



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 18. Oktober 2018 (720 18 193 / 281)

Invalidenversicherung

Neuanmeldung zum Rentenbezug. Die glaubhaft gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustands wirkt sich gestützt auf ein bidisziplinäres Gutachten nicht rentenbe gründend aus

_____ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Elisabeth Berger
Götz, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin i.V. Martina
Somogyi

_____ Parteien A._____, Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen,
Beschwerdegegnerin

_____ Betreff IV-Rente

A.1 Der 1966 geborene A._____ arbeitete von 1989 bis 2004 als Kellner. Am 16. Dezember 2003 meldete er sich zum ersten Mal bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an, wobei die IV-Stelle Bern (IV-Stelle BE) einen Rentenanspruch unter Hinweis auf einen 12%-igen Invaliditätsgrad ablehnte. Am 4. Januar 2013 meldete sich der Versicherte zum zweiten Mal bei der IV an und machte geltend, dass er an Depressionen, Rücken-,

Schulter- und Nackenschmerzen leide. Gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. C.____, FMH Rheumatologie, resp. deren interdisziplinäre Beurteilung vom 18. Dezember 2013, wonach in einer angepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, lehnte die IV-Stelle BE einen Rentenanspruch mit Verfügung vom 25. Februar 2014 ein weiteres Mal ab.

A.2 Am 5. April 2016 meldete sich A.____ ein drittes Mal, nun bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle BL), unter Hinweis auf Schulter- und Rückenschmerzen sowie psychische Probleme, Kopf- und Hüftschmerzen zum Leistungsbezug an. Nachdem die IV-Stelle BL die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse abgeklärt hatte, namentlich nach Einholung eines weiteren bidisziplinären psychiatrisch-rheumatologischen Gutachtens von Dr. med. D.____, FMH Rheumatologie, und Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, welches am 16. August 2017 resp. 16. September 2017 erstattet wurde, lehnte sie nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens einen Rentenanspruch von A.____ mit Verfügung vom 14. Mai 2018 in Anwendung der allgemeinen Bemessungsmethode aufgrund eines Invaliditätsgrades von 0 % ab.

B. Hiergegen erhob A.____ am 6. Juni 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, die Verfügung der IV-Stelle BL vom 14. Mai 2018 sei vollumfänglich aufzuheben und ihm sei ab 7. April 2016 mindestens eine unbefristete halbe Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei über seinen Gesundheitszustand ein Obergutachten zu erstellen und gestützt auf dieses neu zu verfügen. Subeventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit der Anweisung, gestützt auf ein psychosomatisches Gutachten neu zu verfügen. Subsubeventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit der Anweisung, gestützt auf ein pharmakologisches Gutachten neu zu verfügen. Ausserdem sei ihm für das vorliegende Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren; alles unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, dass sich die angefochtene Verfügung einzig auf das bidisziplinäre Gutachten abstütze, welches seine geklagten gesundheitlichen Beschwerden nicht berücksichtige. Insbesondere seien die Berichte seiner behandelnden Ärzte, welche ihn zu 100 % krankschreiben würden, nicht gewürdigt worden. Ausserdem habe die IV-Stelle BL zu Unrecht keine Parallelisierung vorgenommen.

C. Mit Verfügung vom 27. Juni 2018 bewilligte das Kantonsgericht die beantragte unentgeltliche Prozessführung.

D. Die IV-Stelle BL schloss mit Vernehmlassung vom 20. Juli 2018 auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden

Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, so dass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde des Versicherten vom 6. Juni 2018 ist demnach einzutreten.

2. Zwischen den Parteien ist umstritten, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt wurde und ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

3.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzte nach bisheriger Rechtsprechung bei leicht- bis mittelgradig depressiven Störungen eine Therapieresistenz voraus (BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis auf Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2013, 9C_667/2013, E. 4.3.2). Diese Praxis änderte das Bundesgericht mit BGE 143 V 409 und 143 V 418 dahingehend, dass auch leichte bis mittelschwere Depressionen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nach einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 geprüft werden müssen. Dieses Vorgehen, das für somatoforme Leiden entwickelt wurde, definiert systematisierte Indikatoren, die – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren 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 E. 4.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektiver Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2). Dementsprechend kommt

dem bisherigen Kriterium der Therapieresistenz als Voraussetzung für eine IV-Rente bei leichten bis mittelschweren Depressionen nicht mehr die gleiche Bedeutung zu. Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8).

3.4 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

3.5 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 136 E. 2a und b).

3.6 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung arbeitsunfähig ist.

3.7 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen).

3.8 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation

einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.9.1 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen):

3.9.2 So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

3.9.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2017, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

3.10 Schliesslich bleibt darauf hinzuweisen, dass das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht sind (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

4.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. 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 (vgl. dazu BGE 133 V 108 E. 5.2)

Die Beschwerdegegnerin trat auf das Gesuch des Beschwerdeführers ein, nachdem Dr. med. F.____, FMH Allgemeinmedizin, Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes beider Basel (RAD), mit Stellungnahme vom 8. November 2016 festgehalten hatte, dass in der Zwischenzeit ein operativer Eingriff erfolgt sei.

4.2 Stellt die Verwaltung 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 hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 122 V 108, 130 V 71 E. 3.2.3).

Vorliegend ist demnach die Entwicklung in der Zeit zwischen der Verfügung vom 25. Februar 2014 und der angefochtenen Verfügung vom 14. Mai 2018 zu vergleichen.

5.1 Für die Beurteilung des vorliegenden Falls sind die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

5.2 Die IV-Stelle BE stützte ihre Verfügung vom 25. Februar 2014 auf das bidisziplinäre Gutachten des Rheumatologen Dr. C.____ vom 13. November 2013 und des Psychiaters Dr. B.____ vom 16. Dezember 2013. Aus psychiatrischer Sicht wurden damals keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine somatoforme Schmerzstörung und eine rezidivierende depressive Störung mit leichtgradigen Episoden diagnostiziert. Der Rheumatologe attestierte ein chronifiziertes zervikales, cerviko-linksspondylogenes Schmerzsyndrom, eine chronifizierte linksseitige Periarthropathia humeroscapularis, ein chronifiziertes lumbovertebrales, lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, rechtsseitige Schulterschmerzen seit zwei bis drei Jahren, ein seit vielen Jahren bestehender, chronischer Schwindel, eine doppelseitige Tarsalgie, chronische, linksseitige Unterbauch- und Leistenschmerzen sowie eine Präkordialgie. In der angestammten Tätigkeit als Kellner bestehe eine leichtgradige Leistungsminderung von 20 %. In einer entsprechenden Tä-

tigkeit als selbständig Erwerbender liege keine Leistungseinbusse vor. Nach interdisziplinärer Beurteilung vom 18. Dezember 2013 sei auf die rheumatologische Einschätzung abzustellen, wonach bei einer Anstellung im Service von einer 20%-igen Arbeitsunfähigkeit und in angepassten Tätigkeiten von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen sei.

5.3 Nach der Neuanmeldung am 5. April 2016 diagnostizierte Dr. med. G.____, FMH Innere Medizin und PSY/FMH Delegierte Psychotherapie, mit Bericht vom 10. Mai 2016 einen Status nach HWS-Distorsionstrauma 1998, Status nach Autounfall 1998, chronische Cervikobrachialgie links > rechts, chronische Kopf- und Spannungsschmerzen, PHS calcarea links mit Tendinitis calcarea und AC-Gelenksarthrose, Schulteroperation links am 30. Januar 2014, einen Verdacht auf PHS rechts, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, eine Müdigkeit und eine Leistungsintoleranz multifaktorieller Aetiologie, einen Diabetes mellitus Typ II, eine arterielle Hypertonie und schliesslich eine chronische Depression mittelschweren Grades. Aus gesamtmedizinischer Sicht bestehe aktuell auch in einer Verweistätigkeit keine Arbeitsfähigkeit.

5.4 Mit Arztbericht vom 28. Juli 2016 bescheinigte Dr. med. H.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten vom 28. Juli 2016 bis 30. September 2016 aufgrund einer Schulteroperation am 28. Juli 2016.

5.5 Dr. med. I.____, FMH Neurologie, diagnostizierte am 4. Oktober 2016 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein beidseitiges, radikuläres Reizsyndrom C7/8, ein Lumbovertebralsyndrom und eine beidseitige Schulteroperation. Schwindelbeschwerden würden weiter abgeklärt. Zudem bestehe ein Verdacht auf eine vertebro-basiläre Durchblutungsstörung. Seit 2014 bestehe für seinen Patienten deshalb eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Mit Arztbericht vom 24. Oktober 2016 hielt Dr. I.____ zusätzlich als Diagnose einen N. medianus 10/2016 (anamnestisch zeitweise Blockierung der kleinen Fingergelenke rechts, Faustschluss nicht möglich), einen N. ulnaris rechts 10/2016 (leichte motorische Ulnaris-Neuropathie über dem Sulcus, sensibel keine Verlangsamung feststellbar), einen Verdacht auf ein chronic fatigue Syndrom (bei einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit fühle sich der Patient abends derart müde und erschöpft als hätte er während Stunden ohne Unterbruch gearbeitet), einen Vitamin D-Mangel, einen Verdacht auf Arthrose im Bereich des Os piriformis beidseitig 10/2016, einen Verdacht auf Coxarthrose rechts, einen Verdacht auf eine Gonarthrose rechts sowie einen Tic in Form von Gesichtszucken (keine psychiatrische, sondern eine neurologische Diagnose) fest. Am 30. Januar 2017 bestätigte Dr. I.____ die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 1. Februar 2014. Für eine leidensangepasste Tätigkeit sei vorauszusetzen, dass es sich um eine wechselbelastende Tätigkeit handelt, bei der nicht über 2-3 kg, teilweise 5 kg, gehoben oder getragen werden müsse. Treppensteigen sei aufgrund der rechten Hüfte und des rechten Knies schlecht möglich. Eine Beeinträchtigung bestehe zudem bei der Abduktion der rechten oberen Extremität über ca. 90° resp. bei der linken über 110° oder wenn die rechte Hand über die Stirnhöhle gehoben werde. Die Anforderungen an leidensangepasste Tätigkeiten bestünden seit dem Unfall im Jahre 1998.

5.6 Am 18. April 2017 diagnostizierte Dr. G.____ mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach HWS-Distorsionstrauma 1998, Status nach Autounfall 1998, Cervikobrachial-

algie links > rechts mit beidseitigem radikulärem Reizsyndrom C7/8, eine somatoforme Schmerzstörung, ein Lumbovertebralsyndrom, chronische Oberbauchschmerzen unklarer Aetiologie, DD: chronische Gastritis, Status nach HP-Eradikation, Status nach biliärer Pankreatitis 07/16, chronische Kopfschmerzen, Diabetes mellitus Typ II, einen chronischen Schwindel unklarer Aetiologie, eine Prostatahyperplasie, eine arterielle Hypertonie, eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode (F33.1), einen Status nach Supraspinatussehnenruptur artikularseitig sowie Tendinitis calcanea, Bursitis subdeltoidea und subacromiale Enge rechts, Schulterarthroskopie, Dekompression, Bursektomie, Kalkentfernung, sowie Naht der Supraspinatussehne rechts 28. Juli 2016 und schliesslich eine chronische Müdigkeit und eine Leistungsintoleranz multifaktorieller Aetiologie, DD: Polypharmazie. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit attestierte Dr. G.____ eine Penicillin-Allergie, ein Leberhämangiom und eine erektile Dysfunktion. Aufgrund der physischen und psychischen Beschwerden bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten. Falls eine Stabilisierung und eine leichte Verbesserung der psychischen Beschwerden erreicht werden könne, sei eine körperlich leichte und wechselhafte Tätigkeit (Möglichkeit von Entspannungsübungen und bedarfsweisem Unterbrechen der Arbeit) zu einem Pensum von zwei bis drei Stunden pro Tag möglich.

5.7.1 In der Folge beauftragte die Beschwerdegegnerin am 25. April 2017 Dr. E.____ und Dr. D.____ mit der Erstellung eines bidisziplinären Gutachtens.

5.7.2 Dr. E.____ hielt in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 16. September 2017 fest, dass aus psychiatrischer Sicht keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert werden könne. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit attestierte er eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F 33.00). Anlässlich der Untersuchung vom 9. August 2017 lasse sich ein Schmerzsyndrom mit andauernden Schmerzen im Bereiche der cervicalen und lumbalen Wirbelsäule sowie beider Schultern nachweisen. Zu einem späteren Zeitpunkt der Anamneseerhebung würde der Explorand berichten, dass er in allen Gelenken Schmerzen verspüre. Laut Angaben des Versicherten würden die Schmerzen seit der Heckauffahrkollision im März 1998 bestehen. Er habe deshalb zweimal an der linken und einmal an der rechten Schulter operiert werden müssen. Aus psychiatrischer Sicht sei diesbezüglich festzuhalten, dass sich eine Belastung nachweisen lasse. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne jedoch nicht mehr gestellt werden. Der Explorand gebe zwar eine erhebliche andauernde Schmerzintensität in einer VAS-Skala zwischen 5 bis 9 an, nehme aber trotzdem, abgesehen von Lyrica, keine Schmerzmittel regelmässig ein. Lediglich bei sehr starken Schmerzen würde er Dafalgan zu sich nehmen. Der Gutachter verweist bei seiner Einschätzung auch darauf, dass der Explorand während der Untersuchung nicht den Eindruck hinterlassen habe, unter andauernden schweren und quälenden Schmerzen zu leiden. Mimik und Gestik würden zu keinem Zeitpunkt ein Schmerzerleben andeuten. Zudem könne sich der Versicherte auch ohne äusserlich sichtbare Behinderung bewegen. Damit sei es im Vergleich zu den Befunden des psychiatrischen Gutachtens von Dr. B.____ zu einer deutlichen Verbesserung gekommen.

5.7.3 Dr. D.____ diagnostizierte in seinem rheumatologischen Teilgutachten vom 16. August 2017 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit neu eine persistierende Frozen Shoulder (Capsulitis adhaesiva) rechts bei Status nach Schultergelenksarthroskopie rechts, Dekompression, Bursektomie, Kalkentfernung sowie Naht der Supraspinatussehne am 28. Juli 2016 bei Supraspinatussehnenruptur artikulärseitig sowie Tendinitis calcarea, Bursitis subdeltoidea und subakrominaler Enge. Wie zuvor Dr. C.____ am 13. November 2013, attestierte auch Dr. D.____ persistierende periarthropathische Schulterbeschwerden links seit dem Autounfall am 13. März 1998, ein chronisches Cervikalsyndrom bei Osteochondrosen und Spondylosen der unteren HWS sowie radiologische Zeichen einer diffusen idiopathischen skelettalen Hyperostose (DISH) gemäss Röntgenbildern der HWS vom 5. April 2016 und schliesslich ein chronisches Lumbovertebralsyndrom seit dem Autounfall am 13. März 1998. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden festgehalten: persistierende Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung mit variablen Bewegungsausmassen im Vergleich zwischen den klinischen Untersuchungsbefunden und den Spontanbewegungen, 3/5 positiven Waddell-Zeichen und pseudo-neurologischen sensiblen Ausfällen, nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend, eine beidseitige Chondropathia patellae, eine muskuläre Dysbalance am Schultergürtel (Trapezius beidseits, Pectoralis links) und am Beckengürtel (Knieflexoren beidseits) sowie Spreiz- und Plattfüsse. Dr. D.____ attestierte von Juli 2016 bis September 2016 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit aufgrund der Schulteroperation an der Rotatorenmanschette. Ab Oktober 2016 betrage die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Kellner 50 %. In einer Verweistätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit, die bezüglich der rechten Schulter unterhalb von 60° und ohne spezifische Belastung der HWS und der LWS ausgeübt werden könne, aus rein rheumatologischer Sicht 100 %, wobei aufgrund der chronischen Schmerzsituation im Rahmen der Schultersteife rechts eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 20 % attestiert werde, dies im Sinne eines etwas verlangsamten Arbeitstempos resp. eines leicht erhöhten Pausenbedarfs. Im Vergleich zur rheumatologischen Begutachtung vom 13. November 2013 sei es in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht zu einer relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes gekommen, indem am 28. Juli 2016 eine Operation an der rechten Schulter durchgeführt worden sei. Die durch die Operation hervorgerufene Frozen Shoulder habe zu einer relevanten Bewegungseinschränkung und damit zu einer Funktionsstörung der rechten Schulter sowie zu einer persistierenden Schmerzsymptomatik geführt. Aufgrund der schmerzhaften Einschränkung der Beweglichkeit an der rechten Schulter bestehe aus rein rheumatologischer Sicht im Vergleich zum rheumatologischen Vorgutachten vom 13. November 2013 eine höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die ursprüngliche Tätigkeit in der Gastronomie. Die Differenz falle jedoch insofern nicht ausgeprägt aus, als z.B. keine trophischen Veränderungen an den Armen vorliegen würden. Die Umfangmessungen hätten die gleichen physiologischen Unterschiede bestätigt, wie sie im rheumatologischen Vorgutachten vom 13. November 2013 dokumentiert worden seien. Auch unter Berücksichtigung der klinischen Befunde würden sich keine wesentlichen Unterschiede finden lassen. Insbesondere würden weiterhin Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung, die nicht im Rahmen der rheumatologischen Beurteilung berücksichtigt werden, persistieren. Die Schmerzfehlerverarbeitung sei nach wie vor dafür verantwortlich, dass eine erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiv wahrgenomme-

nen Beschwerden und Einschränkungen im Vergleich zu den objektiven Untersuchungsbefunden und auch den bildgebenden Abklärungsresultaten bestünden.

5.7.4 In der Konsensbesprechung vom 9. August 2017 zwischen Dr. D.____ und Dr. E.____ wurde festgehalten, dass die rheumatologische Beurteilung als bidisziplinäre Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit übernommen werden könne, da aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt würde.

5.8 Dr. F.____ zitierte in seiner Stellungnahme vom 2. Oktober 2017 die aus rheumatologischer Sicht von Dr. D.____ attestierte 100%-ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit seit Oktober 2016. Ohne eine entsprechende Begründung abzugeben, liess er dabei die vom Gutachter vorgenommene 20%-ige Einschränkung für einen erhöhten Pausenbedarf resp. ein verlangsamtes Arbeitstempo unberücksichtigt. Am 28. März 2018 führte der RAD-Arzt aus, dass auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. E.____ und D.____ vom 16. September 2017 resp. 16. August 2017 abgestellt werden könne.

6.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit, die bezüglich der rechten Schulter unterhalb von 60° und ohne spezifische Belastung der HWS und der LWS ausgeübt werde, im Umfang von 100 % zumutbar sei. Unberücksichtigt liess sie dabei – entsprechend der RAD-Stellungnahme vom 2. Oktober 2017 – die im bidisziplinären Gutachten vorgesehene 20%-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund erhöhten Pausenbedarfs resp. verlangsamten Arbeitstempos. In der Vernehmlassung vom 20. Juli 2018 führte sie aus, dass es hinsichtlich des Rentenanspruchs keine Rolle spiele, ob entsprechend der RAD-Stellungnahme vom 2. Oktober 2017 in einer Verweistätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werde oder ob gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. E.____ und D.____ eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit angenommen werde.

6.2 Wie in E. 3.3 hiavor ausgeführt, änderte das Bundesgericht mit BGE 143 V 409 und 143 V 418 seine Rechtsprechung bezüglich invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen dahingehend, dass bei leicht- bis mittelgradig depressiven Störungen dem Kriterium der Therapieresistenz weniger Bedeutung zukommt. Gemäss BGE 143 V 418 sind sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Nach altem Verfahrensstandard erstellte Gutachten behalten ihren Beweiswert, wenn sie eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben. Im vorliegenden Fall kann festgestellt werden, dass das psychiatrische Teilgutachten von Dr. E.____ vom 16. September 2017 trotz der bundesgerichtlichen Präzisierung zu den psychischen Leiden seine Beweiskraft behält. Die psychiatrischen Befunde umfassen eine Diagnosestellung mit überzeugender Begründung. So stützte Dr. E.____ seine Beurteilung unter anderem auf einen Mini-ICF-APP. Er stellte insbesondere die Schwere und das Ausmass des Krankheitsgeschehens fest. Bezüglich Komorbiditäten verwies er auf das rheumatologische Gutachten von Dr. D.____. Des Weiteren analysierte Dr. E.____ die Persönlichkeitsstruktur seines Exploranden. Er erläuterte den sozialen Kontext und eruierte somit Ressourcen anhand des sozialen

Umfelds. Mit Beschreibung des Tagesablaufs überprüfte er, ob gleichmässige Einschränkungen in allen Lebensbereichen gegeben sind. Damit entspricht das Gutachten von Dr. E.____ auch dem nach neuer Rechtsprechung geltenden strukturierten Beweisverfahren.

6.3 Das bidisziplinäre Gutachten vom 16. August 2017 resp. 16. September 2017 basiert auf eingehenden Beobachtungen und Untersuchungen. Beide Gutachter berichten nach Einsicht in die Akten und erörtern ihre Befunde in schlüssiger Weise. Sie beziehen Stellung zu den von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen und begründen allfällige Diskrepanzen. Dass die behandelnden Ärzte von einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit ausgingen, ist laut Dr. D.____ einerseits darauf zurückzuführen, dass sie diese mit Verdachtsdiagnosen begründeten. Andererseits würden ausführliche Angaben zu klinischen Befunden fehlen, weshalb er dazu keine Stellung nehmen könne. Die behandelnden Ärzte hätten zudem insbesondere die subjektiv wahrgenommenen Beschwerden im Rahmen der bekannten Schmerzfehlerverarbeitung bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Auch Dr. E.____ schliesst in seinem psychiatrischen Teilgutachten die von Dr. G.____ diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung aus. Er anerkenne zwar ein Schmerzsyndrom mit andauernden Schmerzen im Bereich der cervicalen und lumbalen Wirbelsäule sowie beider Schultern. Wenn der Beschwerdeführer aber geltend mache, seit dem Unfall im Jahr 1998 in allen Gelenken Schmerzen zu verspüren, so könne nicht nachvollzogen werden, wieso er abgesehen von Lyrica keine Schmerzmittel regelmässig einnehme. Zudem konnte Dr. E.____ während der Untersuchung kein Schmerzerleben anhand der Mimik und Gestik ablesen. Dass der Beschwerdeführer sich während der Untersuchung äusserlich ohne sichtbare Behinderung bewegt habe, spreche laut Dr. E.____ ebenfalls gegen ein tatsächliches Schmerzempfinden. Sowohl Dr. D.____ als auch Dr. E.____ legen überzeugend dar, weshalb die von den behandelnden Ärzten attestierte 100%-ige Arbeitsunfähigkeit nicht schlüssig erscheint. Darüber hinaus gilt es der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass die behandelnden Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. dazu E. 3.9.3 hier vor). Es sind von den behandelnden Ärzten keine Aspekte benannt worden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Damit liegen primär keine Indizien vor, die gegen die volle Beweiskraft des Gutachtens der Dres. E.____ und D.____ sprechen.

6.4 Der Beschwerdeführer moniert, dass seine geklagten Beschwerden im bidisziplinären Gutachten der Dres. E.____ und D.____ überhaupt nicht berücksichtigt worden seien. Dem Gutachten fehle eine medizinisch nachvollziehbare Erklärung für seine Müdigkeit und Kraftlosigkeit. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers wurden die von ihm geklagte Müdigkeit und die Konzentrationsstörung berücksichtigt. Allerdings konnten die Gutachter während der Untersuchung weder eine Reduktion der Konzentrationsfähigkeit noch eine Beeinträchtigung in der Aufmerksamkeit oder der Auffassung feststellen. Auch die Müdigkeit konnten sie nicht auf eine entsprechende Diagnose zurückführen (vgl. dazu psychiatrisches Teilgutachten vom 16. September 2017 S. 11 f.). Insgesamt sind damit keine Aspekte ersichtlich, welche die Beweiskraft des bidisziplinären Gutachtens der Dres. E.____ und D.____ vom 16. September 2017 resp. 16. August 2017 in Frage stellen.

6.5 Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch der Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu, so kann auf die vom Beschwerdeführer beantragte Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen verzichtet werden. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und – als Korrelat – die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen, 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 119 V 335 E. 3c in fine mit Hinweisen).

6.6 In der Folge gilt es zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades in der Zeit zwischen der Verfügung vom 25. Februar 2014 und der angefochtenen Verfügung vom 14. Mai 2018 eingetreten ist. Gestützt auf die Beurteilung von Dr. D._____ ist von einer relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes auszugehen, da am 28. Juli 2016 eine Operation an der rechten Schulter durchgeführt worden war. Als Folge der Operation bildete sich eine Frozen Shoulder, welche zu einer relevanten Bewegungseinschränkung und damit zu einer Funktionsstörung der rechten Schulter sowie zu einer persistierenden Schmerzsymptomatik führte. Im Vergleich zum rheumatologischen Vorgutachten aus dem Jahr 2013 – worauf sich die Verfügung vom 25. Februar 2014 stützte – führt die schmerzhafte Einschränkung in der Beweglichkeit an der rechten Schulter zu einer höheren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Kellner. Auch wenn die Differenz nicht ausgeprägt ausfällt (vgl. E. 5.7.3 hiavor), so gilt es zu berücksichtigen, dass sich die attestierten Arbeitsfähigkeiten in den beiden rheumatologischen Teilgutachten vom 13. November 2013 resp. 16. August 2017 für die ursprüngliche Tätigkeit in der Gastronomie um 30 % (neu 50%-ige an Stelle einer 80%-igen Arbeitsfähigkeit) unterscheiden. Auch bei einer Verweistätigkeit wird nicht mehr von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Dr. D._____ anerkennt vielmehr, dass aufgrund eines verlangsamten Arbeitstempos resp. eines leicht erhöhten Pausenbedarfs von einer 20%-igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden muss. Insgesamt kann damit festgestellt werden, dass sich der Invaliditätsgrad rentenrelevant verändert hat, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht eine neue Rentenprüfung vornahm.

7.1 In einem nächsten Schritt gilt es den Invaliditätsgrad zu berechnen. Wie bereits erwähnt (vgl. E. 3.5), ist dieser grundsätzlich aufgrund der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu bestimmen (Art. 16 ATSG). Für die Ermittlung des Valideneinkommens stellt sich die Frage, was der Beschwerdeführer aufgrund seiner beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände an Einkommen zu erwarten gehabt hätte, wenn er nicht invalid geworden wäre. Dabei entspricht es empirischer Erfahrung, dass die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, weshalb Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens in der Regel der zuletzt erzielte, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwick-

lung angepasste Verdienst ist (RKUV 1993 Nr. U 169 S. 100 f. E. 3b). Nachdem der Versicherte mit Blick auf den mutmasslichen Rentenbeginn während mehr als zehn Jahren keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen ist, ist sein hypothetisches Valideneinkommen anhand der lohnstatistischen Angaben der schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) zu bestimmen. Bei der Ermittlung des Jahreseinkommens ohne Gesundheitsschaden stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die LSE 2014, Tabelle TA1_triage_skill_level, Sektor Gastgewerbe, Kompetenzniveau der Tätigkeit 1, Spalte Männer. Demnach belief sich das Total aller Männerlöhne im Sektor Gastgewerbe im Kompetenzniveau 1 (Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie) im Jahre 2014 auf Fr. 4'035.– monatlich, basierend auf 40 Wochenstunden. Nach Anpassung dieses Betrages an die Nominallohnentwicklung von 0.3 % (vgl. BFS T1.1.10 Nominallohnindex Männer 2011-2015) und Umrechnung auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 42.4 Stunden (Quelle: Bundesamt für Statistik, Dokument je-d-03.02.04. 19) x 12 Monate ergibt sich ein jährliches Einkommen in Höhe von Fr. 51'479.–.

7.2 Das Invalideneinkommen bestimmt sich entsprechend den gesetzlichen Vorgaben danach, was die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage hypothetisch zu erzielen in der Lage wäre. Massgebend ist, welches die Verdienstmöglichkeiten einer versicherten Person sind, von der anzunehmen ist, dass sie diese Verdienstmöglichkeiten denn auch voll ausnützt (Urteil des Bundesgerichts vom 14. April 2008, 8C_664/2007, E. 6.2). Kann bei der Bemessung des Invalideneinkommens nicht auf das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen abgestellt werden, weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens ihre verbleibende Arbeitsfähigkeit nicht in zumutbarer Weise voll ausschöpft, so können nach der Rechtsprechung die Tabellenlöhne gemäss den LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3). Bei der Ermittlung des trotz Gesundheitsschaden zumutbarerweise erzielbaren Einkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die LSE 2014, Tabelle TA1_triage_skill_level, Sektor Total, Kompetenzniveau der Tätigkeit 1, Spalte Männer, Fr. 5'312.– monatlich, basierend auf 40 Wochenstunden. Nach Anpassung dieses Betrages an die Nominallohnentwicklung von 0.3 % (vgl. BFS T1.1.10 Nominallohnindex Männer 2011-2015) und Umrechnung auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Quelle: Bundesamt für Statistik, Dokument je-d-03.02.04. 19) x 12 Monate ergibt sich bei einem zumutbaren Pensum von 100 % ein Jahreseinkommen in Höhe von Fr. 66'652.–. Entsprechend der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs resultiert daraus ein von der Beschwerdegegnerin korrekt berechneter Invaliditätsgrad von 0 %.

7.3 Daran ändern auch die Ausführungen des Beschwerdeführers nichts. Wenn er geltend macht, dass das Invalideneinkommen kaum höher sein könne als das Valideneinkommen, so ist diese Rüge zwar verständlich. Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass sich die angestammte Tätigkeit als Kellner bekanntlich durch ein sehr tiefes Lohnniveau auszeichnet. In den meisten anderen Tätigkeiten für ungelernete Personen lässt sich ein deutlich höheres Einkommen erzielen. Die vom Beschwerdeführer verlangte Parallelisierung kommt nur bei tatsächlichen, unterdurchschnittlichen Valideneinkommen zur Anwendung, nicht jedoch, wenn das Valideneinkommen aufgrund der LSE-Tabellen bestimmt wird.

7.4 Zu erwähnen bleibt, dass selbst wenn die Beschwerdegegnerin entsprechend dem rheumatologischen Teilgutachten von Dr. D._____ eine 20%-ige Leistungseinschränkung zufolge Verlangsamung des Arbeitstempos bzw. höherem Pausenbedarf berücksichtigt hätte, sich daraus ebenfalls kein rentenbegründender Invaliditätsgrad ergäbe. Dementsprechend ist die Beschwerde abzuweisen.

8.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.– fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm aufzuerlegen sind. Da ihm mit Verfügung vom 27. Juni 2018 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt wurde, gehen die Verfahrenskosten vorläufig zu Lasten der Gerichtskasse. Die ausserordentlichen Kosten sind wettzuschlagen.

8.2 Der Beschwerdeführer wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.– werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Gegen diesen Entscheid wurde vom Beschwerdeführer am 10. Januar 2019 beim Bundesgericht Beschwerde erhoben (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. [9C 19/2019](#)).