

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00320 vom 1. September 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-09-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00320](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00320)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00320 du 1 septembre 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00320 del 1 settembre 2020

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1974, meldete sich am 12. August 2013 (Eingangsdatum) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zur Früherfassung und am 9. September 2013

(Eingangsdatum) unter Hinweis auf Lähmungen in beiden Füßen sowie in der linken und rechten Hand, Depressionen und Antriebslosigkeit zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1, Urk. 7/5). Mit Beschluss der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde der Stadt Zürich vom 27. Mai 2014 wurde für den Versicherten eine Vertretungsbeistandschaft mit Vermögensverwaltung nach Art. 394 in Verbindung mit Art. 395 ZGB angeordnet (Urk. 7/18).

Am 2. März 2015 leistete die IV-Stelle Kostengutsprache für ein Belastbarkeits training vom 2. März bis am 1. Juni 2015 (Urk. 7/30, Abschlussbericht Y.\_\_\_\_ vom 10. Juni 2015 [Urk. 7/39]). Am 23. Juli 2015 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass die Arbeitsvermittlung abgeschlossen und das Dossier zur Rentenprüfung weitergeleitet werde (Urk. 7/40). Am 4. Januar 2016 beauftragte die IV-Stelle die Z.\_\_\_\_ mit der polydisziplinären Begutachtung des Versicherten (Urk. 7/54). Das Gutachten in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie sowie Neuropsychologie wurde am 22. Juni 2016 erstattet (Urk. 7/65). Mit Vorbescheid vom 18. Juli 2016 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/69). Gleichzeitig forderte die IV-Stelle den Versicherten – unter Hinweis auf seine Mitwirkungspflicht – zur Durchführung einer stationären Entzugs- und Entwöhnungstherapie auf (Urk. 7/67). Mit Schreiben vom 26. Juli 2016 erhob der Versicherte Einwand (Urk. 7/71) und begründete diesen mit Eingabe datierend vom 13. Januar

2016 (gemeint wohl: 13. Januar 2017; Urk. 7/91). Mit Mitteilung vom 22. Juni 2017 setzte die IV-Stelle den Versicherten darüber in Kenntnis, dass sie zur Klärung der Leistungsansprüche eine umfassende medizinische Verlaufs-Untersuchung als notwendig erachte

(Urk. 7/99). Das Gutachten der

Z.\_\_\_\_

in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie, Neuropsychologie sowie Pneumologie wurde am 12. März

2018 erstattet (Urk. 7/115). Nach neu erlich durchgeführtem Vor be scheidverfahren (Vorbescheid vom 29. März

2018 [Urk. 7/119], Einwand vom 8. Mai

2018 [Urk. 7/123] und Einwandbegründung vom 27. Juli

2018 [Urk. 7/130]) wurde dem Versicherten mit Verfügung en vom 18. Februar 2019 ab Juni

2016 eine Viertelsrente (Urk. 7/137) und ab September

2016 eine halbe Rente (Urk. 7/136 + Urk. 7/133

= Urk. 2/1) der Invalidenversiche rung zugesprochen.

### **E. 1.1**

Vorab ist zu prüfen, ob die vorliegende Beschwerde rechtzeitig erhoben wurde und auf diese eingetreten werden kann.

### **E. 1.2**

Der Beschwerdeführer stellt sich diesbezüglich auf den Standpunkt, die angefoch tene Verfüg ung datiere vom 18. Februar 2019 , sei seiner Rechtsvertreterin jedoch nicht zugestellt worden. D a sich die Rechtsvertreterin bei der Beschwerdegegnerin nach dem Verfahrensstand erkundigt habe, habe sie am 29. März 2019 telefonisch von der Eröffnung der Verfügung erfahren. Unter der Annahme, dass die Verfüg ung vom 18. Februar 2019 am Folgetag beim Beschwerdeführer eingegangen sei, laufe die gemäss bundesgerichtliche r Rechtsprechung um 30 Tage erweiterte Beschwerdefrist am 6. Mai 2019 ab, womit die Beschwerde rechtzeitig erfolgt sei (Urk. 1 S. 2 f. , Urk. 9 S. 1-2 ).

Die Beschwerdegegnerin führte diesbezüglich aus, die Rechtsvertreterin

habe sich erst am 29. März 2019 nach dem Verfahrensstand erkundigt, weshalb sich die versicherte Person davor offensichtlich nicht bei ihrer Rechtsvertreterin gemeldet habe . Werde trotzdem fingiert, dass sich die versicherte Person am letzten Tag bei ihrer Rechtsvertreterin gemeldet und daher eine neue Frist zu laufen begonnen habe, sei die Beschwerde vom 3. Mai 2019 noch innert Frist erfolgt (Urk. 6).

### **E. 1.3.1**

Berechnet sich eine Frist nach Tagen oder Monaten und bedarf sie der Mitteilung an die Parteien, so beginnt sie am Tag nach ihrer Mitteilung zu laufen (Art. 38 Abs.

1 des

Bundesgesetz es über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungs rechts , ATSG ). Schriftliche Eingaben müssen spätestens am letzten Tag der Frist dem Versicherungsträger eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben werden ( Art. 39 Abs. 1 ATSG). Genannte Bestimmungen sind sinngemäss auch im Rechtspflegeverfahren anwendbar ( Art. 60 Abs.

### **E. 1.3.2**

Nach der Rechtsprechung ist es Sache der Verwaltung, den Beweis zu erbringen, dass und gegebenenfalls in welchem Zeitpunkt ihre Verfügung der angeschriebe nen Person

zugestellt worden ist; dagegen hat die beschwerdeführende Person den Nachweis für die rechtzeitige Einreichung ihrer Beschwerde zu leisten (BGE 103 V 63 E. 2a, 99 Ib 356 E. 2; ZAK 1987, 50, E. 3). Wählt der Versicherungsnehmer den Versand mit gewöhnlicher Post, so kann er auf postalischem Weg den Nachweis nicht erbringen, dass und wann eine Verfügung der angeschriebenen Person ordnungsgemäss zu gestellt worden ist. In diesem Fall obliegt es ihm, die Zustimmung mit anderen Mitteln zu beweisen beziehungsweise mindestens glaubhaft zu machen (BGE 99 Ib 356; ARV 1977 Nr. 35).

### **E. 1.3.3**

Eine Partei kann sich, wenn sie nicht persönlich zu handeln hat, jederzeit vertreten oder, soweit die Dringlichkeit einer Untersuchung es nicht ausschliesst, verbeistanden lassen (Art. 37 Abs. 1 ATSG). Im Sozialversicherungsrecht gilt der in Art.

### **E. 1.4**

Vorliegend ist anhand der Akten belegt (Urk. 7/136) und unter den Parteien unbestritten, dass die Verfügung vom 18. Februar 2019 insofern mangelhaft eröffnet wurde, als sie nur dem Beschwerdeführer persönlich, nicht aber seiner Rechtsvertreterin zugestellt wurde (vgl. Verteiler in Urk. 7/136 S. 2). Ferner ergeben sich anhand der Ausführungen der Parteien und der vorliegenden Akten keine Zweifel daran, dass der Beschwerdegegnerin die Vertretung des Beschwerdeführers durch Rechtsanwältin Kathrin Hohler im Zeitpunkt des Verfügungserlasses bekannt gewesen war (Urk. 7/73-75, vgl. auch Urk. 7/119). Da die angefochtene Verfügung dem Beschwerdeführer frühestens am 19. Februar 2019 zugestellt werden konnte (Urk. 2/1), erstreckte sich die ordentliche Beschwerdefrist bis am 21. März 2019. Innerhalb dieser Frist informierte der Beschwerdeführer seine Rechtsvertreterin nicht über die erfolgte Zustellung (vgl. Urk. 7/139 und Urk. 7/140). Dementsprechend verlängerte sich die

ordentliche Beschwerdefrist um weitere dreissig Tage (vgl. E. 1.3.3) und dauerte somit unter Berücksichtigung der Gerichtsferien (§ 13 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] i. V. m.

Art. 38 Abs. 4 lit. a ATSG) bis am 6. Mai 2019 an. Die Beschwerde vom 3. Mai 2019 wurde somit rechtzeitig erhoben (Urk.1), weshalb darauf einzutreten ist. 2.

## **E. 2**

ATSG).

### **E. 2.1**

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

### **E. 2.2**

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 2.3.1**

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der

Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C\_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C\_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

### **E. 2.3.2**

Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 454 E. 7.1). Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der pathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Massgebend ist einzig, ob beziehungsweise in welchem Ausmass – unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie – den medizinischen Akten eine Verschlechterung der Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_664/2017 vom 25. Januar 2018 E. 9 und 9C\_799/2016 vom 21. März 2017 E. 5.2.1 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 2.4**

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). 3 .

3 .1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung ihres Entscheides im Wesentlichen aus, per 7. März 2016 sei es zu einer wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Seither sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr möglich. Für eine körperlich leichte Tätigkeit in einem wertschätzenden Umfeld mit vermehrtem Pausenbedarf bestehe eine zumutbare Restarbeitsfähigkeit von 50 %. Das Wartejahr mit einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 40 %

sei per 6. Juni 2016 erfüllt, weshalb ab 1. Juni 2016 Anspruch auf eine Viertelsrente bestehe.

Drei Monate nach Rentenbeginn habe der Beschwerdeführer

bei einem Invaliditätsgrad von 57 % Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Da nur noch körperlich leichte Tätigkeiten möglich seien, der Beschwerdeführer auf ein wertschätzendes Umfeld angewiesen sei und ein vermehrter Pausenbedarf bestehe, werde ein leidensbedingter Abzug von 10 % gewährt. Aus medizinischer Sicht könne zwar ab Februar 2018 eine Verschlechterung anerkannt werden. Nach Rücksprache mit RAD-Arzt Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, und Sichtung der neuen Arztberichte habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aber nicht dauerhaft erheblich verschlechtert (Urk. 2/1, Urk. 6, Urk. 13). 3 .2

Dagegen brachte der Beschwerdeführer insbesondere vor, die Beschwerdegegnerin habe den leidensbedingten Abzug zu tief bemessen. Vorliegend sei ein leidensbedingter Abzug von 20 % angemessen, womit sich ein IV-Grad von 62 % ergebe und er ab September 2016 bis April 2018 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente habe. Seit der Untersuchung im Rahmen der pneumologischen Begutachtung

im September 2017 sei es aus multiplen Gründen zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Ab Februar 2018 habe sich sein Zustand erneut verschlechtert. Im Anschluss an den Spitalaufenthalt wegen einer schweren Pneumonie im Sommer 2018 habe sich der Zustand zwar wieder etwas verbessert, da er sich von der schweren Pneumonie erholte habe. Gemäss den behandelnden Ärzten am Universitätsspital B.\_\_\_\_ bestehe jedoch weiterhin eine schwere bis mittel schwere Leistungseinschränkung, welche gegenüber der pneumologischen Beurteilung im September 2017 im Rahmen der Begutachtung zugenommen habe. Seit Februar 2018 sei deshalb von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten im ersten Arbeitsmarkt auszugehen. Selbst wenn nach der Erholung von der Pneumonie von einer Restarbeitsfähigkeit von 35 % ausgegangen werde, bestehe ein IV-Grad von mindestens 70 %. Entsprechend bestehe ab

Mai 2018 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Sollte das Gericht dem nicht folgen, sei eine erneute Begutachtung anzuordnen (Urk. 1 S. 7 ff. , Urk. 9 ).

### **E. 3.3**

Zu prüfen ist der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführer s ab September 2016 und, ob – wie beschwerdeweise geltend gemacht – hernach eine rentenrelevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist . 4. 4. 1

Im Verlaufsgutachten de r

Z. \_\_\_ vom 12. März 2018 wurden folgende (Haupt ) Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 7/115/10-11): - Schwere präkapilläre pulmonale Hypertonie mit konsekutiver Trikuspidalinsuffizienz (Erstdiagnose März 2016) - COPD mit mittelschwerer Obstruktion (GOLD II) - Mittelschwere Aorteninsuffizienz - Harnblasenfunktionsstörung unklarer Ätiologie - Polytoxikomanie - ADHS anamnestisch, derzeit unter Behandlung mit Ritalin (ICD-10 F90) - Diskrete axonale sensibel betonte Polyneuropathie (ICD-10 G62.1) Daneben stellten die Gutachter folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/115/11): - Minimale neuropsychologische Störung bei Polytoxikomanie und ADHS, medikamentös behandelt - Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - Persönlichkeit mit emotional instabilen Zügen anamnestisch (ICD-10 Z73.1) - Mehrere indetermierte pulmonale Noduli (Erstdiagnose im CT-Thorax vom 11. März

2016) - Leichtgradig retikuläre Lungenparenchym-Veränderungen OL beidseitig unklarer Ätiologie

Bezüglich Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stehe aktuell die pneumologische Symptomatik des Beschwerdeführer s im Vordergrund. Aufgrund der schweren pulmonalen Hypertonie kombiniert mit einer mittelschweren Aorteninsuffizienz bestehe insgesamt eine mittelschwer eingeschränkte Leistungsfähigkeit, sodass körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten für den Beschwerdeführer nicht mehr möglich seien. Aufgrund der Pollakisurie des Beschwerdeführer s müsse ihm an jedem Arbeitsplatz die Möglichkeit geboten werden, bei Bedarf den Arbeitsplatz zu verlassen, um Wasser lösen zu können. Aufgrund der Polyneuropathie bestehe eine Unzumutbarkeit für Tätigkeiten in grossen Höhen, mit Balancieren auf Leitern und Gerüsten sowie Tätigkeiten auf stark unebenem Grund infolge erhöhter Sturz- und Stolpergefahr. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine leicht reduzierte Durchhaltefähigkeit. Aufgrund der diagnostizierten minimalen neuropsychologischen Störung resultiere keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/115/12-13).

Im Vergleich zur Vorbegutachtung im Januar 2016 sei es hinsichtlich dem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit insbesondere aus pneumologischer Sicht zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Aus neurologischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführer s von Seiten der Polyneuropathie etwas verbessert. Aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht könnten nach wie vor keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (Urk. 7/115/14).

Bezogen auf den erlernten und zuletzt ausgeübten Beruf als Koch und Patissier in einer meist stehenden, körperlich zum Teil anstrengenden Tätigkeit bestehe schon aus rein pneumologischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit mehr. Diese Tätigkeiten seien zumindest zeitweise körperlich anstrengend und würden keine Zeit für die sicherlich erforderlichen

Ruhepausen bieten. Diese Einschätzung gelte mit Sicherheit ab Zeitpunkt der Hospitalisation im Universitätsspital B.\_\_\_\_ anfangs März 2016. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit Möglichkeit, den Arbeitsplatz regelmässig zu verlassen und kurz auf die Toilette zu gehen, um Wasser zu lösen, ohne Tätigkeiten auf stark unebenem Grund oder Arbeiten in grossen Höhen, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Aufgrund der vorliegenden Dokumentation sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit

– abgesehen von den Zeitpunkten der Hospitalisationen, während welcher eine volle Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe – ebenfalls unverändert seit März 2016 bestehe (Urk. 7/115/14). 4.2

Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, Oberärztin i. V. in der Klinik für Pneumologie des B.\_\_\_\_, nahm in ihrem Schreiben vom 19. Juli 2018 Stellung zum pneumologischen Teilgutachten der

Z.\_\_\_\_ vom 4. September 2017 (Urk. 7/115/89-98). Sie erachtete das Teilgutachten als vollständig. Es widerspiegeln auch die Angaben der Konsultation vom 20. Februar 2017. Der Beschwerdeführer sei ausführlich untersucht worden, es sei sogar eine Spiroergometrie durchgeführt worden. Die korrekte Diagnose lautet

ihres Erachtens: - Schwere präkapilläre pulmonale Hypertonie multifaktorieller Ursache (idiopathisch und bei Pneumopathie, DD zusätzlich portopulmonal) - Lungenemphysem und Verdacht auf RBILD bei Status nach langjährigem inhalativem Heroin- und Gas-Konsum sowie persistierendem Nikotinkonsum von mindestens 40 Pack Years

Die weiteren Diagnosen seien korrekt. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit würde aufgrund der pneumologischen Defizite im September 2017 zutreffen. In der Zwischenzeit, seit circa Februar 2018, habe sich der Zustand des Beschwerdeführers verschlechtert mit zunehmender Atemnot und vor allem einer kardialen Dekompensation mit schweren Beinödemen und Gewichtszunahme. Zusätzlich habe sich auch ein Entzündungszustand gezeigt, dessen Ursache zuerst nicht klar gewesen sei. Es sei dem Beschwerdeführer dann eine stationäre Betreuung empfohlen worden. Anfangs Juli 2018 sei ein stationärer Aufenthalt erfolgt, zuerst in der Kardiologie, dabei sei eine schwere Pneumonie festgestellt worden und der Beschwerdeführer

sei aktuell auf der Intensivstation hospitalisiert. Damit habe sich der Zustand des Beschwerdeführers im Vergleich mit September 2017 aus multiplen Gründen ganz klar verschlechtert. Aufgrund der Pneumopathie bei Emphysem und Raucherkonsum neige der Beschwerdeführer zu pulmonalen Infektionen, aktuell leide er unter einer Streptokokken-Pneumonie und es sei klar eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für alle Arbeiten gegeben. Nach der akuten Phase müsse der weitere Verlauf reevaluiert werden. Von einer Pneumonie erhole man sich normalerweise gut, bei vorgeschädigten Lungen könne es länger dauern oder sogar zu nicht vollständiger Erholung kommen. Die kardiale Dekompensation werde mit Diuretika behandelt und die Therapie der pulmonalen Hypertonie werde weiter durchgeführt. Insgesamt sei das pneumologische Teilgutachten vom September 2017 für diese Periode richtig, aber seitdem habe sich der Zustand des Beschwerdeführers stark verschlechtert, so dass die Beurteilung nicht mehr aktuell sei (Urk. 7/129). 4.3

Im Austrittsbericht der Klinik für Pneumologie des B.\_\_\_\_ vom 26. Juli 2018 wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 3/5): - Akute respiratorische Insuffizienz bei bilateraler Pneumokokken-Pneumonie (Erstdiagnose 14. Juli 2018) - Dekompensiertes

Cor pulmonale bei schwerer präkapillärer pulmonaler Hypertonie (Erstdiagnose März 2016) - Lungenemphysem und Verdacht auf respiratorische Bronchiolitis mit interstitieller Lungenerkrankung (RB-ILD) - Eisenmangelanämie (Erstdiagnose 11. Juli 2018) - Multipler Substanzabusus seit 1990 - Beinbetonte schwere axonale Polyneuropathie - Harnblasenfunktionsstörung unklarer Ätiologie (Erstdiagnose 2015)

Bezüglich der pulmonalen Hypertonie sei es im Vergleich zum Januar 2018 zu einer Zunahme des Schweregrades der Trikuspidalinsuffizienz und der pulmonalen Druckwerte gekommen (Urk. 3/5). 4.4

Vom 22. bis am 25. Januar 2019 war der Beschwerdeführer in der Klinik für Nephrologie des B.\_\_\_\_ hospitalisiert (Urk. 3/6). Im Austrittsbericht vom 25. Januar 2019 diagnostizierten die Ärzte eine Niereninsuffizienz Stadium 4, unbekannter Ätiologie und Dauer. Der Beschwerdeführer habe sich aufgrund einer progredienten Verschlechterung der Nierenfunktion notfallmässig vorgestellt. Ein Röntgen-Thorax sei unauffällig gewesen ohne Zeichen einer Pneumonie. Eine Sonographie der Nieren habe beidseits einen unauffälligen Befund ohne Stauungszeichen gezeigt und habe hiermit eine postrenale Ursache ausgeschlossen. Es habe weiterhin weder autoimmune noch infektiöse Ursachen gegeben. Eine Rhabdomyolyse sei bei gering erhöhtem CK unwahrscheinlich. Die Natrium- und Harnstofffraktion hätten keinen Hinweis auf eine renale Genese des Nierenversagens gegeben. Unter zusätzlich balancierter Volumentherapie habe sich eine Regredienz der Nierenrenentionsparameter gezeigt, sodass in der Zusammenschau von einer kombinierten prärenalen, medikamentös-induzierten Niereninsuffizienz auszugehen sei. Die Hypokaliämie habe mittels Resonium gesenkt und normalisiert werden können. Bei Diabetes und gestoppten Metformin sei eine nierenverträgliche Therapie mit Trajenta etabliert worden. Unter der aktuellen Substitutionstherapie mit Diaphin sei der Beschwerdeführer vollkommen adäquat, die Medikamente würden über die ARUD weiter bezogen. Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (Urk. 3/6). 4.5

Dr. C.\_\_\_\_ erklärte in ihrer Stellungnahme vom 26. April 2019, der Beschwerdeführer habe sich von der schweren Pneumonie erholt, bleibe aber weiterhin eingeschränkt in seiner Leistungsfähigkeit aufgrund der schweren pulmonal-arteriellen Hypertonie sowie der schweren Pneumopathie. Erfreulicherweise habe er seitdem keinen Infekt mehr gehabt. Die Lungenfunktion zeige auch einen stabilen Zustand der Pneumopathie. Gemäss der Spiroergometrie bestehe weiterhin eine schwere bis mittelschwere Leistungseinschränkung, vor allem aufgrund der pulmonal-arteriellen Hypertonie. Auch objektiv im Vergleich mit der Spiroergometrie vom September 2019 (gemeint wohl: 2017) zeige sich eine deutliche Abnahme der Leistungsfähigkeit. Sei damals ein Peak VO<sub>2</sub> von 21.4 ml/kg/min gemessen worden, betrage dieser aktuell 15.6 ml/kg/min, entsprechend 47 % des Solls. Daher könne objektiv eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes seit dem Jahr 2017 beobachtet werden. Aktuell sei der Beschwerdeführer weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig in seiner gelernten Tätigkeit als Koch und Patissier. Aus pneumologischer Sicht könnte er mit seiner aktuellen Leistungsfähigkeit höchstens eine rein sitzende Tätigkeit für zwei bis maximal vier Stunden pro Tag ausführen, wahrscheinlich würden die anderen Komorbiditäten, vor allem der Substanzabusus, die chronische Harnblasenstörung sowie die

Konzentrationsstörung eine richtige Arbeit nicht ermöglichen. Daher werde eine 100%ige Rente durch die Invalidenversicherung unterstützt sowie ein geschützter Arbeitsplatz für circa 2 Stunden pro Tag in einer rein sitzenden Tätigkeit (Urk. 3/8 , Urk. 3/9 ). 5 . 5 .1

Die Beschwerdegegernerin stützt ihren Entscheid in medizinischer Hinsicht auf da s polydisziplinäre Gutachten der

Z.\_\_\_\_ vom 12. März 201 8. Das betreffende Gut ach ten beruht auf fachärztlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der und

einlässlicher Auseinandersetzung mit den Vorakten (Urk. 7/115/19-30 ) verfasst.

Die Gutachter haben detaillierte Befunde erhoben ( Urk. 7/115/7-9, Urk. 7/115/55-57, Urk. 7/115/69-71, Urk. 7/115/86, Urk. 7/115/93-94 ), die ge klag ten Beschwerden berücksichtigt (Urk. 7/115/5-6, Urk. 7/115/51, Urk. 7/115/65-66, Urk. 7/115/77-78, Urk. 7/115/91 ) und sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführer s auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zu stände und Zusammenhänge insgesamt einleuchtend dargelegt und ihre Schluss folgerungen nachvollziehbar begründet (Urk. 7/115/11-15 ). Damit erfüllt das Gut achten die rechtsprechungemässen Anforderungen an eine beweistaugliche ärztliche Entscheidungsgrundlage (E. 2. 4 ).

Der

Beschwerdeführer

brachte gegenüber dem Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 12. März 2018 denn auch keine Einwände vor (Urk. 1, Urk. 9). 5 .2

Gestützt auf da s Gutachten der

Z.\_\_\_\_ vom 12. März 2018 ist ab anfangs März 2016 von einer

Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer körperlich leichten, wechsel belastenden Tätigkeit mit der Möglichkeit, den Arbeitsplatz regelmässig zu ver lassen und kurz auf die Toilette zu gehen, um Wasser zu lösen, ohne Tätigkeiten auf stark unebenem Grund oder Arbeiten in gr ossen Höhen, auszugehen (E. 4.1 ). In Übereinstimmung dazu erachtet auch der Beschwerdeführer bis Ende Januar 2018 eine Arbeitstätigkeit von 50 % in einer leidensangepassten Tätigkeit als zu mutbar (Urk. 1 S. 6-8) .

Damit ist von September 2016 bis Ende Januar 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer leidensangepassten Tätigkeit erstellt. 5 .3

Zu prüfen ist , ob anhand der medizinischen Akten auf eine nach Januar

2018 eingetretene und für den Rentenanspruch erhebliche Änderung in den tatsächli chen Verhältnissen zu schliessen ist (vgl. E. 2.3).

Folgt man den Ausführungen des

Beschwerdeführer s, so ist im Februar 2018

eine massgebliche Verschlechte rung seines Gesundheitszustandes

mit einer seither bestehenden vollumfängli chen Arbeitsunfähigkeit eingetreten (E. 3.2). Er stützt sich dabei auf die

Berichte der pneumologischen

und der nephrologischen Klinik en des B.\_\_\_\_ (Urk. 1 S. 9 ff.; E. 4.2-4.5 ). 5.4 5.4.1

Der Beschwerdeführer war vom 14. bis am 26. Juli 2018 im B.\_\_\_\_ hospitalisiert (Urk. 3/5).  
. Gemäss der behandelnde n

Pneumologin

ist es ab circa Februar 2018 aufgrund einer schweren Pneumonie zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Dr. C.\_\_\_\_ wies dabei auf eine

zunehmende Atemnot und vor allem eine kardiale Dekompensation mit schweren Beinödemen und Gewichtszunahme hin. Zudem habe sich auch ein Entzündungszustand gezeigt (E. 4.2). Bezüglich der pulmonalen Hypertonie sei im Vergleich zum Januar 2018 eine Zunahme des Schweregrades der Trikuspidalinsuffizienz und der pulmonalen Druckwerte festgehalten worden (E. 4.3).

Hinsichtlich der Pneumonie stellte Dr. C.\_\_\_\_ in ihrem Schreiben vom 19. Juli 2018 insofern eine gute Prognose, als sie festhielt, dass sich Patienten davon normalerweise gut erholen würden, sich die Erholung bei vorgeschädigten Lungen aber verzögern könnte (E. 4.2).

RAD-Arzt

A.\_\_\_\_ stellte sich in seiner Stellungnahme vom 29. August 2018 auf den Standpunkt, bei der schweren Pneumonie handle es sich um eine behandelbare Erkrankung und damit nicht um eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes (Urk. 7/131/4). Der Beschwerdeführer gab in seiner Beschwerde an, dass er sich bereits im Sommer 2018 von der schweren Pneumonie erholt habe (E. 3.2).

Im Austrittsbericht der Klinik für Nephrologie des B.\_\_\_\_ vom 25. Januar 2019 wurde sodann festgehalten, ein Röntgen-Thorax sei unauffällig gewesen und es habe sich kein Zeichen für eine Pneumonie gefunden (E. 4.4). Auch Dr. C.\_\_\_\_ wies in ihrer Stellungnahme vom 26. April 2019 darauf

hin, dass sich der Beschwerdeführer von der schweren Pneumonie erholt und er seither keinen Infekt mehr gehabt habe (E. 4.5). Vor diesem Hintergrund kann eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgrund der Pneumonie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.

In Bezug auf die pulmonale Hypertonie lässt sich aus den Ergebnissen der Kardiologie/Echokardiographie vom 15. Juli 2018 eine schwere Trikuspidalinsuffizienz entnehmen (Urk. 3/5). Damit ist insofern eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszumachen, als nicht mehr lediglich eine leichte (Echokardiographie vom 14. September 2017 [Urk. 7/115/44]), sondern neu eine schwere

Trikuspidalinsuffizienz ausgewiesen ist. Dies lässt indes nicht ohne weiteres auf eine massgebliche Verschlechterung der – invalidenversicherungsrechtlich relevanten (E. 2.3.2) – funktionellen Leistungsfähigkeit schliessen. Bereits im Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 12. März 2018 wurde rückwirkend per März 2016 von einer schweren präkapillären pulmonalen Hypertonie mit konsekutiver Trikuspidalinsuffizienz ausgegangen (Urk. 7/115/10). Den damit einhergehenden funktionellen Beeinträchtigungen wurde bei der Bemessung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit insofern Rechnung getragen,

als schwere und mittelschwere Tätigkeiten als nicht mehr möglich und leichte Tätigkeiten nur noch in einem reduzierten Pensum zumutbar erachtet wurden

( Urk. 7/115/13 -14 ). Weder aus der Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ vom 19. Juli

2018 noch aus dem Austrittsbericht der Klinik für Pneumologie des B.\_\_\_\_ vom 26. Juli 2018 lassen sich Hinweise darauf entnehmen, dass die Veränderung des Schweregrades der Trikuspidalinsuffizienz mit einer Verschlechterung der funktionellen Leistungsfähigkeit einhergegangen ist . So führte denn Dr. C.\_\_\_\_ die ausgemachte Zunahme des Schweregrades der Trikuspidalinsuffizienz und der pulmonalen Druckwerte lediglich spezifizierend unter der Diagnose der schweren präkapillaren pulmonalen Hypertonie auf, mass dem aber insofern keine massgebliche Bedeutung zu, als sie dies in ihrer Beurteilung im Austrittsbericht vom 26. Juli 2018

unerwähnt gelassen hat (Urk. 3/5) . Die in ihrer Stellungnahme vom 19. Juli 2018 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit begründete sie denn auch mit einer dann zumal akuten – wie davor ausgeführt , lediglich vorübergehenden – Streptokokken-Pneumonie (Urk. 7/129).  
5.4.2

Ferner

erachtet der Beschwerdeführer eine Verschlechterung

des Gesundheitszustandes

auch aufgrund der Ergebnisse der am 26. April 2019 durchgeführten Spirometrie als ausgewiesen. Diese habe einen Peak des VO<sub>2</sub>

von 15.6 ml/kg/min, entsprechend 47 % des Sollsergebnes, nachdem anlässlich der Spirometrie vom September

2019 (gemeint wohl: 14. September 2017 [vgl. Urk. 7/115/93-94]) noch ein Wert von 21.4 ml/kg/min, entsprechend 63 % des Sollsergebnes, festgestellt worden sei (Urk. 1 S. 12 f. , Urk. 9 S. 3 f. ). Dem ist entgegenzuhalten, dass es sich bei der ausgewiesenen (Urk. 7/115/93, Urk. 3/9) Abnahme des VO<sub>2</sub> - Maximalwertes nicht um eine massgebliche Verschlechterung handelt, zumal dem Beschwerdeführer ohnehin nur noch körperlich nicht anfordernde Tätigkeiten zumutbar sind (E. 4.1 ), welche damit auch keine gesteigerte Sauerstoffaufnahme voraussetzen (vgl. dazu Schweizerisches Medizin-Forum 2017; 17 [40 ]: 849 - 858, Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Lungenerkrankungen, Abschnitt « Messinstrumente/ Spirometrie [Tabelle 3] », abrufbar unter: <https://medicalforum.ch/article/doi/smf.2017.03083> , zu letzt besucht am 26. August 2020 ).  
5.4.3

Eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus pneumologischen Gründen lässt sich nach dem Gesagten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellen. 5. 5

Der Beschwerdeführer war vom 22. bis am 25. Januar 2019 in der Klinik für Nephrologie des B.\_\_\_\_ hospitalisiert (Urk. 3/6).

Im Austrittsbericht vom 25. Januar 2019 schlossen die Ärzte auf eine Niereninsuffizienz Stadium 4 , welche medikamentös habe eingestellt werden können . Der Beschwerdeführer sei beschwerdefrei und kompensiert ohne Verschlechterung oder Einschränkungen im Alltag. Zuerst habe er angegeben, dass er selber nichts merke, erst auf genaue Nachfrage hin habe er leichtgradige Flankenschmerzen beidseits bejaht. Am 25. Januar 2019 habe der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand entlassen werden

können ( Urk. 3/6 ).

Die am 22. März 2019 durchgeführte Nachkontrolle ergab einen guten Verlauf nach einem Status nach akuter Niereninsuffizienz (Urk. 3/7). Dement sprechend kann anhand der vorliegenden Unterlagen ausgeschlossen werden, dass die Niereninsuffizienz eine massgebliche

Beeinträchtigung des Beschwerdeführers nach sich gezogen hat. Selbiges hat für den – soweit ersichtlich – im Bericht vom 25. Januar 2019 erstmals erwähnten Diabetes mellitus zu gelten, zu mal auch diesbezüglich keine Hinweise – insbesondere keine objektiven Befunde –

für eine erhebliche Beeinträchtigung der funktionellen Leistungsfähigkeit auszumachen sind

(vgl.

Urk. 3/7). 5. 6

Damit ist anhand der Akten belegt, dass sich

ab Zuspache der halben Invalidenrente per September 2016

keine massgebliche Veränderung des invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitszustandes ergeben hat. Da von weiteren medizinischen Abklärungen keine entscheiderelevanten Ergebnisse zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers

in der entscheiderelevanten Zeitspanne zu erwarten sind, kann darauf verzichtet

werden (BGE 144 V 361 E. 6.5,

136 I 229 E.

5.3).

Infolgedessen ist dem Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit von September 2016 bis zum Verfügungserlass zu

50 %

zumutbar. 6.

6.1

Es bleibt zu prüfen, wie sich die auf eine angepasste Tätigkeit eingeschränkte Restarbeitsfähigkeit von 50 % in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

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 ausgeglichener 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). 6.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Einkommensvergleich auf Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) ab (Urk. 7/116). Dies ist –

in Anbetracht dessen, dass der Beschwerdeführer letztmals im Jahr 2013 einer Erwerbstätigkeit nachgegangen ist (Urk. 7/115/5) – nicht zu beanstanden.

Die verwendeten Tabellenwerte wurden vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten (Urk. 1 S. 13, vgl. Urk. 7/116). 6.3 6.3.1

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 pflichtgemäßem 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 Gesichtspunktes führen dürfen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1 und 9C\_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1).

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, 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). 6.3.2

Die Beschwerdegegnerin nahm einen leidensbedingten Abzug von 10 % vor. Da bei berücksichtigte sie als lohnmindernde Faktoren, dass nur noch körperlich leichte Tätigkeiten möglich sind, der Versicherte auf ein wertschätzendes Umfeld angewiesen ist und ein vermehrter Pausenbedarf besteht (Urk. 2/1, Urk. 7/116). Der Beschwerdeführer erachtet einen leidensbedingten Abzug von 20 % als gerechtfertigt und begründet dies damit, dass ihm nur noch ein 50%-Pensum zumutbar sei, er nur leichte Tätigkeiten ausüben

könne und er aufgrund seiner Blasenfunktionsstörung am Tag bis zu 70 Mal Wasser lösen und deshalb seinen Arbeitsplatz immer wieder verlassen müsse. Darüber hinaus bestehe eine Unzumutbarkeit für Tätigkeiten in grossen Höhen, mit Balancieren auf Leitern und Gerüsten sowie Tätigkeiten auf stark unebenem Grund und eine leicht reduzierte Durchhaltefähigkeit (Urk. 1 S. 7 ff, Urk. 9 S. 2 f.). 6.3.3

Limitierend ins Gewicht fällt vorliegend der ausserordentliche Pausenbedarf des Beschwerdeführers infolge der Pollakisurie (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_163/2015 vom 16. Juni 2015 E. 3.2.2). Dagegen bildet die Tatsache, dass dem Beschwerdeführer nur noch leichte Tätigkeiten zumutbar sind

– entgegen dem Dafürhalten beider Parteien (vgl. E. 6.3.2) – keinen Grund für einen leidensbedingten Abzug, zumal der Tabellenlohn im hier zugrunde gelegten Kompetenzniveau 1 (vgl. Urk. 7/116) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C\_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2). Gemäss der aktuellen Tabelle zu den nach Beschäftigungsgrad, Geschlecht und beruflicher Stellung differenzierten monatlichen Medianlöhnen für das Jahr 2018 (vgl. Bundesamt für Statistik, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, T18, 2018)

besteht zwischen den von Männern erzielten Löhnen ohne Kaderfunktion in einem Vollzeitpensum (Fr. 6'144.--) und dem Lohn bei einem Teilzeitpensum von 50-74 % proportional bezogen auf ein 100 %-Pensum (Fr. 5'897.--) eine Differenz von Fr. 247.--, mithin von 4 %. Ebenso verhält es sich mit den Medianlöhnen für das Jahr 2016 (vgl. T18, 2016). Daraus ergibt sich keine überproportionale Lohneinbusse, die einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen würde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.2 mit Hinweis).

Ebenfalls keine lohnmindernde Auswirkung kommt vorliegend der Einschränkung zu, dass dem Beschwerdeführer keine Tätigkeiten auf stark unebenem Grund oder Arbeiten in grossen Höhen zumutbar sind, zumal sich auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch unter Berücksichtigung dieser Einschränkung ein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten findet (Urteil des Bundesgerichts 9C\_693/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Die aus psychiatrischer Sicht attestierte leicht reduzierte Durchhaltefähigkeit (Urk. 7/115/13) wirkt sich gemäss dem Gutachten der

Z. \_\_\_ vom 12. März 2018 nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 7/115/14, Urk. 7/115/58-69), womit sie ebenfalls nicht zusätzlich lohnmindernd ins Gewicht fällt.

Unter Würdigung der gesamten Umstände ist der von der Beschwerdegegnerin gewährte leidensbedingte Abzug in der Höhe von 10 %

angesichts des ihr diesbezüglich zustehenden Ermessens (E. 6.3.1) nicht zu beanstanden. 6.4

Bei einem von der Beschwerdegegnerin ermittelten und nach dem Gesagten im Ergebnis nicht zu beanstandenden Invaliditätsgrad von 57 % (Urk. 7/116) hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung (E. 2.2). Lediglich anzufügen bleibt, dass sich an diesem Ergebnis auch unter Beizug der im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 18. Februar 2019 (Urk. 2) aktuellsten veröffentlichten Tabelle (LSE 2016; BGE 143 V 295 E. 4.1.3) nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers ändert, fiel doch der von der Beschwerdegegnerin beigezogene Zentralwert Männer gemäss

Tabelle 17 Ziffer 75 (Lebensalter 30-49 Jahre) wie auch der Zentralwert gemäss Tabelle TA1, Ziffer 55-56 (Gastgewerbe/ Beherbergung und Gastronomie), Kompetenzniveau 3, gar tiefer aus als der von der Beschwerdegegnerin für die Invaliditätsbemessung beigezogene statistische Bruttolohn (Urk. 7/116), wogegen der für die Bestimmung des Invalideneinkommens beigezogene Wert mit Fr. 5'340.-- (TA1, Zentralwert Männer, Total, Kompetenzniveau 1) höher ausfiel als der Mittelwert des Jahres 2014. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

#### **E. 7**

Abs. 3 ATSG ausdrücklich verankerte Grundsatz, dass der Versicherungsträger seine Mitteilungen an den Vertreter einer Partei zu richten hat, solange diese ihre Vollmacht nicht widerrufen hat. Wird in Verletzung dieser Vorschrift eine Verfügung der versicherten Person und nicht ihrer Rechtsvertretung eröffnet, darf ihr daraus kein Nachteil erwachsen (Art. 49 Abs. 3 letzter Satz ATSG). Nach der Rechtsprechung führt dieser Mangel nicht schlechthin zur Nichtigkeit des Verwaltungsaktes mit der Folge, dass die Beschwerdefrist von 30 Tagen nach Art. 60 ATSG nicht zu laufen beginnen könnte. Vielmehr kann die fehlerhaft eröffnete Verfügung rechtsbeständig werden, wenn sie nicht innert vernünftiger Frist seit Kenntnis von deren Inhalt in Frage gestellt wird. Dies ist Ausfluss des auch in diesem prozessualen Bereich geltenden Grundsatzes von Treu und Glauben, an dem die Berufung auf Formmängel in jedem Fall ihre Grenze findet. In der Regel muss sich die versicherte Person spätestens am dreissigsten Tag nach der erfolgten Zustellung bei ihrer Rechtsvertretung nach dem weiteren Vorgehen erkundigen. Am folgenden Tag beginnt die Beschwerdefrist von 30 Tagen nach Art. 60 Abs. 1 ATSG zu laufen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_18/2016 vom 7. Oktober 2016 E. 5.3.1

mit Hinweisen). Meldet sich die versicherte Person innert dreissig Tagen seit der Zustellung der mangelhaft eröffneten Verfügung nicht bei ihrer Rechtsvertretung, so beginnt die zusätzliche dreissigtägige Frist nach Ablauf der ersten ordentlichen Frist beziehungsweise schliesst sich dieser nahtlos an (vgl. Urteil des Bundesgerichts C 168/00 vom 13. Februar 2001 E. 3.c).

#### **E. 7.1**

Dem Antrag des Beschwerdeführers auf Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2) ist zu entsprechen, da die Voraussetzungen dafür gegeben sind (vgl. Urk. 3/4).

#### **E. 7.2**

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen, ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVG hinzuweisen, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, so bald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 3. Mai 2019 wird dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt: 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: - Stadt Zürich Soziale Dienste - 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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 Vorsitzende Der Gerichtsschreiber VogelKübler

## **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.