

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00084 vom 8. September 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-09-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00084](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00084)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00084 du 8 septembre 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00084 del 8 settembre 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1965, meldete sich am 17. Juli 2019 unter Hinweis auf eine Herz-Operation bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/4). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und holte ein polydisziplinäres Gutachten bei der Z.\_\_\_\_ AG ein, das am 27. Juli 2021 erstattet wurde (Urk. 7/113). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/122; Urk.

7/128) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 13. Januar 2023 eine halbe Invalidenrente ab 1. Juni 2020 zu (Urk. 2).

#### **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 der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, KS ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

#### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und

nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich

die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG) .

### **E. 1.3**

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

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

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

### **E. 1.4**

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 m.w.H.). 2.

### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 6. Februar 2023 Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. Januar 2023 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente ab Januar 2020 zuzusprechen sowie die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 20. März 2023 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer mit Gerichtsverfügung vom 21. März 2023 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Zusprache einer halben Rente ab 1. Juni 2020 damit, dass der Beschwerdeführer I laut den medizinischen Abklärungen für jegliche Arbeit im ersten Arbeitsmarkt seit Juni 2019 zu 50 % arbeitsunfähig

sei. Es bestehe eine Erwerbseinbusse von 50 %, was auch dem Invaliditätsgrad entsprechen würde. Sowohl die bisherige Tätigkeit als Disponent wie auch eine optimal angepasste Tätigkeit als Hilfsarbeiter unter Berücksichtigung des Belastungsprofils seien weiterhin zu 50 % zumutbar und im ausgeglichenen Arbeitsmarkt vorhanden (Urk. 2 S. 3).

## E. 2.2

Demgegenüber brachte der Beschwerdeführer vor (Urk. 1), dass es unter Berücksichtigung der Aktenlage und der Krankengeschichte, wonach er insbesondere seit der Operation am offenen Herzen im März 2018 bzw. im Anschluss daran an verschiedensten Beschwerden leide (unter anderem starke Schmerzen im Brustbereich ausstrahlend bis in den Rücken und die Schultern auch in Ruhe mit Schweißausbrüchen und Herzrasen, Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Bauchschmerzen, Ohrenpfeifen), nicht nachvollziehbar

sei, wie der kardiologische Teilgutachter zum Schluss gelangen konnte, dass er aus kardiologischer Sicht keinerlei Einschränkungen haben soll. Seine Einschätzung entspreche nicht den tatsächlichen Verhältnissen. Sein Kardiologe beschreibe Beschwerden unterschiedlicher Intensität, welche ihn sehr müde, geschwächt, kraftlos und antriebsarm machten (S. 8). Das kardiologische Teilgutachten

lasse eine Würdigung oder Stellungnahme zur anderslautenden Beurteilung und Diagnosestellung des behandelnden Facharztes vermissen. Die Empfehlung zu medizinischen Massnahmen sei nicht stimmig; es werde beispielsweise hinsichtlich Schlafstörung ein Antidepressivum empfohlen, das bei genauem Studium der Akten bereits in der Vergangenheit ausprobiert und aufgrund der Herzerkrankung nach kürzester Zeit wieder abgesetzt werden müssen (S. 9). Die Schlussfolgerung im Gutachten sei nicht plausibel, wonach er einerseits zu 50 % arbeitsfähig sei, sich seine gesundheitliche Verfassung andererseits aber täglich, ja stündlich ändere und so eine geregelte Tätigkeit faktisch ausgeschlossen sei (S. 9-10). Auf die Frage, wie ein Arbeitgeber mit einem Angestellten umgehen könne, welcher seine Präsenz nicht planen könne und jeden Moment nehmen müsse, wie er sei, liefere weder das Gutachten noch die IV-Stelle eine Antwort. Unter Berücksichtigung aller Umstände sei eine Restarbeitsfähigkeit - wenn überhaupt vorhanden - nicht verwertbar (S.

### 10). 3. 3.1

Der behandelnde Kardiologe dipl. Arzt A.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie,

verwies in seinem Bericht vom 26. Juni 2020 (Urk. 7/34/1-6)

auf folgende Diagnosen

(Urk. 7/34/7-8): - Z.n. AKE mit Bio-Klappe (Medtronic Freestyle 27 mm) und Ersatz der Aorta ascendens und Hemibogen bei aneurysmatischer Erweiterung 03.2018 - CT-Kontrolle 12.2018 mit unauffälligem Verlaufsergebnis - KHK ohne Nachweis relevanter Stenosen 03.2018 - Leicht reduzierte LV-EF - LSB - Post-OP paroxysmales VHF, zweimalige EKV 03.2018, keine Antikoagulation, LZ - EKG 11.2018 o.B. - Art. Hypertonus, HLP - Neurodermitis - Angst

Der Arzt führte aus, dass körperliche Arbeiten und lange Konzentrationszeiten nicht möglich seien und attestierte auf Dauer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

### 3.2

Dr. med. B. \_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in ihrem Bericht vom 29. Juni 2020 (Urk. 7/50) folgende Diagnosen (S. 6): - Anpassungsstörung (F43.2), DD: Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), 07.10.2019, als Folge der schweren kardialen Erkrankung und der damit einhergehenden Operationen/Eingriffe - Depressives Zustandsbild (F32.1), subjektiv am 07.10.2019 zwar nicht depressiv, objektiv jedoch sehr wohl dysphorisch, angespannt, Verlust von Freude, negative Zukunftsperspektiven, passive Todeswünsche, ängstlich, erhöhte Ermüdbarkeit (DD: somatisch bedingt)

Die Ärztin gab an, dass sich der Beschwerdeführer seit 7. Oktober 2019 bei ihr in Behandlung befinde (S.

2). Postoperativ habe er sich während der ersten circa sechs Monate recht gut erholt, dann seien jedoch erneut Symptome wie Tinnitus, Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerzen, Sehstörungen, Erbrechen, Hitzewallungen und Schwitzen aufgetreten. Im Frühjahr 2019 habe eine vorübergehende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung stattgefunden (S. 3). Der Beschwerdeführer sei durch die wiederholten, zum Teil sehr schweren körperlichen Symptome sehr verunsichert und verängstigt gewesen (S. 4). Von der Einnahme von Antidepressiva sei aus kardiologischer Sicht abgeraten worden (S. 5). Der Beschwerdeführer scheine derzeit keine stabile körperliche Gesundheit aufzuweisen, welche eine Arbeitstätigkeit erlaube. Er sei aufgrund der vielfältigen körperlichen Beschwerden und der Vorgeschichte verständlicherweise entsprechend verunsichert und verängstigt, ob er bei einer zusätzlichen körperlichen Verschlechterung genug schnell medizinische Hilfe erhalten würde. Er fühle sich ausserhalb der Wohnung ständig unsicher (S. 7). Aufgrund der schweren kardialen Erkrankung sei wohl mit einer dauernden Arbeitsunfähigkeit zu rechnen. Auch die vorliegende psychiatrische Erkrankung, welche vorerst weitestgehend als Folge seiner kardialen Erkrankung zu interpretieren sei, müsse zuerst psychotherapeutisch angegangen werden (S. 8). 3. 3. 3. 3. 1

Der interdisziplinäre Gesamtbeurteilung des polydisziplinären Gutachtens der Z. \_\_\_\_, AG in den Disziplinen Kardiologie, allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Rheumatologie und Psychiatrie vom 27. Juli 2021 (Urk. 7 / 113) sind folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (S. 14): - Sonstige depressive Episoden (larvierte somatisierte Depression) (ICD-10 F32.8) - Komplexer Schwindel, teilweise ungerichtet, teilweise gerichtet, mit/bei - Leichter bilateraler Vestibulopathie (ICD-10 81.8) - Möglicherweise nach Amiodaron - Medikament - Möglicherweise im Rahmen der vestibulären Migräne (ICD-10 G43.3) - Psychosomatische Komponente möglich (ICD-10 R42) - Chronische Cephalgien, wahrscheinlich multifaktorieller Genese mit/bei - Migränöse Komponente, vestibuläre Migräne (ICD-10 G43.3) - Spannungstypkopfschmerz, psychische Komponente (ICD-10 R51) - Bildgebend (MRI Schädel) zuletzt 03/2019 kein Nachweis einer symptomatischen Genese

Es bestünden mässig bis erheblich ausgeprägte Beeinträchtigungen in den Bereichen Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Widerstands- und Durchhaltefähigkeit. Eine gesteigerte Lärmempfindlichkeit könne ebenfalls angenommen werden. Aufgrund der Schwindelsymptomatik seien zudem Arbeiten auf Leitern bzw. in der Höhe sowie das Steuern von Fahrzeugen nicht möglich (S. 16). Aus interdisziplinärer Sicht ergebe sich eine

Arbeitsunfähigkeit von 50 % sowohl in der angestammten als auch im Rahmen einer Verweistätigkeit. Die bestehenden Einschränkungen und Symptome mögen sich einige Monate nach der Herz operation ausgebildet haben und sukzessive zugenommen haben, sodass die heutigen Umstände best ä n den . Diese mögen geschätzt seit Mitte 2019 in de r heutigen Form bestehen. Die rechtzeitig vorgenommenen, von ihnen (den Gut achtern) als wesentlich erachtete n Beurteilungen erschienen plausibel (S. 18). 3. 3 .2

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Facharzt für Kardio logie, diagnostizierte in seinem Teilgutachten ( Urk. 7/113/31-53) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 15 ). Die Exploration fand am 1 5. Mai 2020 statt (S. 3). Zwar sei b e im Beschwerd eführer im Rahmen der durchgeführten Zusatzdiagnostik vom 3 0. Juni 2021 (S. 14) eine reduzierte körp er liche Belastbar keit festgestellt worden, diese er scheine aber im Hinblick auf die angestammte Tätigkeit als Disponent wenige r relevant (es handle sich bei einer solchen Arbeit um eine sitzende Arbeit ohne körperliche Anstrengung). Einige der erhobene n Diagnosen erhöhten zwar die Wahrscheinlichkeit von sekundären Herz-Kreislauf-Ereignissen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, blieben aber dennoch aus ver sicherungsmedizinischer Sicht irrelevant (S. 1 6). In der bisherigen Tätigkeit besteh e eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 2 1). 3. 3 .3

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Teil gut achten ( Urk. 7/113/56-75) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeits fähig keit (S. 14-15) . 3. 3 .4

Im neurologischen Teilgutachten ( Urk. 7/113/76-98) von Dr. med. E.\_\_\_\_, Neurologie FMH, werden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeits fähigkeit aufgelistet (S. 16): - Chronische Cephalgien wahrscheinlich multifaktorieller Genese mit/bei - Migränose r Komponente, vestibuläre r Migräne (ICD-10: G43.3) - Spannungskopfschmerz, psychische Komponente (ICD-10: R51) Bildgebung (MRI Schädel) zuletzt 03/2019 kein Nachweis einer symptomatischen Genese - Komplexer Schwindel, teilweise ungerichtet, teilweise gerichtet, mit/bei - Leichte r bilaterale r Vestibulopathie (ICD-10: H81.8 mit/bei - Möglicherweise nach Amiodaron - Medikation - Möglicherweise im Rahmen der vestibulären Migräne (ICD-10: 43.3) - Psychosomatische Komponente möglich (ICD-10: R42)

Von neurologischer Seite ständen die Kopfschmerzen einerseits und der Schwindel andererseits im Vordergrund . Diese beiden Probleme seien nicht un abhängig voneinander zu beurteilen. Aufgrund der Gesamtkonstellation sei es aber extrem schwer zu trennen, inwieweit die psychische Situation die gesamte Symptomatik weiter überlagere und mitbegründe. Dies müsse letz t endlich auch von psychiatrischer Seite mitbeurteilt werden. Zusammengefasst ergäben sich be züglich der beklagten Beschwerden der Cephalgien und des Schwindels Hin weise auf eine vestibuläre Migräne und eine klinische Vestibulopathie, wobei deren Einordnung und Wertigkeit schwierig sei (S. 17). Es bestehe eine Ein schränkung der Leistung. Dies aufgrund der chronische n

Cephalgien und de s Schwindel s , die unberechenbar seien und sicherlich einerseits zu Ausfallzeiten und andererseits zu vermehrten Erholungsphasen führten. Die Einschränkung bezifferte

der Gut achter auf 50 %. Die neurologische Symptomatik sei erstmals im Dezember 2018 dokumentiert, somit Beginn ab Dezember 2018 (S. 21). 3. 3 .5

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Nephrologie, diagnostizierte im rheumatologischen Teilgutachten (Urk. 7/113/99-118) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 113).

### 3.3.6

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 7/113/119-146) diagnostizierte med.

pract. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine sonstige depressive Episode (die vierte somatisierte Depression) (ICD-10 F32.8).

Der Beschwerdeführer dürfte bedingt durch die Umstände, durch Ärzte, Kollegen, auch später durch die behandelnde Psychiaterin und seine Lebenspartnerin vielfältige Kränkungen erlitten haben, die eine seelische Belastung, eine psychische Alteration ausgelöst haben dürften, möglicherweise bei einer auch etwas anankastisch, narzisstisch strukturierten Primärpersönlichkeit, die sich vor dem Hintergrund der psychosozialen Aufwuchsbedingungen ausgebildet haben könnte (S. 21-22).

All dies möge zu einer larvierten, somatisierten -depressiven Störung, geführt haben, unter die auch die vom Beschwerdeführer beklagte körperliche Symptomatik und die Ängste zu subsumieren seien, so dass keine Erkrankung oder weitere Diagnosekriterien aus dem somatoformen Diagnosespektrum oder aus dem Angst- und Panikdiagnosespektrum hätten gestellt werden können. Auf das Bestehen einer depressiven Störung hätten sich auch testpsychiatrisch Hinweise finden lassen. Bedingt durch die Latenz habe die depressive Symptomatik auch nur einen gewissen Niederschlag im Psychostatus gefunden.

Die heutige Symptomatik sei deutlich über der einer Anpassungsstörung, Angst und depressiven Reaktionen gemischt (ICD-10: F43.22), so dass die gewählte Diagnose die aktuellen Gegebenheiten beschreibe und fasse. Bedingt durch die depressive Störung habe der Beschwerdeführer eine Minderung der Leistungs- und Belastungsfähigkeit

erlebt, die wohl auch real vor dem Hintergrund der körperlichen Erkrankung bestanden habe. Der Gutachter erwähnte ferner

eine leichte Ermüdbarkeit, ein erhöhtes Schlafbedürfnis, Kraftlosigkeit und ein Fehlen einer Struktur, die sich aktuell auch im Tagesablauf manifestiere (S. 22). Rein medizinisch-theoretisch, aus rein psychischer Sicht, wäre der Beschwerdeführer laut Gutachter in der Lage, sämtliche seinem körperlichen Belastungsprofil angepasste Tätigkeiten, aktuell mit einer integralen Reduktion von 50%, zu verrichten. Die heute bestehenden und den Beschwerdeführer einschränkende Symptome hätten sich einige Monate nach der Herzoperation vom 28. März 2018 ausgebildet und sukzessive zugenommen, sodass die heutigen Umstände beständen. Diese beständen geschätzt seit Mitte 2019 in der heutigen Form (S. 26). 3.4

Dipl. Arzt A.\_\_\_\_ führt in seinem Bericht vom 5. September 2022 (Urk. 7/127) aus, dass eine psychische Belastung bedingt durch eine schwere und schicksalhafte Operation und deren Bedeutung für die Zukunft häufig sei. Dies liege auch beim Beschwerdeführer vor und habe in den vergangenen Jahren immer wieder zu notfallmässigen Aufenthalten in Spitälern oder in seiner Praxis geführt mit häufigen Beratungstelefonaten und Mailkontakten. Diese posttraumatische Belastungssymptomatik ziehe sich in unterschiedlicher Ausprägung durch die letzten Jahre. Die Einschätzung der Gesamtsituation und der Folgen für den Beschwerdeführer durch den gutachterlich bestellten Psychiater sei so nicht nachzuvollziehen (S. 2). Er sehe beim Beschwerdeführer

keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben (S. 3). 4. 4.1

Das polydisziplinäre Gutachten der Z. \_\_\_ AG vom 27. Juli 2021 (Urk. 7/113) erfüllt sämtliche formalen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise im Sinne der Rechtsprechung (vgl. vorstehende E. 1.4). Es beruht auf allseitigen Untersuchungen, setzt sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigung auseinander, berücksichtigt die geklagten Beschwerden sowie sämtliche ärztlichen Untersuchungsberichte (vgl. Urk. 7/113/23-30; Urk. 7/113/147-230).

Strittig ist aber, ob das Gutachten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in Bezug auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und die

dadurch bedingten Einschränkungen nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen enthält, wobei insbesondere der psychische und kardiologische Gesundheitszustand im Vordergrund stehen. 4.2 4.2.1

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 4.2. 2

Wie in BGE 145 V 361 dargelegt, ist in allen Fällen durch die Verwaltung beziehungsweise das Gericht zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben. Dazu ist erforderlich, dass die Sachverständigen den Bogen schlagen zum vorausgehenden medizinisch-psychiatrischen Gutachtensteil (mit Aktenauszug, Anamnese, Befunden, Diagnosen usw.), das heisst sie haben im Einzelnen Bezug zu nehmen auf die in ihre Kompetenz fallenden erhobenen medizinisch-psychiatrischen Ergebnisse fachgerechter klinischer Prüfung und Exploration. Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Der psychiatrische Sachverständige hat darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar - zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken - unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person (E. 4.3; vgl. auch BGE 148 V 49 E. 6.2.1 mit Hinweis). 4.2. 3

Der psychiatrische Gutachter Dr. G.\_\_\_\_ (Urk. 7/113/119-146) hat im Rahmen seiner Diagnoseherleitung dargelegt, dass die beim Beschwerdeführer vorhandene körperliche Symptomatik ebenfalls unter die Diagnose der larvierten, somatisiert -depressiven Störung zu subsumieren sei. Dadurch erlebe der Beschwerdeführer eine Minderung der Leistungs- und Belastungsfähigkeit, eine leichte Ermüdbarkeit, ein erhöhtes Schlafbedürfnis, Kraftlosigkeit und ein Fehlen an Struktur, die sich aktuell auch im Tagesablauf manifestiere (S. 22).

Auch wurde vom Gutachter Bezug zu den rechtsprechungsgemässen Standardindikatoren genommen. In der Kategorie «funktioneller Schweregrad» wurde die Diagnose als einschränkend eingestuft. Zudem erläuterte er nachvollziehbar, dass bei der vorliegenden Larviertheit die depressive Symptomatik auch nur einen gewissen Niederschlag im Psychostatus gefunden habe (S. 22).

Ferner wurde die Leistungsfähigkeit anhand der Mini-ICF-APP abgebildet. Demnach lagen mässige bis erhebliche Beeinträchtigungen in den Bereichen Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie Widerstands- und Durchhaltefähigkeit vor (S. 20).

Aus den gutachterlichen Ausführungen geht weiter hervor, dass der Beschwerdeführer über keinen geregelten Tagesablauf

verfügt. So stelle er sich laut Gutachter zwar einen Wecker auf 08:20 Uhr, je nach Befindlichkeit gehe er aber auch wieder ins Bett und stehe erst um 11:00 Uhr auf (S. 15-16). Insgesamt habe der Tag keine Aufgabe, keinen Inhalt

und keine Struktur. Bei schönem Wetter gehe er Laufen. Soziale Kontakte könne er, da das Netz ausgedünnt sei, nicht mehr nachgehen. Es gebe keinen Rhythmus, auch nicht bei den Mahlzeiten oder den Schlafenszeiten. Die gesamten Hausarbeiten erledige der Beschwerdeführer - mit Unterbrüchen und Pausen - selbständig (S. 16).

Was den Behandlungs- und Eingliederungserfolg betreffe, sei der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben bis September 2020 in ambulanter psychiatrischer Behandlung gewesen (S. 16). Der Gutachter sprach sich dafür aus, dass diese wieder aufgegleist werden sollte (S. 23). Bezüglich Persönlichkeitsdiagnostik hätten keine Hinweise auf eine versicherungspsychiatrisch relevante Störung bestanden. Der Gutachter führte weiter aus, dass sich im Rahmen der Begutachtung keine Inkonsistenzen ergeben hätten. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Einschränkungen seien, bedingt durch die auf psychiatrischem Fachgebiet gestellten Diagnosen, durchaus nachvollziehbar. Das Aktivitätsniveau im Alltag mit fehlender Tagesstruktur sei als eingeschränkt zu bezeichnen, zudem bestehe auch ein unangemessener sozialer Rückzug. Der Gutachter ist somit zum Schluss gekommen, dass aus psychiatrischer Sicht eine gleichmässige Einschränkung in allen vergleichbaren Bereichen festgestellt werden konnte (S.

23). Wie der Gutachter weiter anmerkte, hatte sich der Beschwerdeführer mit den vorbestehenden Umständen vor der Herzoperation am 28. März 2018, wie etwa dem fehlenden Wiedereintritt ins Arbeitsleben, soweit eingerichtet.

Diese Umstände

basieren somit

nicht auf einer psychiatrischen Diagnose, Störung oder Symptomatik (S. 25).

Laut Gutachter könnten die schwerwiegende Herzoperation vom 28. März 2018 sowie die Umstände und die Folgen daraus als Belastung und Einschnitt in die Kontinuität angesehen werden, woraus sich als Folge die Diagnose und die festgestellte Symptomatik ausgebildet habe (S. 26).

Dennoch lägen

bei dem Beschwerdeführer auch Ressourcen vor. Der Gutachter führte an, dass die Kommunikationsfähigkeit gut gegeben sei und der Beschwerdeführer Interesse am Garten, dem Kater und am PC zeige (S. 16). 4.2.4

Insgesamt ist somit festzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter die Einschränkungen des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung der massgebenden Indikatoren (vgl. vorstehende E. 4.2.1) schlüssig und widerspruchsfrei hergeleitet hat. Die Schlussfolgerung des Gutachters, wonach der Beschwerdeführer in der Lage ist, sämtliche seinem körperlichen Belastungsprofil angepasste

Tätigkeiten mit einer Reduktion von 50 % zu verrichten (S. 26), erweist sich als hinreichend nachvollziehbar und begründet. 4.3

Hinsichtlich des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers aus kardiologischer Sicht wurde vom Gutachter Dr. C. \_\_\_ ausgeführt, dass unter Berücksichtigung der Aktenlage und der Exploration keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können. Es sei zwar im Rahmen der durchgeführten Zusatzdiagnostik eine reduzierte körperliche Belastbarkeit festgestellt worden. Bei einer sitzenden Tätigkeit ohne körperliche Anstrengung sei dies aber irrelevant (Urk. 7/113/46), was so nachvollziehbar ist. Zudem konnte der Gutachter auch eine hämodynamische relevante koronare Herzerkrankung als mögliche Ursache für die Beschwerden ausschliessen (Urk. 7/113/48). Insgesamt war der kardiologische Befund somit unauffällig (vgl. S. 13-14), weshalb die geklagten Beschwerden wie Kraftlosigkeit, Schwäche und Koordinationsstörung (Urk. 7/113/37) aus kardiologischer Sicht nicht begründet werden konnten.

Insofern ist nicht zu beanstanden, dass aus kardiologischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit besteht (S. 15). Wie auch Dr.

H. \_\_\_ vom

regionalen ärztlichen Dienst (RAD) ausführt, wird auch vorliegend in keiner Weise angezweifelt, dass der Beschwerdeführer im März 2018 eine umfangreiche Herz- und Gefässoperation hatte. Jedoch wurde bei allen postoperativen kardiologischen Kontrollen ein regelrechter und damit guter Befund beschrieben (Urk. 7/133/4).

Die angegebenen Beschwerden wie Kraftlosigkeit, Schwäche und Koordinationsstörungen sind hingegen in den Teilgutachten der Psychiatrie und Neurologie ausführlich abgehandelt und bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit von 50 % bereits berücksichtigt worden (vgl. E. 3.4.4.; E. 3.4.6). So wurde auch im neurologischen Gutachten festgehalten, dass die komplexe Situation aus Kopfschmerzen und Schwindel sicherlich den Alltag erschwere (Urk. 7/113 S. 19) und diese einerseits zu Ausfallzeiten und andererseits auch zu vermehrten Erholungsphasen

führe, weshalb eine 50%ige Einschränkung besteht (S. 21), was im Einklang mit den Berichten der behandelnden Fachpersonen steht (vgl. Urk. 7/54). Da es aber gemäss

Gutachter aufgrund der Gesamtkonstellation extrem schwer zu trennen ist, inwieweit die psychische Situation die gesamte Situation weiter überlagert und mitbegründet (S. 17), ist es nachvollziehbar, dass gemäss Konsensbeurteilung sich die einzelnen Teil-Arbeitsunfähigkeiten aus psychiatrischer und neurologischer Sicht nicht addieren und eine Gesamtarbeitsunfähigkeit von 50 % vorliegt (Urk. 7/113 S. 18) . 4.4

Die Ausführungen des behandelnden Kardiologen Dr. A.\_\_\_\_ (Urk. 7/127) vermögen daran nichts zu ändern. Die beschriebene Symptomatik des Schwindels und der Kopfschmerzen wurde bereits im Rahmen des neurologischen Teilgutachtens gewürdigt (vgl. E. 4.3) . Dass der Beschwerdeführer müde, geschwächt und antriebsarm ist und die Operation eine psychische Belastung für ihn dargestellt hat (Urk. 7/127/2) ,

wurde von den Gutachtern nicht in Frage gestellt und ebenfalls in der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters berücksichtigt (vgl. E. 4.2.3) . Insgesamt beziehen sich Dr. A.\_\_\_\_s Einwände - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 8) - nicht auf das kardiologische , sondern auf das psychiatrische Teilgutachten .

Für diese Disziplin verfügt

er aber über keinen Facharztstitel , weshalb

seine Einwendungen schon aus diesem Grund nichts an der Schlüssigkeit des Gutachtens zu ändern vermögen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_695/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4.3) . 4.5

Da

somit keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens der Z.\_\_\_\_ AG (BGE 137 V 210 E. 1.3.4)

sprechen, ist dieses folglich vollbeweiskräftig , weshalb

gestützt darauf davon auszugehen ist, dass

der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung seiner gesundheitlichen Situation sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch im Rahmen einer Verweistätigkeit seit Mitte 2019 zu 50%

arbeitsunfähig ist (Urk. 7/113 S. 18) . 5. 5.1

Strittig ist weiter, ob die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verwertbar ist . Diesbezüglich wendet der Beschwerdeführer ein , dass unter Berücksichtigung aller Umstände vorliegend von keiner Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Selbst ein verständnisvoller Arbeitgeber könnte ihm nicht derart entgegenkommen, um eine Anstellung zu ermöglichen. Es gelte zu berücksichtigen, dass er seit über 16 Jahren keine Tätigkeit mehr nachgegangen sei . Er stehe im massgeblichen Zeitpunkt rund acht Jahre vor seiner Pensionierung. Es müsse da mitgerechnet werden, dass eine Anstellung durch krankheitsbedingte Unterbrüche geprägt und eine halbwegs ungestörte Tätigkeit nicht möglich sei (Urk. 1 S. 10) . 5.2

Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Was das vorgerückte Alter betrifft, hängt zwar die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht (BGE 138 V 457 E.

3.2 mit Hinweisen). Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des Z. \_\_\_ Gutachten s im Juli 2021 erst 55 Jahre alt war und ihm somit noch eine Aktivitätsdauer von rund zehn Jahren bis zur ordentlichen Pensionierung verblieb.

Diese Aktivitätsdauer reicht grundsätzlich und auch bei einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % aus, um eine neue einfache Erwerbstätigkeit aufzunehmen, sich einzuarbeiten und die Arbeit auszuüben ( Urteil des Bundes gerichts 8C\_192/2022 vom 7. Juli 2022 E. 7.2.1 ) . So ist beispielsweise bei (ein fachen) Kontroll-, Überwachungs- und Prüftätigkeiten meist nicht von einer langen Einarbeitungszeit auszugehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_535/2021 vom 25. November 2021 E. 5.4.1 mit Hinweisen). 5.3

Dass der Beschwerdeführer , wie er geltend macht, an multiplen Einschränkungen leide , sich seine Verfassung täglich, ja stündlich ändere und er seine Präsenz nicht planen könne ( Urk. 1 S.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Es bleiben die erwerblichen Auswirkungen der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zu prüfen.

Der Beschwerdeführer hat seine berufliche Tätigkeit als Disponent aus gesundheitsfremden Gründen aufgeben. Sein Valideneinkommen wäre daher ge stützt auf den entsprechenden Tabellenlohn für leichte Hilfsarbeiten zu ermitteln. Da aber dem Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens Tätigkeiten zwar nur noch in reduziertem Umfang, aber ansonsten mit dem gleichen Belastungsprofil zumutbar sind und sich Validen- und Invalideneinkommen da mit entsprechen (vgl. Urk. 8/95 S. 15; Urk. 8/101 S. 11), kann bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades rechnerisch ein Prozentvergleich erfolgen

(vgl. etwa Urteil 8C\_148/2017 des Bundesgerichts vom 19. Juni 2017 E. 4) .

Somit entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit , mithin 50 % , wobei Gründe für einen Abzug vom Tabellenlohn keine ersichtlich sind, weshalb Anspruch auf eine halbe Rente der IV besteht (vgl. E. 1. 3). 6. 2 6. 2 .1

Strittig ist, ab wann der Anspruch auf eine halbe Rente besteht. Diesbezüglich macht der Beschwerdeführer geltend, dass die Rente ab Januar 2020, also sechs Monate nach der IV-Anmeldung gemäss

Art. 28 Abs. 1 IVG, auszurichten sei ( Urk. 1 S. 11). Die Beschwerdegegnerin sprach eine halbe Rente ab 1. Juni 2020 zu . 6. 2 .2

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Abs. 1 ATSG . Nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig ( Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ( Art. 8 ATSG) sind.

Die Wartezeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG gilt in jenem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ein getreten ist. Als erheblich

in diesem Sinne gilt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (AHI 1998 S. 124 E. 3c; Urteil des Bundesgerichts I 10/05 vom 14. Juni 2005 E. 2.1.1 in fine mit Hinweisen). 6. 2 . 3

Der Beschwerdeführer meldete sich am 17. Juli 2019 für den Leistungsbezug an (Urk. 7/4). Die Gutachter führten in der Konsensbesprechung zum zeitlichen Verlauf aus, dass sich die aktuell bestehenden und den Beschwerdeführer einschränkende Symptome nach dessen glaubhaften Schilderung einige Monate nach der Herzoperation vom 28. März 2018 ausgebildet und sukzessive zu genommen hätten, so dass die heutigen Umstände seit Mitte 2019 bestünden (Urk. 8/113/18). Diese Einschätzung überzeugt auch mit Blick auf die echtzeitlichen medizinischen Berichte, aus denen unter anderem hervorgeht, dass sich der Beschwerdeführer seit Oktober 2019 in psychiatrischer Behandlung befindet (Urk. 7/50/2).

Nach Ablauf des gesetzlichen Wartejahrs (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) besteht daher ab 1. Juni 2020 Anspruch auf eine halbe IV-Rente. Die angefochtene Verfügung erweist sich somit als rechtmässig. Das führt zur Abweisung der Beschwerde. 7. 7.1

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Im vorliegenden Verfahren sind sie ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. 7.2

Dieser beantragt die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2). Gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) wird einer Partei in kostenpflichtigen Verfahren auf Gesuch die Bezahlung von Verfahrenskosten und Kostenvorschüssen erlassen, sofern ihr die nötigen Mittel fehlen und ihr Begehren nicht aussichtslos erscheint. Da der Beschwerdeführer auf die finanzielle Unterstützung durch die Sozialhilfe angewiesen ist (vgl. Urk. 3/3) und das von ihm gestellte Rechtsbegehren nicht als aussichtslos einzustufen ist, sind die Voraussetzungen für die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung erfüllt. Folglich sind die Gerichtskosten von Fr. 700.-- einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Der Beschwerdeführer ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald er dazu in der Lage ist (§ 16 Abs. 4 GSVGer). Das Gericht beschliesst,

In Bewilligung des Gesuchs vom 6. Februar 2023 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung für das vorliegende Verfahren gewährt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und

mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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  
GräubLangone

## **E. 8**

ATSG) sind.

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

## **E. 10**

), ist nicht aktenkundig. Es wurde vom neurologischen Gutachter zum Belastungsprofil lediglich

angemerkt, dass mit Ausfallzeiten und vermehrten Erholungsphasen zu rechnen sei (Urk. 7/113 S. 21). Eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist aber erst anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen er scheint (Urteil des Bundesgerichts 582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 5.11 mit Hinweis; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_712/2017 vom 12. Januar 2018 E. 4.2.2 mit Hinweisen). Das ist vorliegend nicht der Fall, da der ausgeglichene Arbeitsmarkt durchaus Stellen

bietet, an denen die erwerbstätige Person bei aus gewiesenem Bedarf Pausen einlegen kann (Urteil 9C\_366/2021 vom 3. Januar 2022 E. 4.3 mit Hinweis). 5.4

Vor diesem Hintergrund und im Lichte der erwähnten relativ hohen Hürden, welche die Rechtsprechung für die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen aufgestellt hat, rechtfertigt es sich nicht,

beim Beschwerdeführer auf eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit im Umfang von 50 % zu schliessen. 6.

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