03.01.04.01, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Sektor Beherbergung und Gastronomie, I 55/56), ergibt sich ein Valideneinkommen von gerundet Fr. 55'128.-- (Fr. 4'334. -- x

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

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).

E. 12

: 40 x 41.7 x 0.8).

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 49) sind vorliegend keine Umstände ersichtlich, welche einen Abzug vom Tabellenlohn zu rechtfertigen vermögen. Rechtsprechungsgemäss ist der Umstand allein, dass nur noch leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_507/2020 vom 29. Oktober 2020 E. 3.3.3.2 mit Hinweisen). Wenn – wie vorliegend – von einer Tätigkeit im Kompetenzniveau 1 ausgegangen wird, rechtfertigen die fehlende berufliche Ausbildung und die gegebenen Sprachkenntnisse ebenfalls keinen Tabellenlohnabzug (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_151/2020 vom 15. Juli 2020 E. 6.3.4 mit Hinweis). Im Übrigen werden Hilfsarbeiten auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt (BGE 146 16 E. 7.2.1 mit Hinweisen).

6.4

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 55'128.--

und einem Invalideneinkommen von Fr. 54'213.-- ergibt sich eine Einkommenseinbusse von Fr. 915.-- und damit ein

rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 2 % (Fr. 915.-- :

Fr. 55'128.-- x 100 =

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