

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00208 vom 13. November 2012**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00208](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00208)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00208 du 13 novembre 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00208 del 13 novembre 2012

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE

146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

#### **E. 1.4**

Arbeitsunfähige (Art. 6 ATSG) Versicherte, welche eingliedertungsfähig sind, haben gemäss Art. 18 Abs. 1 IVG Anspruch auf aktive Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes ( lit . a) und auf begleitende Beratung im Hinblick auf die Aufrechterhaltung ihres Arbeitsplatzes ( lit . b). Die IV-Stelle veranlasst diese Massnahmen unverzüglich, sobald eine summarische Prüfung ergibt, dass die Voraussetzungen dafür erfüllt sind (Abs. 2).

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bedarf der Anspruch auf Arbeitsvermittlung weder der Invalidität noch eines Mindestinvaliditätsgrades. Zur Begründung des Anspruchs ist jedoch eine spezifische Einschränkung gesundheitlicher Art notwendig, wenn die Arbeitsfähigkeit einzig insoweit betroffen ist, als der versicherten Person nur leichte Tätigkeiten voll zumutbar sind. Die leistungsspezifische Invalidität des Anspruchs liegt vor, wenn die Behinderung Probleme bei der Stellensuche verursacht. Dies trifft beispielsweise zu, wenn wegen Stummheit oder mangelnder Mobilität kein Bewerbungsgespräch möglich ist oder dem potenziellen Arbeitgeber die besonderen Möglichkeiten und Grenzen der versicherten Person erläutert werden müssen (zum Beispiel welche Tätigkeiten trotz Sehbehinderung erledigt werden können), damit sie überhaupt eine Chance hat, den gewünschten Arbeitsplatz zu erhalten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_641/2015 vom 12. Januar 2016 E. 2 mit Hinweisen; vgl. auch Kreisschreiben über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art [KSBE], Stand 1. Januar 2020, Rz 5005).

#### **E. 1.5**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches 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 (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich 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; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen).

#### **E. 1.6**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzu erkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V

465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 mit Hinweisen).

### **E. 1.7**

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ ee ). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

### **E. 2**

Hiergegen erhob X.\_\_\_\_

am 23. März 2021 Beschwerde und beantragte, es sei ihm unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 19. Februar 2021 die gesetzlichen IVG-Leistungen und eine Invalidenrente zuzusprechen, eventuell sei die Sache zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urk. 1). Mit Eingabe vom 20. Mai 2021 teilte der Beschwerdeführer mit, dass er ab dem 1. Mai 2021 wieder eine Tätigkeit als Koch bei einem 40%-Pensum aufgenommen habe (Urk. 7 und Urk. 8/1-2). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 14. Juni 2021 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 10/1-96) . Mit Verfügung vom 16. Juni 2021 ordnete das hiesige Gericht einen zweiten Schriftenwechsel an und stellte dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zu (Urk. 11 ). Die eingegangene Replik

vom 18. August 2021 (Urk. 13 ) wurde der Beschwerdegegnerin am 25. August 2021 zugestellt, woraufhin diese am 7. September 2021 auf Duplik verzichtete (Urk. 16 ). Mit Eingabe vom 19. November 2021

teilte der Beschwerdeführer mit, dass er wieder zu 50 % als Koch/Küchenschef arbeite (Urk. 18 und Urk. 19/1-3).

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf ihre Abklärungen davon aus , dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Schichtleiter Produktion aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen

- begründet durch die vermehrten Pausen und der dadurch verursachten Leistungsminderung - noch in einem Pensum von 75 % zumutbar sei. In einer angepassten Tätigkeit (körperlich leichte Tätigkeit ohne vorgeneigtes Stehen oder Arbeiten über Kopf, ohne Verharren in verdrehter oder geneigter Zwangshaltung, ohne langes Stehen am Ort und ohne häufiges Treppen- oder Leitersteigen) sei er vollumfänglich arbeitsfähig. Entsprechend sei der Beschwerdeführer in der Lage, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Die vorliegenden medizinischen Akten seien komplett und schlüssig, weshalb ein einzuholendes Gutachten nicht zielführend sei. Da eine volle

Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit vorliege, sei das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) für die Unterstützung bei der Stellensuche zuständig.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer bringt demgegenüber vor, die Beschwerdegegnerin habe den Sachverhalt nicht rechtskonform abgeklärt, indem sie nur auf die von der Allianz in Auftrag gegebenen Kurzgutachten abstelle und dabei weder die Vorakten noch die Fachberichte der Behandler berücksichtige. Es gäbe diverse Widersprüche. Gemäss dem Bericht der Universitätsklinik D.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2021 lägen neu auch neurologische Diagnosen vor. Er sei - nach einer schrittweisen wiedereingliederungsweisen Steigerung - maximal zu 50 % arbeitsfähig. Deshalb habe er Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Eventuell sei die Sache zu weiteren Abklärungen (Einholung eines weiteren Gutachtens) und hernach zur Prüfung von beruflichen Massnahmen und/oder zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urk. 1).

### **E. 2.3**

In der Beschwerdeantwort (Urk. 9) hielt die Beschwerdegegnerin dafür, dass mit den von der Allianz eingeholten Gutachten (FOMA und VmFRA) eine rechts genügende versicherungsmedizinische Grundlage vorliege und diese in Kenntnis des gesamten Krankheitsverlaufes seit 2011 ergangen seien. RAD-Arzt Dr. C.\_\_\_\_ habe bei seiner Beurteilung die gesamte medizinische Aktenlage berücksichtigt. Eine Widersprüchlichkeit bestehe nur bei

der unterschiedlichen Bewertung des Belastungsprofils bei der angestammten Tätigkeit (leichte oder mittel schwere bis schwere Tätigkeit). In freier Beweiswürdigung sei der objektiven Testung und differenzierten versicherungsmedizinischen Beurteilung des B.\_\_\_\_ zu folgen. In antizipierter Beweiswürdigung sei von einer neuerlichen Expertise abzusehen, liefere sie doch auf eine unzulässige « second

opinion » hinaus. Auch der beigelegte Bericht der Universitätsklinik D.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2021 ändere nichts daran, da die neurologische Diagnose der Radikulopathie L5 längst bekannt sei. Gestützt auf die Aktenlage sei der Beschwerdeführer in zumutbarer Verweistätigkeit voll arbeitsfähig.

### **E. 2.4**

Der Beschwerdeführer wiederholte in der Replik, dass er seit 2011 wegen seiner Rückenproblematik wiederholt arbeitsunfähig gewesen sei und deshalb seither in Behandlung sei. Die Beschwerdegegnerin habe weder die fachlichen Widersprüche zwischen der VVG-Untersuchung und den Fachbehandlern noch zwischen den RAD-Einschätzungen von 2012 und 2020 erklären können. Bei den von der Kollektiv-Krankenversicherung in Auftrag gegebenen Abklärungen handle es sich nicht um ein eigentliches Gutachten (Urk. 9). 3.

Die Verfügung vom 19. Februar 2021 (Urk. 2), mit welcher das Leistungsbegehren abgewiesen wurde, basierte auf folgenden medizinischen Beurteilungen: 3. 1

In der FOMA der B.\_\_\_\_ vom 25. Juni 2020 (Urk. 10/74 S. 26-46), welche auftrags der Allianz erstellt wurde, wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt:

-

Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei:

-

Verdacht auf lumboradikuläre Reizung L5 links (MRI der LWS vom 15. Juli 2019: Dorsaldeviation der L5 Wurzel rezessaler durch Diskusprotrusion L4/5)

-

Status nach lumboradikulärem Reiz- und Ausfallsyndrom L5 links bei Diskushernie L4/5 mit nach mediolateral luxiertem Sequester bis in den Recessus, Schwäche des Musculus

flexor

hallucis

longus links

2012

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben eine arterielle Hypertonie und ein Status nach inkompletter Fazialisparese links. Der als Küchenmitarbeiter tätige Beschwerdeführer leide seit dem Jahr 2011 unter Schmerzen im linken Bein. Sein Krankheitsverlauf habe mit einer linksseitigen Gesichtslähmung ihren Anfang genommen. Nachdem sich die Gesichtsproblematik verbessert habe, habe der Beschwerdeführer ein komisches Gefühl und Schmerzen im linken Bein verspürt, wobei er dieses eines Tages plötzlich nicht mehr belasten könne. Trotzdem sei er weiterhin zur Arbeit gegangen. Nach drei Wochen habe er jedoch erneut andauernde Schmerzen gemischt mit einem Lähmungsgefühl im linken Bein verspürt. Es sei ein Bandscheibenvorfall diagnostiziert und ihm eine Krankenschreibung ausgestellt worden. Zur Beinproblematik seien auch Rückenbeschwerden und ein hoher Blutdruck aufgetreten. Er habe deshalb Kortison-Injektionen erhalten. Nachdem langsam eine Besserung eingetreten sei, habe er stufenweise seine Arbeit wieder aufgenommen. Deshalb habe er auch auf die Invalidenrente verzichtet. Der Beschwerdeführer sei nie mehr schmerzfrei gewesen und seit etwa einem Jahr verspüre er nun auch rechtsseitige Gesäß- und Beinschmerzen. Eine MRI-Kontrolle habe aber keine Verschlechterung des radiologischen Befundes ergeben. Seit dem 13. Februar 2020 sei er wieder arbeitsunfähig. Er leide unter brennenden Schmerzen überwiegend im Bereich des linken Beins, dies vom Gesäß aussenseitig bis zum Knie gehend mit Gefühl von Kraftminderung linksseitig. Die Schmerzen beständen rund um die Uhr und insbesondere nachts gehe es ihm schlechter. Er sei alle zwei bis drei Stunden wach und müsse umherlaufen. Die durchgeführte Physiotherapie und die eingenommene Schmerzmedikation seien nicht wirklich wirksam. Die eine Zeitlang eingenommenen Schlafmittel habe er wieder abgesetzt, da er dennoch schmerzbedingt wach geworden sei und vermehrt unter Schwindel sowie Tagesmüdigkeit gelitten habe. Subjektiv gehe es dem Beschwerdeführer um Schmerzen in den Beinen beidseits, überwiegend links, mit Ausstrahlung über den gesamten Rücken bis zum Nacken und um damit verbundene Schlafstörungen und Kraftminderung. Objektiv bei der aktuellen klinischen Untersuchung sei eine schmerzhaft bedingte eingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule im Lendenbereich sowie ein pseudoradikuläres Reizsyndrom, nicht zu einem Segment zugeordnet, eruiert worden. Eine

Hyposensibilität im Bereich der L5-Innervation links sei ebenfalls festgestellt worden. Bei der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) bei mässiger Symptomausweitung und zum Teil Selbstlimitierung habe der Beschwerdeführer eine mässige Leistungsbereitschaft und mässige Konsistenz gezeigt. Er habe sich mindestens bis zum leichten Bereich belasten lassen. Ausserdem habe der Beschwerdeführer sehr müde gewirkt, da er bereits seit Jahren nicht mehr durchschlafe. Eine Leistungsminderung der Rückenmuskulatur im Lendenbereich, das heisse eine verminderte Kraftausdauer, habe beobachtet werden können. Zusammengefasst beständen radiologisch bestätigte strukturell-organische Veränderungen im LWS-Bereich, welche eine gewisse Leistungsminderung medizinisch nachvollziehbar erscheinen liessen, aber nicht in dem vom Beschwerdeführer gezeigten Ausmass.

Die angestammte Tätigkeit als Küchenmitarbeiter bei der Z. \_\_\_ AG sei von Seiten der Gewichte her als leicht zu taxieren.

Die gezeigte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers liege teilweise unter den dortigen Belastungsanforderungen. Das eigentliche Problem in der angestammten Tätigkeit sei die Ausübung in gehender und stehender Position. Aufgrund der teilweisen Selbstlimitierung könne die Beurteilung nur teilweise gestützt auf die EFL-Testung erfolgen. Aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht sowie medizinisch-theoretisch sei die angestammte Tätigkeit dem Beschwerdeführer ganztags zumutbar; um jedoch einer Kumulation der Beschwerden vorzubeugen wäre eine zusätzliche Pause von 2.5 Stunden/Tag verteilt notwendig. Es bestehe somit eine 75%ige Arbeitsfähigkeit. Nach Absolvieren der empfohlenen Reha sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (spätestens ab September 2020). Eine mindestens mittel schwere (zu hantierende Lasten von 10-15 Kilogramm) wechselpositionierende Tätigkeit ohne andauernde rückenbelastende Positionen oder Tätigkeiten, wobei Arbeiten über Schulterhöhe, vorgeneigt es Stehen und Sitzen, Rotation im Sitzen, Kriechen, Stehen an Ort, Treppe n - und Leitersteigen aktuell zwischen 0.5 und 3 Stunden über den Tag verteilt möglich seien, seien dem Beschwerdeführer ganz tags und somit zu 100 % zumutbar. Richtungsweisende medizinalfremde Faktoren lägen nicht vor. Die Leistungsbereitschaft sei im Wesentlichen zuverlässig, die Konsistenz aber mässig gewesen. 3. 2

Im versicherungsmedizinischen Funktions- und Ressourcenorientierte Assessment (VmFRA, Urk. 11/74 S. 5-20) vom 12. Juli 2020 wurde gestützt auf eine psychiatrisch-psychopathologische und verhaltensneurologisch-leistungspsychologische Untersuchung festgehalten, dass sich aktuell ein unauffälliges geistig-mentales/neurokognitives Leistungsprofil feststellen lasse. Insgesamt liess sich keine Einschränkung an die im angestammten Beruf des Beschwerdeführers gestellten Anforderungen an die kognitive Belastbarkeit, die kognitive Flexibilität und die Fehlerkontrolle ableiten. Die aufgeführten Befunde qualifizierten objektiv-kriterienorientiert anhand der ICF-Modalitäten auch nicht für relevante Beeinträchtigungen des psychosozialen Funktionspotenzials, korrespondierend zum erfragten subjektiv geschilderten globalen Alltagsaktivitätsspektrum (Performance). Unter Berücksichtigung des im Rahmen der angestammten beruflichen Tätigkeit als Küchenmitarbeiter und Schichtleiter geforderten intellektuellen Anspruchsniveaus mittleren Grades sei gesamthaft von keinen kognitiven Einschränkungen auszugehen. Das geforderte körperliche Anspruchsniveau sei als leicht bis mittelschwer zu beurteilen. Hinsichtlich der Zumutbarkeit der beruflichen Reintegration aus somatischer Sicht sei auf die

rheumatologisch-orthopädische Beurteilung verwiesen. Die harten, berufsrelevanten ICF-Fähigkeitsdimensionen seien allesamt aus gutachterlicher Sicht (klinisch-interaktionell, verhaltensneurologisch und leistungspsychologisch-psychometrisch) nicht limitiert. Es bestehe demnach eine erhebliche Diskrepanz zwischen der subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (Selbsteinschätzung) und dem objektiven Fehlen leistungseinschränkender Befunde. Die für die Bemessung/Schätzung der Arbeitsfähigkeit nach versicherungsmedizinischen Kriterien geforderte klinisch-objektive Schweregradbeurteilung und ressourcenorientierte Beurteilung/Schätzung des objektiven psychosozialen Funktionspotenzials und der berufsrelevanten Fähigkeiten und Fertigkeiten in Anlehnung an ICF-Modalitäten impliziert heute aus psychiatrisch-psychopathologischer und neuropsychologisch-leistungspsychologischer Sicht für die angestammte Tätigkeit als Küchenmitarbeiter und Schichtleiter sowie für jede bildungsadäquate Tätigkeit objektiv keine Einschränkungen der Capacity (0%ige Arbeitsunfähigkeit). Klinisch-deskriptiv, im Rahmen der aktuellen Momentaufnahme, zeige sich bei guter Offenheit und Auskunftsbereitschaft, subaffektive, eine punktuell höchstens leichtgradige affektbetonte, gespannt-agitierte Phänomenologie dysthymischer Prägung schmerzreaktiver Genese bei subjektiv beklagter therapieresistenter Dauerschmerzproblematik und organzentrierter Kausalattribution, die als leichtgradige F4-Anpassungsstörung zu klassifizieren sei. Es gäbe keine Hinweise für psychosoziale Belastungsfaktoren oder aggravative Tendenzen mit direktem Kausalzusammenhang zur Grundproblematik. Objektiv gäbe es keine Hinweise für Antriebsstörungen beziehungsweise Störungen der Handlungsenergie bei unauffälligen objektiven AMDP-Modalitäten. Testpsychologisch zeige sich eine positive Leistungsmotivation. Neuropsychologisch-leistungspsychologisch (testdiagnostisch-psychometrisch) seien keine neurokognitiven depressiven Funktionsdefizite mit Berufsrelevanz feststellbar. Der Beschwerdeführer sei durchgehend psychisch-emotional und mental-intellektuell kompensiert und gefestigt. Bei guter Mitarbeit und guter Leistungs- und Anstrengungsbereitschaft ergäben sich klinisch-interaktionell und testdiagnostisch/psychometrisch keine Hinweise für bewussteinnahe Antwortverfälschungen/negative Antwortverzerrungen (motivationale Beschwerdevalidierung). Es bestehe aus leistungspsychologischer Sicht eine erhebliche Diskrepanz zwischen der subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit/Alltagsfunktionsniveau und der objektiven Einschätzung der Leistungsfähigkeit (Ressourcen/Defizite) bei objektivem Fehlen von leistungseinschränkenden Befunden. Die Zumutbarkeitsbeurteilung (zur Überwindung des Leidens) im Rahmen des biopsychischen («juristischen») Krankheitsbegriffs sei dann aber Sache des Rechtsanwenders selber. Berichts eigenanamnestisch im Sinn der Selbstdeklaration sei auch subjektiv von keiner durchgehenden Einschränkung des globalen Alltagsaktivitätsspektrums auszugehen.

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird -

soweit erforderlich - im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.3**

Im Bericht zur beruflichen Integration/Rente der Universitätsklinik D.\_\_\_\_ vom 18. September 2020 (Urk. 10/80 S. 7 11) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurden folgenden Diagnosen aufgeführt:

-

Lumboradikuläre Reizung L5 links

-

Status nach lumboradikuläre m Reiz-/Ausfallsyndrom L5 links

-

Diskushernie 4/5 nach mediolateral luxiertem Sequester bis

in d en Rezessus , Schwäche des M. flexor

hallucis

longus links

-

Infiltrationen

-

CT-gesteuerte therapeutische Infiltration L5 links

-

21. Mai 2012: NWB L5 links

-

anamnestisch diverse weitere Infiltrationen (alle drei

Monate)

-

Wurzelinfiltration L5 links vom 9. August 2019 ohne Effekt,  
eher negativ

-

10. August 2020: NWB L5 links, gutes Ansprechen

-

MRI der LWS vom 15. Juli 2019: Dorsaldeviation der L5-Wurzel

links rezessal durch Diskusprotrusion L4/5, leicht regredient zur

Voruntersuchung, minimaler Reizzustand der Endplatten L4/5,

stationär zur Voruntersuchung

-

Neurophysiologische Untersuchung vom 31. Juli 2020: chronische  
sensomotorische L5-Radikulopathie links, keine Hinweise für eine

floride

Denervierung

-

Status nach inkompletter Fazialisparese links

Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 6. November 2019 einmal monatlich dort in Behandlung. Er sei vom Hausarzt zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Es persistierten weiterhin gluteale Beschwerden linksbetont. Die ausstrahlenden Schmerzen im Bereich des lateralen Unterschenkels seien weniger häufig und intensiv. Der Beschwerdeführer sei während 20 Jahren bei der Z. \_\_\_ AG ange stellt gewesen; nun sei ihm per Ende November 2020 gekündigt worden. Bei seiner bisherigen Tätigkeit im Schichtbetrieb habe er zum Teil repetitiv schwere Lasten heben (Ausladen von Materialien) und häufig Treppensteigen müssen. Der Beschwerdeführer sei sicherlich eingeschränkt im Heben von Lasten . Grund sätzlich sei eine stückweise Wiedereingliederung des Beschwerdeführe r s in den Arbeitsprozess zu begrüssen, was auch dessen Wunsch entspreche. Dabei sei eine leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne Verharren in einer Zwangsposition oder ohne längeres Überkopfarbeiten empfohlen. Die Leistungsfähigkeit des Beschwer deführers sei eingeschränkt. Falls die bisherige Tätigkeit entsprechend angepasst werden könnte und der Beschwerdeführer Ruhepausen hätte und keine schweren Lasten heben müsste, wäre mit einer Eingliederung von 1.5 Stunden pro Tag drei Mal pro Woche zu beginnen, welche sukzessive bis zu einer 50%igen Arbeits fähigkeit gesteigert werden könnte . Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit - mit entsprechenden Ruhepausen - sei etwa für drei bis vier Stunden pro Tag zumut bar . 3. 4.

Dr. med. E. \_\_\_ , Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, der den Beschwerdeführer seit dem 26. März 2019 neu als Hausarzt behandelt, nannte in seinem Bericht vom 5. Dezember 2020 (Urk. 10/83) zuhanden der Beschwerde gegnerin als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondyogenes Schmerzsyndrom bei/mit Dorsaldeviation der L5-Wurzel links rezessal durch Diskusprotrusion L4-L5 und einem Sta t us nach mehrmaligen Infiltrationen . L etztere im August 2019 leider ohne Effekt. Der Beschwerdeführer sei für die Mitarbeit in einem Restaurant als mittelschwere bis schwere Tätigkeit seit dem 13. Februar 202 0 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Der Beschwerdeführer leide seit mehreren Jahren an starken Kreuzschmerzen, welche nun seit anfangs 2020 stark zugenommen hätten. Die Belastbarkeit des Achsen sekeletts sei massiv eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sei für eine mittel schwere bis schwere Tätigkeit in der freien Wirtschaft wie die bisherige Tätigkeit langfristig zu 100 % arbeitsunfähig. Hingegen sei ihm eine körperlich leichte, wechselbelastende, vorwiegend sitzende Tätigkeit ohne Heben und Stossen von schweren Lasten und ohne repetitive Bewegungen wahrscheinlich zu 50 % zumutbar, wobei mit öfteren krankheitsbedingten Absenzen zu rechnen sei. Dabei sei die Prognose wahrscheinlich günstig. Berufliche Massnahmen kämen wegen der fehlenden Voraussetzungen nicht in Frage. Im Haushalt sei der Beschwerde führer circa 20-30 % eingeschränkt. 3. 5

RAD-Arzt Dr. med. C. \_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie , hielt in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 16. Dezember 2020 (Urk. 10/84 S. 4 f.) fest, dass anhand der vorliegenden Arzt berichte mit der lumboradikulären Reizung L5 links ein somatische r Gesundheits schaden einschliesslich einer sich daraus ableitenden Einschränkung der funk ti onellen Leistungsfähigkeit ausgewiesen sei. Dieser

Gesundheitsschaden sei seit Längerem stabil. Hinsichtlich der Bewertung der Arbeitsunfähigkeit gäbe es gemäss den vorliegenden Berichten widersprüchliche Angaben beziehungsweise Beurteilungen: so bezeichne der Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ die angestammte Tätigkeit als mittelschwer bis schwer und gebe dafür ab dem 13. Februar 2020 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und für eine angepasste Tätigkeit eine «wahrscheinlich 50%ige Arbeitsfähigkeit» an. Im FOMA-Bericht - nach rheumatologischer Untersuchung und erfolgter EFL - hingegen werde die angestammte Tätigkeit als «von Seiten der Gewichte her als leicht» bezeichnet, wobei das eigentliche Problem die Ausübung in gehender und stehender Position gewesen sei. Für diese Tätigkeit sei zunächst eine Arbeitsfähigkeit von 75 %, aber nach Absolvieren einer empfohlenen Reha ab spätestens September 2020 bereits eine 100%ige Arbeitsfähigkeit angegeben worden, wobei für eine angepasste Tätigkeit sowieso ab sofort eine Arbeitsfähigkeit von 100 % gelte. Nachdem offenbar keine Reha stattgefunden habe, sei aus versicherungsmedizinischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem seit der FOMA (Juni 2020) unveränderten Gesundheitsschaden auszugehen; somit ab dem 12. Juni 2020 von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit (ganztätige Präsenz mit vermehrten Pausen und dadurch Leistungsminderung um 25 %) bis auf Weiteres. Im Verlauf sei der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit entsprechend vom 13. Februar bis 12. Juni 2020 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen und seither bis auf Weiteres zu 25 % arbeitsunfähig. Für eine optimal behinderungsangepasste Tätigkeit hingegen bestehe seit jeher eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (körperlich leicht, ohne vorgeneigtes Stehen oder Arbeiten über Kopf, ohne Verharren in verdrehter oder geneigter Zwangshaltung, ohne langes Stehen am Ort, Kriechen/Kauern oder häufiges Treppen- oder Leitersteigen). 3. 6

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer einen Verlaufsbericht und aktuellen Arztbericht der Universitätsklinik D.\_\_\_\_

vom 12. Februar 2021 ein (Urk. 3/1), worin die im früheren Bericht vom 18. September 2020 genannten Diagnosen wiederholt wurden (vgl. E. 3.3.3). Die Belastbarkeit

des Beschwerdeführers sei reduziert. Aufgrund der bestehenden L5-Radikulopathie, welche chronisch sei und sich auch neurologisch nachweisen lasse, beständen beim Beschwerdeführer ausstrahlende Schmerzen linksbetont. Durch Heben von schweren Lasten, Treppensteigen, Verharren in einer Zwangsposition und Ähnlichem würden diese Beschwerden getriggert, sodass der Beschwerdeführer vor allem nächtlich unter starken Schmerzen leide, mehrfach erwache und nur wenige Stunden schlafen könne. Es sei eine leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne Verharren in einer Zwangsposition oder längeres Überkopfarbeiten oder repetitives Heben von schweren Lasten über 5 Kilogramm empfohlen. Dabei sei sicherlich die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers eingeschränkt. Eine stückweise Wiedereingliederung bis zu einem 50%-Pensum sei realistisch, sofern die genannten Bedingungen eingehalten würden. Eine Verbesserung durch operative Massnahmen sei von wirbelsäulenchirurgischer Seite nicht gesehen worden. Zum Erhalt der Leistungsfähigkeit seien weiter regelmässige therapeutische Massnahmen sowie das regelmässige Training sinnvoll. Im besten Fall blieben die Schmerzen stabil. Allenfalls wäre es möglich, dass es auch wieder zu einer Verschlechterung der Schmerzsymptomatik mit einer vermehrten radikulären Reizung L5 links komme; gegebenenfalls wäre eine erneute Infiltration möglich. Da sich der Beschwerdeführer von 2011 bis 2013 nicht dort in Behandlung befunden habe, könnten zum damaligen Gesundheitszustand keine Angaben gemacht werden. 3. 7

Dr. E.\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer im ärztlichen Zeugnis vom 12. März 2021 (Urk. 8/2) eine vom 13. Februar bis 30. November 2020 dauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit, eine vom 1. Dezember 2020 bis 31. März 2021 dauernde 80%ige Arbeitsunfähigkeit und eine vom 1. bis 30. April 2021 dauernde 75%ige Arbeitsunfähigkeit. 4. 4.1

Die FOMA der B.\_\_\_\_

vom 25. Juni 2020 (Urk. 10/74 S. 26-46) basiert auf einer umfassenden rheumatologischen Untersuchung samt Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem wurden die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und die Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet. Zudem wird die sich auf die somatischen Beschwerden beschränkte FOMA durch das VmFRA vom 12. Juli 2020 (Urk. 10/74 S. 5-20) ergänzt, welches sich aus psychiatrisch-psychopathologischer und neuropsychologisch-leistungspsychologischer Sicht zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers äussert.

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 3 f. und Urk. 13 S. 2) ist auch den

durch Privatversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund 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 auch nur geringe Zweifel gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Da solche vorliegend nicht ersichtlich sind, kommt der FOMA

- sowie auch der überaus überzeugenden VmFRA - demnach grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.4-5 mit weiteren Hinweisen). 4.2

Vorweg ist festzuhalten, dass aufgrund der gegebenen Aktenlage unbestrittenermassen keine relevante psychische Gesundheitsstörung beim Beschwerdeführer vorliegt. Aus psychiatrischer Sicht wurde vielmehr sogar positiv hervorgehoben, dass der Beschwerdeführer durchgehend psychisch-emotional und mental-intellektuell kompensiert und gefestigt sei. 4.3

Gestützt auf die bezüglich Befunderhebung und Diagnostik im Wesentlichen übereinstimmenden ärztlichen Berichte steht fest, dass mit der dargelegten Diagnose ein somatischer Gesundheitsschaden, welcher sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt, ausgewiesen ist. So stellte n

die fachärztlichen B.\_\_\_\_ - Gutachter nachvollziehbar fest, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Küchenmitarbeiter und Schichtleiter im Restaurant - begründet durch die vermehrten Pausen und die dadurch verursachte Leistungsminderung - nur noch zu 75 % zumutbar sei, ihm diese aber nach Absolvierung einer Reha wieder zu 100 % möglich sei. In einer angepassten Tätigkeit (körperlich leichte Tätigkeit ohne vorgeneigtes Stehen oder Arbeiten über Kopf, ohne Verharren in verdrehter oder geneigter Zwangshaltung, ohne langes Stehen am Ort und ohne häufiges Treppen- oder Leitersteigen) sei er dagegen vollumfänglich arbeitsfähig. Diese Einschätzung überzeugt aufgrund der umfassend

dargelegten Befundlage und stimmt im Wesentlichen auch mit derjenigen des von der Verwaltung hinzugezogenen RAD-Arztes überein, ausser dass Dr. C. \_\_\_ wegen Nicht-Absolvierens einer Reha zugunsten des Beschwerdeführers sogar auch nach dem 12. Juni 2020 (Zeitpunkt der FOMA) von einer um 25 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausging (vgl. E. 3. 5) . 4.4

An der überzeugenden Einschätzung der B. \_\_\_ -Gutachter sowie des RAD, wonach dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit seit jeher vollumfänglich zumutbar ist, vermögen auch die Einwände des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4 ff.) nichts zu ändern:

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers erging die FOMA in Kenntnis des Krankheitsverlaufs seit 2011 und den vorhandenen Behandlungsberichten vom 25. September 2019 bis zum 12. März 2020 ( vgl. hierzu Urk. 10/74 S. 33 ) Dass nicht sämtliche Akten der Invalidenversicherung beigezogen wurden, vermag deren Beweiswert nicht zu schmälern. Einerseits sind die Diagnosen über all die Jahre, wie der Beschwerdeführer selber einräumt ( Urk. 1 S. 6), fast identisch geblieben, andererseits steht die Diagnosestellung im Rahmen einer funktionsorientierten medizinischen Abklärung gerade nicht im Vordergrund, sondern ist eine Evaluation der - aktuellen - arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit das Ziel, bei welcher die Bedeutung einer lückenlosen Aktenanamnese in den Hintergrund tritt.

RAD-Arzt Dr. C. \_\_\_ stützte sich bei seiner schlüssigen versicherungsmedizinischen Beurteilung auf die gesamte - lückenlose - medizinische Aktenlage. Seine Feststellung vom 16. Dezember 2020, dass der Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers unter anderem seit längerem stabil sei (vgl. E. 3. 5), steht denn auch nicht mit der früheren Einschätzung des RAD von 2012 in Widerspruch (vgl. beschwerdeweises Vorbringen, Urk. 1 S. 6). Zwar wurde damals sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit von einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen, doch wurde auch ein bedeutendes Verbesserungspotenzial gesehen, da bereits nach sechs Monaten eine Revision vorgesehen war. Die Rückenproblematik hat sich denn auch tatsächlich soweit gebessert, dass der Beschwerdeführer ab Mitte August 2012 seiner angestammten Tätigkeit wieder zu 100 % nachgehen konnte. Mit Ausnahme der unfallbedingten Verschlechterung der Rückenproblematik, konnte der Beschwerdeführer denn bis Februar 2020 seiner Arbeit nachgehen.

Die stark unterschiedliche Bewertung der Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit zwischen den behandelnden Ärzten, die eine vollständige Arbeitsunfähigkeit annahmen, und den Gutachtern, die zum Zeitpunkt der Begutachtung von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit ausgingen, ist zum Hauptteil auf die unterschiedliche Bewertung des Belastungsprofils der bisher ausgeübten Tätigkeit zurückzuführen. Die Behandler legten ihrer Beurteilung eine mittelschwere bis schweren Tätigkeit zugrunde (E. 3.3 und E. 3.4), während die FOMA die bisherige Tätigkeit als leicht taxierte (E. 3.1). Die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit wiederum lässt sich mit der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 9 S. 2) - mit der Erfahrungstatsache erklären, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, BGE 125 V 251 E. 3b/cc), weshalb deren Aussagen mit Vorbehalt zu würdigen sind. Zudem konnten sich die B. \_\_\_ -Gutachter auf objektive Testungsergebnisse stützen und bei mässiger Symptomausweitung und teilweiser Selbstlimitierung eine fragliche Leistungsbereitschaft

und mässige Konsistenz beobachten.

Auch das Vorbringen des Beschwerdeführers, dass mit dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht der Universitätsklinik D.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2021 neu auch eine neurologische Diagnose vorliege (Urk. 1 S. 7 f.), trifft nicht zu, da die sensomotorische Radikulopathie der Wurzel L5 schon bekannt war (vgl. E. 3.3). Dieser Umstand wurde denn auch von RAD-Arzt Dr. C.\_\_\_\_ berücksichtigt. 4.5

Soweit der Beschwerdeführer weitere medizinische Abklärungen verlangt (Urk. 1 S. 11), ist darauf in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten, da der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten - insbesondere der voll beweiskräftigen FOMA (Urk. 10/74 S. 26-46) - hinreichend abgeklärt sind.

Nach dem Gesagten steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer

seit jeher

eine leidensangepasste Tätigkeit (körperlich leichte Tätigkeit ohne vorgeneigtes Stehen oder Arbeiten über Kopf, ohne Verharren in verdrehter oder geneigter Zwangshaltung, ohne langes Stehen am Ort und ohne häufiges Treppen- oder Leitersteigen) zu 100% zumutbar ist. 4.6

Bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, bei der vorliegend mit

gleichen

Verdienstmöglichkeiten zu rechnen ist wie in der angestammten Tätigkeit als Schichtleiter in einem Restaurant, erübrigt sich ein Einkommensvergleich und besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (E. 1.1 und E. 1.2).

Ebenso wenig besteht ein Anspruch auf berufliche Massnahmen der Invalidenversicherung, da der Beschwerdeführer bei voller Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit weder invalid noch von einer Invalidität bedroht ist (E. 1.1 und E. 1.3). Für die Stellensuche sei er auf die Beratung durch die Arbeitslosenversicherung verwiesen, da keine spezifischen Einschränkungen gesundheitlicher Art vorliegen (vgl. E. 1.4).

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5.

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert zu bemessen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 600.-- anzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic. iur. Y.\_\_\_\_ - 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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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  
Die Gerichtsschreiberin  
Hurst  
Geiger

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

ATSG) sind.

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

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